

EL ALTA TERAPÉUTICA:

*Cómo pensar el cierre y
trabajarlo con el paciente*



El alta es uno de los momentos más lindos y también **puede ser de los más complejos de un proceso terapéutico.**

No porque sea técnicamente difícil, **sino porque moviliza cosas en los dos lados del vínculo:** en el paciente, que puede vivirlo como abandono, como logro, o como ambas cosas al mismo tiempo; y en el terapeuta, que a veces también tiene dificultades para soltar.

Esta guía propone pensar el cierre no como un trámite de final de proceso, sino **como una etapa clínica en sí misma**, con su propio trabajo y su propia complejidad.

1. ¿Cuándo pensar en el alta?



No hay una respuesta única, y eso ya dice algo importante: el alta no es un umbral objetivo que se alcanza, sino una evaluación clínica que requiere criterio. Algunas señales que orientan esa evaluación:

- Los motivos de consulta originales se resolvieron o transformaron de manera significativa
- El paciente sostiene los cambios en su vida cotidiana sin necesitar validación constante en sesión

- La frecuencia de sesiones ya fue reduciéndose de manera natural, sin que eso genere descompensación
- El paciente puede reconocer sus propios recursos y usarlos
- Hay una sensación compartida, aunque no siempre explicitada, de que el proceso llegó a un punto de madurez

Ninguna de estas señales por sí sola indica alta. Es la combinación de varias, sostenida en el tiempo, lo que empieza a dibujar esa posibilidad.

Una distinción útil: hay diferencia entre un paciente que "está mejor" y un paciente que "terminó un proceso".

El alta no es solo alivio sintomático, es algo más estructural en la forma en que el paciente se relaciona consigo mismo y con los demás.



2. El alta como etapa clínica

Uno de los errores más frecuentes es tratar el cierre como un epílogo: algo breve que viene después de que el trabajo real ya terminó. Pero el alta es parte del proceso, y muchas veces es donde se consolida (o se deshace) lo que se construyó.

Pensarla como etapa implica:

- Abrirla con anticipación suficiente, dependiendo el paciente serán las sesiones que consideremos necesarias para ir preparando el cierre.
- Darle espacio propio en las sesiones, no tratarla como tema de relleno
- Usarla para hacer un recorrido del proceso: qué se movió, qué se construyó, qué queda pendiente
- Trabajar lo que genera en el paciente: alivio, miedo, gratitud, tristeza, todo eso es material clínico

3. Cómo trabajarlo con el paciente



Nombrar que el alta está en el horizonte

Muchas veces el terapeuta lo va viendo venir pero no lo dice. Espera que el paciente lo traiga. Y el paciente espera que el terapeuta lo habilite. Esa espera mutua puede alargar innecesariamente un proceso que ya maduró.

Nombrarlo no es empujar al paciente hacia la puerta. Es abrir una conversación: "Noto que en las últimas semanas las sesiones tienen otra textura. ¿Lo sentís vos también?" o "Me pregunto si estamos llegando a una etapa de cierre. ¿Qué pensás?"

El recorrido del proceso

Una parte valiosa del trabajo de cierre es mirar hacia atrás juntos: dónde estaba el paciente cuando llegó, qué cambió, qué fue difícil, qué aprendió de sí mismo. No como balance de resultados, sino como trabajo de integración.

Estas preguntas pueden organizar esa conversación:

- ¿Qué te llevás de este proceso?
- ¿Qué fue lo más difícil de trabajar?
- ¿Qué cambió de la forma en que te relacionás con vos mismo?
- ¿Qué sabés ahora que no sabías cuando empezaste?

Las ambivalencias del cierre

El alta casi nunca es solo alivio.

Suele venir mezclada con otras cosas: miedo a volver a necesitar ayuda y no tenerla, tristeza por cerrar un vínculo que fue importante, sensación de que "algo todavía no está", incertidumbre sobre si van a poder solos.

Todo eso merece ser trabajado, no resuelto rápido para llegar a un cierre prolijo. La ambivalencia frente al alta es, muchas veces, el último tramo del proceso.

El alta no tiene que terminar con el paciente sintiéndose completamente seguro. Puede terminar con el paciente sintiéndose suficientemente capaz de seguir sin sesiones — que es diferente.

4. Cuando el paciente no quiere terminar



Es una situación frecuente y tiene varias lecturas posibles. Algunas preguntas para orientar el análisis:

Puede ser resistencia al cierre	Puede ser señal clínica real
El paciente trae temas nuevos justo cuando el alta estaba cerca	Hay aspectos del trabajo que genuinamente no se cerraron
La dificultad para terminar replica un patrón vincular conocido	El contexto del paciente cambió y requiere sostenimiento
El vínculo terapéutico funciona como sustituto de otros vínculos	El paciente identificó algo nuevo que quiere trabajar
El alta genera angustia desproporcionada al momento actual	La frecuencia de reducción fue demasiado brusca

En el primer caso, la resistencia al cierre es material clínico a trabajar, no un motivo para posponer indefinidamente.

En el segundo, puede tener sentido revisar el timing o abrir una nueva etapa de trabajo con objetivos diferentes.

Lo que conviene evitar es que el proceso se sostenga por inercia, sin que ninguno de los dos tenga claro para qué se sigue reuniendo.

5. Cuando el terapeuta tampoco quiere terminar



Es menos hablado, pero pasa. Y tiene sentido que pase: los procesos largos generan vínculos genuinos, y cerrarlos implica una pérdida también para el terapeuta.

Algunas señales de que puede estar pasando:

- Seguimos encontrando motivos para no abrir el tema del alta
- Le damos más peso del necesario a temas que el paciente trae de manera más bien liviana
- Postergamos la conversación de cierre pensando que "todavía no es el momento"
- Sentimos alivio cuando el paciente dice que quiere seguir, sin preguntarnos bien por qué

Ninguna de estas reacciones es un error moral. Son movimientos contratransferenciales que pueden aparecer en cualquier proceso significativo. El problema es cuando actúan sin que nos demos cuenta y condicionan una decisión clínica.

**Una pregunta para llevar a supervisión:
¿Estoy evaluando el alta desde lo que el
paciente necesita, o desde lo que me
resulta más cómodo a mí?**

Preguntas guía para el trabajo personal o supervisión

- ¿Hay señales de que este proceso está llegando a un punto de madurez, o estamos sosteniendo sesiones por inercia?
- ¿Abrí el tema del alta con el paciente, o estoy esperando que lo traiga él?
- ¿Qué genera el cierre en este paciente en particular — y lo estamos trabajando?
- ¿La dificultad para terminar replica algún patrón vincular conocido del paciente?
- ¿Qué me genera a mí el cierre de este proceso? ¿Está influyendo en cómo evalúo el alta?
- ¿Cuánto tiempo de trabajo de cierre amerita este proceso, dado lo que se construyó?



El alta es, en muchos sentidos, una prueba de lo que se construyó en el proceso.

Un paciente que puede terminar — que puede reconocer lo que aprendió, sostener lo que cambió y soltar el vínculo terapéutico con algo de paz — está mostrando que el trabajo funcionó.

Pero llegar ahí requiere que el terapeuta también pueda sostener esa etapa: **nombrarla a tiempo, abrirle espacio, trabajar las ambivalencias sin apurarlas, y revisar lo propio cuando aparece.**

El cierre no es el final del proceso. Es la última sesión de un trabajo que, bien hecho, el paciente va a seguir haciendo solo.

**Únete a nuestro grupo de WhatsApp
y recibí propuestas de talleres,
supervisiones y recursos gratuitos.**

