

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

# Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica.

Salgado, Matías.

Cita:

Salgado, Matías (2015). *Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-015/243>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/epma/n7m>

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

# RESOLUCIÓN DE RUPTURAS EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Salgado, Matías

Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú. Argentina

---

## RESUMEN

La ruptura en la alianza se trata de una tensión o desajuste en la relación colaborativa que se manifiesta por medio de falta de colaboración en tareas, objetivos, o de una tensión en el lazo. En base a los aportes de investigaciones, en este trabajo se realiza una revisión bibliográfica sobre rupturas en la alianza terapéutica. Para la selección de trabajos se ha acudido al Dr. Héctor Fernández-Álvarez experto en el área, el cual sugirió los desarrollos de Safran y Muran; agregando los de Baillargeon, Aspland, y Swank: de los cuales se recogieron 13 estudios. También se han incluido 17 estudios desde EBSCO utilizando las claves: therapeutic alliance, alliance rupture, alliance resolution. Los trabajos presentados coinciden en que la resolución de la ruptura puede llevar a fortalecer la alianza y a un mayor entendimiento. La habilidad clínica para ocuparse de las rupturas resulta un factor importante para el éxito terapéutico.

## Palabras clave

Alianza terapéutica, Ruptura en la alianza, Resolución de alianza

## ABSTRACT

### ALLIANCE RUPTURE'S RESOLUTION: A REVIEW

A rupture in the therapeutic alliance is a tension or breakdown in the collaborative relationship between patient and therapist (Safran & Muran, 2006). This deterioration is manifested by lack of collaboration on tasks or goals, or a strain in the emotional bond (Mitchell et al. 2011). Based on the contribution of the specialist's research, in this paper we review the literature focused on the alliance ruptures, its conceptualization, potential markers, categorization, and resolution strategies. For the paper's selection criterion we asked Héctor Fernández-Álvarez, an expert and well-known professional in the field who suggested: using the development of the authors Jemery Safran & Christopher Muran (EEUU) and their team as centerpiece; adding then the latest research by the hand of Pierre Baillargeon (Canadá), Helen Aspland (Reino Unido), y Lauren Swank (EEUU); from which 21 studies were collected. Also other 29 studies were included from EBSCO using the key words: therapeutic alliance, alliance rupture, alliance resolution. The papers presented agree that rupture's resolution can lead to strengthen the work alliance, and also can lead to a better understanding if the patient's problems. Therefore, the therapist's clinical skill to resolve ruptures is a key factor for the therapeutic success.

## Key words

Therapeutic alliance, Alliance rupture, Alliance resolution

## Introducción

El rol de la alianza terapéutica en los resultados de la terapia, ha recibido gran cantidad atención desde la literatura e investigación en psicoterapia (Barber, Connolly, Christoph, Gladis, & Siqueland, 2009; Escudero, Friedlander, Valera & Abascal, 2008; Garfield, 2004; Martin, Garske, & Davis, 2000; Lambert & Barley, 2001; Sprenkle, Davis & Lebow, 2009, Swank, 2010). Según Safran, Muran & Eubanks-Carter (2011), Horvath & Bedi (2002), Martin et al. (2000), Samstag, Batchelder, Muran, Safran, & Winston (1998) y Tryon & Kane (1995) uno de los hallazgos con mayor consistencia surgidos de la investigación en psicoterapia, es que la calidad de la alianza terapéutica es un robusto predictor de resultados, y que -a la inversa- alianzas débiles se correlacionan con la finalización unilateral de los tratamientos por parte del paciente. Según Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles (2008), Bordin (1979), Krupnick et al. (1996), Lambert & Ogles (2004), Safran & Muran (1996) y Waddington (2002) la alianza entre el paciente y el terapeuta ha sido considerada esencial para el progreso terapéutico para todas las terapias, incluyendo a la terapia cognitivo-conductual. Según Baillargeon, Coté, & Douville (2012), alianzas terapéuticas de buena calidad están asociadas con un gran rango de resultados positivos. Solo por citar algunos ejemplos, las investigaciones dirigidas por Horvath & Symonds (1991); Martin et al. (2000) y Olinsky, Grawe & Parks (1994) las cuales han evaluado los efectos a corto y largo plazo de terapias psicodinámicas, cognitivas y experienciales han llegado a las mismas conclusiones.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de los terapeutas, la alianza tiende a disminuir e incrementar en diferentes puntos del proceso terapéutico. Frente a esto, resulta vital entender como reparar y reconstruir la alianza (Swank, 2010). Los terapeutas con mayor capacidad para negociar la alianza de forma eficiente logran conseguir los resultados más exitosos. Por lo tanto es importante investigar acerca de los factores que influyen de forma positiva y negativa en el desarrollo de la alianza terapéutica (Coutinho, Ribeiro & Safran, 2010). Baillargeon et. al (2012) señala que, dada la importancia de la alianza en los resultados de la terapia, resulta imperativo clarificar el proceso involucrado en la resolución de rupturas.

Según Safran et al. (2011) en las últimas dos décadas ha emergido lo que se caracteriza como la "segunda generación" de investigación en Alianza Terapéutica. Esta apunta a clarificar tanto los factores que lideran el desarrollo de la alianza así como los procesos involucrados en reparar las rupturas cuando estas se presentan (Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2001).

En el presente artículo se realiza una revisión bibliográfica, que examina las diferentes conceptualizaciones de las rupturas en la alianza terapéutica y sus modelos de resolución. Para la selección de trabajos se ha acudido al Dr. Héctor Fernández-Álvarez (Argentina) experto en el área quien sugirió tomar como núcleo los desarrollos del equipo de Jeremy Safran y Christopher Muran (EEUU) agregando desarrollos surgidos durante los últimos años por parte de Pierre Baillargeon (Canadá), Helen Aspland (Reino Unido), y Lauren Swank

(EEUU) de los cuales se recogieron: 21 estudios. Por otro lado se han incluido 29 estudios desde EBSCO utilizando las palabras claves: therapeutic alliance, alliance rupture, alliance resolution.

### **Alianza Terapéutica**

Según Swank (2010) y Martin et al. (2000) la alianza terapéutica se define como: "El lazo colaborativo y afectivo entre el terapeuta y el paciente". Para Swank (2010) y Sprenkle et al. (2009), crear una alianza fuerte al comienzo ayuda al paciente a entrar en el proceso terapéutico, y posteriormente -a lo largo del tratamiento- le permite volverse más receptivo a las intervenciones. La alianza comprende entonces, el acuerdo entre objetivos y metas del tratamiento (Bordin, 1979). Por lo tanto puede ser dividida en tres componentes: objetivos, tareas y lazo. Los "objetivos" refieren a la cantidad de acuerdo que comparten el paciente y el terapeuta en relación a las expectativas y resultados. Las "tareas" hacen referencia al acuerdo entre paciente y terapeuta en cuan apropiado y útil es lo que se realiza en la terapia para llevar adelante el tratamiento. El "lazo" hace referencia a los vínculos afectivos entre el paciente y el terapeuta (Sprenkle et al. 2009).

### **Rupturas en la Alianza Terapéutica**

Safran & Muran (2006) señalan que la ruptura en la alianza se define como una tensión o un desajuste en la relación colaborativa entre el paciente y el terapeuta. Aunque el término ruptura pueda implicar -en algún punto- un deterioro dramático en la colaboración, en realidad las rupturas varían en su intensidad: desde rupturas relativamente menores en el que uno o ambos participantes pueden estar vagamente conscientes de esto, hasta deterioros mayores en la comunicación, entendimiento o colaboración (Safran et al. 2011). Safran et al. (2011) conceptualizan la ruptura como consistente en tres formas que no son mutuamente excluyentes: **1) Desacuerdos acerca de los objetivos de la terapia:** Un ejemplo podría ser una situación en la cual el paciente comienza el tratamiento buscando alivio inmediato de sus síntomas de pánico, pero el terapeuta cree que el objetivo debería ser obtener mayor insight más que alivio sintomático inmediato. **2) Desacuerdo acerca de las tareas de la terapia:** Un ejemplo podría ser una situación en la que el paciente cree que es importante tomarse tiempo revisando y dándole sentido a su historia, pero el terapeuta tiene una orientación más pragmática con foco en el presente. **3) Tensiones en el lazo entre el paciente y el terapeuta:** Un ejemplo podría ser una situación en la que el paciente se siente que se le está siendo condescendiente, o que está siendo mal interpretado por el terapeuta.

Para Mitchell et al. (2011) una ruptura es un deterioro en la alianza manifestado por una *falta de colaboración* entre el paciente y el terapeuta en: tareas, objetivos, o una tensión en el lazo. Los autores aclaran que la ruptura relacionada con tareas y metas se enfoca en la *falta de colaboración*, en lugar de la *falta de acuerdo*. Hacen esta distinción ya que no todos los desacuerdos entre el paciente y el terapeuta se tratan de rupturas.

Para Aspland et al. (2008) las rupturas son puntos de desconexión emocional entre el paciente y el terapeuta que crean un cambio negativo en la calidad de la alianza. La ruptura involucra eventos que varían en: frecuencia, severidad, intensidad, duración a lo largo del tratamiento, y a lo largo de la diada terapeuta-paciente (Eames & Roth, 2000; Safran & Muran, 2000). Aspland et al. (2008) resalta la importancia de considerar una ruptura como un proceso interactivo, que involucra las contribuciones de ambos: paciente y terapeuta. Una idea central que emerge del trabajo de Aspland et al. (2008) es la importancia de los mismos terapeutas en reconocer problemas

en la relación. Castonguay et al. (1996) describieron que las rupturas ocurrían cuando los terapeutas respondían a la tensión en la relación persistiendo dogmáticamente en la aplicación de técnicas terapéuticas en lugar de explorar las dificultades emocionales del paciente, y su impacto. Según Swank (2010) las rupturas irresueltas están relacionadas con resultados terapéuticos negativos y mayores niveles de deserción. La autora resalta que la forma en que los terapeutas abordan dichos impases es de importancia crítica.

### **Tipos de Rupturas**

Baillargeon et al. (2012) y Safran & Muran (2000) identifican dos tipos de rupturas: por distanciamiento y por confrontación. **Rupturas por Distanciamiento:** En este tipo de rupturas, el paciente se retrae y se desconecta parcialmente, del terapeuta, de sus propias emociones, o de ciertos aspectos del proceso terapéutico. Las rupturas por distanciamiento pueden tomar diferentes formas. En algunos casos, el paciente tiene dificultades para expresar sus preocupaciones o necesidades sobre la relación. Por ejemplo, el paciente expresa sus preocupaciones indirectamente o atenuándolas. En otros casos, el paciente se somete, o se adapta a los deseos del terapeuta tan sutilmente que el terapeuta tiene problemas para reconocer dicha adaptación. **Ruptura por Confrontación:** En este tipo de rupturas el paciente expresa directamente enojo o resentimiento, tanto como insatisfacción en relación al terapeuta, o bien a ciertos aspectos de la terapia. Por ejemplo: un paciente que ha tenido por mucho tiempo un deseo de apoyo, que no ha sido llenado, o un deseo de ser cuidado, y que tiene una tendencia a ver al terapeuta como una persona más que lo decepcionará; entra a la relación terapéutica con una acumulación de decepción y bronca, esperando ser despertadas por los inevitables errores y limitaciones del clínico. Cuando una ruptura por confrontación ocurre, puede ser difícil -sino imposible- para el terapeuta evitar la respuesta defensiva a las demandas o criticismo del paciente; por lo tanto, el paciente recibe la respuesta esperada del otro. A su vez, suele ocurrir que las interpretaciones del terapeuta conlleven sutilmente mensajes de culpa y desprecio hacia sus pacientes; o bien, esas interpretaciones se vuelven comunicaciones complejas que transmiten simultáneamente mensajes de ayuda y de criticismo. Para Baillargeon et al. (2012) las rupturas por distanciamiento y por confrontación reflejan las diferentes formas en que un paciente puede enfrentar la tensión entre las necesidades dialécticamente opuestas de **individualizarse y relacionarse**. En las rupturas por distanciamiento, el paciente lucha por la relación a expensas de su necesidad de individualización/definición-del-self. En rupturas por confrontación, el paciente negocia el conflicto mientras favorece su necesidad de individualización/definición-del-self en detrimento de su necesidad de relación. Diferentes pacientes probablemente tengan una predominancia por un estilo de ruptura más que por otro; este predominio reflejaría diferentes estilos de adaptación.

### **Resolución de rupturas**

Baillargeon et al. (2012) y Safran (1990) señalan que cuando las acciones del terapeuta son consistentes con el patrón interpersonal disfuncional del paciente, él en realidad, esta perpetuando el ciclo cognitivo interpersonal disfuncional. Por ejemplo, si un terapeuta responde a la hostilidad del paciente con contra-hostilidad podría confirmar la creencia de este de que el universo es un lugar hostil que debe ser tratado con hostilidad. En su lugar, si el terapeuta puede evitar participar del ciclo cognitivo interpersonal del paciente, este enfrenta un gran desafío experiencial de cara a sus creencias disfuncionales. Generalmente, las rupturas en la alianza ocurren

cuando las acciones del terapeuta confirman la estructura cognitiva disfuncional del paciente. Una ruptura crea una situación única que permite la exploración de expectativas, creencias, emociones y procesos de evaluación que juegan un rol central en las relaciones interpersonales disfuncionales del paciente.

Aspland et al. (2008) proponen un modelo de intervención que indica que, ante un marcador de ruptura: el terapeuta revisa internamente, reconoce un patrón/problema que está surgiendo y que obstaculiza el progreso; luego cambia el abordaje en orden de ubicar la falla empática prestando atención a la experiencia del paciente a través de resumir, explorar y validar. Posteriormente restaura la relación colaborativa incentivando la participación activa del paciente (empoderamiento) afirmando sus contribuciones y buscando feedback sobre acuerdo en las tareas. Luego, por un lado negocia tareas. Por el otro, comienza a crear conexiones, y a identificar mayores patrones de interacción que pueden ser pertinentes para la formulación de los problemas del paciente. Esto más adelante permitirá revisar el correspondiente abordaje del caso (por ejemplo: centrarse en la participación activa del paciente, o ser más explícito en aceptar y responder a las necesidades y feedbacks) lo que a su vez modificará el segundo paso (cambiar el abordaje al ubicar una falla empática). Como resultado de este proceso el paciente y el terapeuta persiguen colaborativamente las mismas/revisadas tareas terapéuticas.

Swank (2010) desarrolló un modelo empírico-racional de resolución que se conforma de la siguiente manera: El terapeuta señala verbalmente la posible ruptura, y trae su inquietud en relación a esto. Luego, seguido a este paso, el terapeuta le permite al paciente explorar su respuesta emocional relacionada a la ruptura. Si es necesario, el terapeuta hace un sondeo en orden de facilitar la exploración de emociones durante esta tarea. Una vez que el terapeuta llega a comprender mejor la ruptura, muestra preocupación personal por las emociones difíciles que el paciente experimenta a raíz del evento. Cuando resulte apropiado, el terapeuta también expresa remordimiento ("remorse") por la parte o el papel que él jugó en la ruptura. También pueden existir momentos en que sea apropiado trabajar sobre las preocupaciones del paciente relacionadas con la ruptura. Finalmente, el terapeuta agradecerá al paciente por la apertura, normalizará la ruptura, y juntos planearán como manejar futuros eventos.

Mitchell et al. (2011) proponen un conjunto de intervenciones posibles dependiendo cada caso: aclarar el mal entendido; cambiar tareas u objetivos; ilustrar las tareas o describir los fundamentos del tratamiento; dentro de un contexto de ruptura invitar al paciente a discutir pensamientos o sentimientos con respecto al terapeuta o a algunos aspectos de la terapia; dentro del contexto de una ruptura revelar la experiencia interna acerca de la relación; dentro del contexto de una ruptura reconocer explícitamente la participación en la contribución del problema en el vínculo; relacionar la ruptura con un patrón interpersonal más amplio entre el paciente y el terapeuta; relacionar la ruptura con un patrón interpersonal más amplio en otras relaciones del paciente; y justificar la postura defensiva del paciente.

Safran et al. (2011) también proponen un conjunto de intervenciones posibles dependiendo cada caso: repetir el fundamento de la psicoterapia; cambiar tareas u objetivos; clarificar malos entendidos a un nivel superficial; explorar temas relacionados asociados a la ruptura; y, relacionar la ruptura en la alianza a patrones comunes en la vida del paciente.

## Discusión

Tras la revisión de los trabajos presentados se observa congruencia entre los mismos en cuanto a los siguientes puntos sobre las Rupturas en la Alianza: 1) Se entiende como una tensión o un desajuste en la relación colaborativa entre el paciente y el terapeuta, 2) Se manifiesta por medio de una falta de colaboración entre el paciente y el terapeuta en tareas, objetivos, o a través de una tensión en el lazo, 3) Varían en frecuencia, severidad, intensidad, duración a lo largo del tratamiento, y a lo largo de la diada terapeuta-paciente, 4) Pueden categorizarse en dos subtipos: por distanciamiento o por confrontación, 5) Son inevitables 6) Las terapias que incluyen rupturas son más efectivas que aquellas sin ruptura -siempre y cuando la alianza sea restituida-, 7) Su resolución puede llevar a fortalecer la alianza de trabajo, y a su vez a un mayor entendimiento de los problemas que presenta el paciente, 8) La habilidad clínica del terapeuta para ocuparse de las rupturas resulta un factor importante para el éxito terapéutico, 9) Los modelos de resolución presentados coinciden en la mayoría de sus intervenciones.

Para ganar mayor comprensión en cómo los terapeutas tenemos que trabajar para resolver las rupturas en la alianza, se debería comenzar a abordar estos eventos dentro de la misma sesión, para transformar entonces el proceso de resolución en una experiencia positiva para el paciente. Un mayor conocimiento y comprensión de los modelos e intervenciones posibles para resolver rupturas, puede tener un impacto positivo en cómo los terapeutas somos formados a lo largo de la residencia para abordar este tipo de momentos difíciles y frecuentes. Un mayor manejo de estas herramientas, junto a la capacidad de adaptarlas a cada situación clínica, puede incrementar los resultados positivos de los tratamientos.

Se sugiere para futuras revisiones ampliar la cantidad de trabajos. Para futuras investigaciones se recomienda analizar las interacciones entre terapeuta y paciente durante las distintas etapas de una misma sesión, para contar con una mayor comprensión de las variables que afectan la alianza.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G.E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18(6), 699-710.
- Baillargeon, P., Coté, R., & Douville, L. (2012). Resolution Process of Therapeutic Alliance Ruptures: A Review of the Literature. *Psychology*, 3(12), 1049-1058.
- Barber, J.P., Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2009). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 5(1), 80-89.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hughes, A. M. (1996). Predicting the effects of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 497-504.
- Coutinho, J., Ribeiro, E. & Safran, J. (2010) Transacciones interpersonales en episodios de ruptura de la alianza: un estudio de caso de un abandono de terapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 101-115.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10, 421-434.
- Escudero, V., Friedlander, M.L., Valera, N., & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: Associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194-214.
- Garfield, R. (2004). The therapeutic alliance in couples therapy: Clinical considerations. *Family Process*, 43(4), 457-465.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149. doi:10.1037/0022-0167.38.2.139
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 38, 357-361.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. (2004). The effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Mitchell, A., Eubanks-Carte, C., Muran, J.C., & Safran, J. D. (2011) Rupture Resolution Ranting System (3RS) Manual. Recuperado de [http://www.safranlab.net/uploads/7/6/4/6/7646935/3rs\\_manual\\_11-11.pdf](http://www.safranlab.net/uploads/7/6/4/6/7646935/3rs_manual_11-11.pdf)
- Safran, J. D. (1990). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review*, 10, 87-105. doi:10.1016/0272-7358(90)90108-M
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Psychotherapy in Practice*, 56(2), 233-243.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43, 286-291.
- Safran, J., Muran, C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Safran, J.D., Samstag, L.W., Muran, J.C., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 38(4), 406-12.
- Samstag, L. W., Batchelder, S., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Predicting treatment failure from in-session interpersonal variables. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 126-143.
- Sprengle, D.H., Davis, S.D., & Lebow, J.L. (2009). *Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice*. New York: Guilford Press.
- Swank, L. E. (2010). *Repairing alliance ruptures in emotionally focused therapy: a preliminary task analysis*. (Tesis de maestría inédita). Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University, Falls Church, VA.
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1995). Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research*, 5, 189-198.
- Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: A review. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30, 179-191.