

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

Matias Emilio Salgado\*

### Resumen

La ruptura en la alianza se trata de una tensión o un desajuste en la relación colaborativa entre el paciente y el terapeuta. Este deterioro se manifiesta por medio de la falta de colaboración en tareas, objetivos, o a través de una tensión en el lazo afectivo. En base a las investigaciones y desarrollos llevados adelante por especialistas en el área, en este trabajo se realiza una revisión bibliográfica focalizada en las rupturas de la alianza terapéutica, su conceptualización, indicadores potenciales, categorización, y las estrategias de resolución. Para esto se ha realizado una búsqueda informatizada a través de las bases: EBSCO, PsycNET, ScienceDirect y SciELO. Las palabras claves utilizadas fueron: therapeutic alliance, alliance y alliance resolution. Los estudios escogidos fueron 72. Los trabajos seleccionados concluyen que: las rupturas son inevitables, ocurren en todas las terapias, varían en su frecuencia, severidad, intensidad y duración a lo largo del tratamiento con terapeutas de todo nivel de habilidad. Las rupturas pueden ser categorizadas en dos subtipos con diferentes presentaciones clínicas: rupturas por distanciamiento o por confrontación. A su vez, las rupturas tienen consecuencias positivas si son resueltas adecuadamente, pudiendo llevar a: fortalecer la alianza de trabajo, ampliar el entendimiento de los problemas que presenta el paciente, y a alcanzar mejores resultados terapéuticos. Por lo tanto, la habilidad clínica del terapeuta para abordar y resolver las rupturas en la alianza resulta un factor importante para el éxito del tratamiento. Se presentan diversos modelos de resolución de rupturas.

Palabras Clave: Alianza Terapéutica - Ruptura Alianza - Resolución Alianza - Psicoterapia - Factores Comunes.

### Rupture resolution in the therapeutic alliance. A bibliographical review

#### Abstract

A rupture in the therapeutic alliance is a tension or breakdown of the collaborative relationship between the patient and the therapist. This damage is manifested by the absence of cooperation in tasks and goals, or by a strain of the emotional link. Based on the specialists' research contribution, we review the literature on the alliance rupture together with its conceptualization, the potential indicators, the categorization, and the resolution strategies. A computerized search with EBSCO, PsycNET, ScienceDirect & SciELO data bases has been done; the key words were: therapeutic alliance, alliance and alliance resolution; and 72 were the selected studies. All of them agree in: ruptures are unavoidable, they do happen in every type of therapy, they vary in frequency, severity, intensity, and length of the treatment with any therapist's skills level. Ruptures can be categorized in two subtypes with different clinical presentations: withdrawal or confrontation. Also, ruptures can lead to positive consequences if they are accordingly solved. Thus, they may strengthen the working alliance, amplify the understanding of the patients' issues, and reach better therapeutic outcomes. Finally, the therapist's clinical skill to tackle and solve ruptures turns out an important factor for the treatment success. Different rupture resolution models are presented.

Keywords: Therapeutic Alliance - Alliance Rupture - Alliance Resolution - Psychotherapies - Common Factors

### Introducción

El avance de la psicoterapia durante los últimos años ha llevado a poner a prueba no solo los alcances de cada modelo sino también a investigar sus limitaciones y deficiencias. Como resultado, la terapia cognitivo-conductual ha ido incorporado progresivamente en su modelo a los factores de la alianza terapéutica en el aquí-y-ahora de cada encuentro terapéutico. Al ser la psicoterapia un proceso de base relacional mediada por el diálogo, las vicisitudes de la relación paciente-terapeuta se vuelven básicas hasta en el más sencillo de los tratamientos, y llegan a convertirse en el núcleo central sobre el cual focalizar el trabajo terapéutico en los casos más complejos (Safran & Muran, 2005).

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 y Swank, 2013). 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), Aznar-

\* Facultad de Psicología, UBA. Facultad de Medicina, UBA. Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú. Argentina. E-mail: salgadomatias@psi.uba.ar

Martínez, Pérez-Testor, Davins-Pujols, Aramburu & Salamero (2014), 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), Olinsky, Grawe & Parks (1994), Weck, Rictberg, Jakob, Neng & Volkmar (2015), Santibáñez Fernández, Román Mella & Vinet (2009), Cruzat, Aspillaga, Behar, Espejo & Gana (2013), McLaughlin, Keller, Feeny, Youngstrom & Zoellner (2014), Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen, Shirk (2014), Accurso et al. (2015), Bedics, Atkins, Harned & Linehan (2015), Arnow et al. (2013), Kazdin, Marciano & Whitley (2005), Wolfe, Kay-Lambkin, Bowman & Childs (2013), y Cooper et al. (2015) 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, 2013). 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; Etchevers, Garay, Korman, González, & Simkin, 2012). 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) y Coutinho, Ribeiro, & Safran (2009) en las últimas dos décadas ha emergido lo que se caracteriza como la “segunda generación” de investigación en Alianza Terapéutica. Ésta 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 esto se ha realizado una búsqueda informatizada a través de las siguientes bases electrónicas: EBSCO, PsycNET, ScienceDirect, y SciELO. Se escogieron estas bases electrónicas ya que poseen gran cantidad de publicaciones en el área de estudio a nivel mundial incluyendo los desarrollos latinoamericanos. Las palabras claves utilizadas fueron: therapeutic alliance, alliance rupture, alliance rupture resolution, y sus traducciones al español: alianza terapéutica, ruptura de alianza y resolución de ruptura. Las referencias de las publicaciones han sido la segunda fuente para localizar estudios. Para ser incluidos en esta revisión los trabajos debieron estar enfocados y presentar

conceptualizaciones, investigación o modelos de: alianza terapéutica, rupturas de alianza o resolución en el contexto de tratamientos psicoterapéuticos.

La búsqueda computarizada generó 1338 estudios. De este número 55 cumplieron los criterios de inclusión: 17 de 1068 en EBSCO, 20 de 119 en PsycNET, 9 de 87 en ScienceDirect, 9 de 62 en SciELO. Así mismo se realizó una búsqueda de todas las referencias de cada uno de los trabajos seleccionados y se encontraron 5 con los criterios de inclusión antes descritos que no se encontraron en la anterior búsqueda de base de datos. De esta manera también se encontraron 8 libros y 4 capítulos de libros sobre el tema. La presente revisión fue llevada a cabo sobre 72 artículos y libros encontrados.

### *Alianza Terapéutica*

Según Swank (2013) y Martin et al. (2000) la alianza terapéutica se define como: “*El lazo colaborativo y afectivo entre el terapeuta y el paciente*”. Para Swank (2013) 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. Los aportes de Falkenström, Granström, & Holmqvist (2013), Santibáñez Fernández, Román Mella & Vinet (2009), y Xu & Terence (2015) señalan que la alianza es un componente activo del tratamiento y que puede tener efectos positivos en la reducción de sintomatología. A su vez, la alianza terapéutica se asocia a un mejor adherencia, motivación y menor tasa de abandono (Sharf, Primavera, & Diener, 2010) a lo largo de distintos tipos de tratamientos y trastornos (Keller, Zoellner, & Feeny, 2010). Para Meissner (2006, 2007) la alianza terapéutica es fundamental en todas las formas de terapia. Según Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold (2012) los terapeutas más efectivos tienen la capacidad de formar alianzas terapéuticas con pacientes a lo largo de todo el rango de patologías. Ackerman & Hilsenroth (2003) encontraron que diferentes orientaciones teóricas coinciden en que el terapeuta puede tener un impacto positivo en la alianza.

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 cuanto 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).

Mitchell, Eubanks-Carter, Muran, & Safran (2011) también toman los aportes de Bordin (1979) para señalar que la alianza se divide en: a) acuerdo entre paciente y terapeuta en las tareas del tratamiento; b) acuerdo entre paciente y terapeuta en los objetivos del tratamiento; c) Un lazo personal y afectivo entre el paciente y el terapeuta.

### *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 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. 2) *Desacuerdo acerca de los objetivos de la terapia*: Un ejemplo podría ser una situación en la que padres con problemas matrimoniales buscan ayuda para el cuadro ansioso de su hijo pero el terapeuta tiene como objetivo inicial trabajar con los problemas de pareja. 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.

Safran et al. (2011) aclaran que conceptos que son similares o se superponen con el constructo de alianza terapéutica incluyen *falla empática* (Kohut, 1984), *impasse terapéutico*, y *evento de malentendido* (Rhodes, Hill, Thompson, & Elliot, 1994).

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 u objetivos, o por una tensión en el lazo. Los autores aclaran que la ruptura relacionada con tareas y objetivos 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. Por ejemplo: un paciente puede expresar desacuerdo con el terapeuta en una forma apropiada y colaborativa; y esto no constituye una ruptura. El énfasis en la *colaboración* sobre el *acuerdo* es también útil en situaciones donde el paciente tiene preocupaciones acerca de las tareas u objetivos, pero expresa acuerdo en un esfuerzo de apaciguar al terapeuta, o bien para evitar el conflicto. Estos acuerdos superficiales son en realidad ejemplos de rupturas de “distanciamiento” (se explicarán más adelante).

Para Mitchell et al. (2011) las rupturas son inevitables, y ocurren en todas las terapias, con terapeutas de todo nivel de habilidad. Las rupturas pueden surgir cuando los pacientes y terapeutas -sin desearlo- se encuentran atrapados en círculos viciosos, o “actuaciones”. Una ruptura puede permanecer fuera de la percepción consciente del paciente, o del terapeuta, y puede no obstruir significativamente el progreso terapéutico. Sin embargo, en casos extremos, las rupturas pueden llevar al abandono, o al fracaso del

tratamiento.

Aspland et al. (2008) se basan en los desarrollos de Safran & Muran (1996) para definir las rupturas como deterioros en la relación, señalados por los comportamientos o comunicaciones del paciente, como indicadores interpersonales que marcan puntos críticos a explorar en la terapia. 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, y duración a lo largo del tratamiento y a lo largo de la diada terapeuta-paciente (Eames & Roth, 2000; Safran & Muran, 2000). Estos eventos son importantes porque pueden impedir el progreso terapéutico, y si no se resuelven pueden llevar a una finalización prematura del tratamiento. Aspland et al. (2008) toman los aportes de Binder & Strupp (1997) quienes señalan que una alianza positiva y efectiva involucra: manejar la negociación y soportar rupturas. Binder & Strupp (1997) describieron las rupturas como episodios, tanto de comportamiento sutil, como abierto/evidente, que encierran a ambos participantes en interacciones complementarias negativas. Esta mirada 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. Safran, Crocker, McMain & Murray (1990) sugirieron que uno de los factores más consistentes, identificados como precipitadores de rupturas, ha sido la falla de los terapeutas en prestar atención a las tensiones en la alianza o a la experiencia del paciente. Binder & Strupp (1997) sugieren que incluso los terapeutas altamente entrenados tienen dificultades para manejar su propio involucramiento en conflictos interpersonales. El fracaso en reconocer marcadores de rupturas puede resultar en una indeseada exacerbación del distress/frustración del paciente, y en no poder ubicar y abordar temas significativos. Esto mismo podría iniciar y mantener un ciclo negativo en el cual la ruptura continúe sin ser resuelta (Ackerman & Hilsenroth, 2001). Watson & Greenberg (2000) sugieren que, las rupturas pueden producirse a partir de que los pacientes se sientan inseguros a explorar su experiencia emocional con sus terapeutas, cuestionando el propósito y el valor de la terapia, o teniendo diferentes expectativas del rol del terapeuta en el tratamiento. 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.

Para Baillargeon et al. (2012) y Pinsof & Catheral (1986) la alianza es un fenómeno dinámico que cambia dentro de un mismo sistema terapéutico durante el proceso. Generalmente, mientras la intervención progresa, la alianza se vuelve más intensa; sin embargo, la ruptura en la alianza puede ocurrir en cualquier momento.

La conceptualización de Baillargeon et al. (2012) concuerda en que la ruptura se trata de un deterioro proveniente tanto por un desacuerdo en los *objetivos y tareas*, como por problemas relacionados con el *lazo*. Por lo tanto la ruptura fractura la alianza creando momentos decisivos en la relación; al punto que puede llegar a provocar el fin prematuro del tratamiento. Las perturbaciones en la alianza pueden ser muy grandes, y volverse irreparables por diferentes razones. Por ejemplo, el paciente puede ser demasiado vulnerable narcisísticamente como para manejar su decepción, pudiendo entonces llegar a rechazar el tratamiento. Por otra parte, la respuesta del terapeuta puede no ser lo suficientemente empática con la experiencia del paciente, y por lo tanto podría incrementar la fractura y el “sabotaje” del tratamiento. Por último, el error del terapeuta puede ser tan evidente y perturbador que el “escape” del paciente se vuelve saludable, es una respuesta adaptativa ante el comportamiento no ético, no profesional, o incompetente del terapeuta.

Según Safran & Muran (1996) y Swank (2013) hay varios conceptos bien conocidos que superponen con el de ruptura de alianza incluyendo lo que el terapeuta podría llamar *resistencia*, tanto como *transferencia y contratransferencia*. Muran et al. (2009) encontró que las rupturas irresueltas estaban relacionadas con resultados terapéuticos negativos, y mayores niveles de deserción. Swank (2013), quien también comprende a la ruptura como una desconexión emocional, afirma que la alianza terapéutica no es constante, sino que se va modificando a lo largo del proceso terapéutico. Estos cambios al nivel de la alianza se tratan de procesos normales e inevitables, sin embargo la forma en que los terapeutas abordan dichos impasse es de importancia crítica en los resultados de los tratamientos (Marcolino & Iacoponi, 2003; Junghan & Slade, 2012).

#### *Impacto de la resolución de rupturas en el tratamiento*

En algunos casos las rupturas en la alianza terapéutica son inevitables, sin embargo aquellas terapias que incluyen rupturas en la alianza aparentan ser más efectivas que aquellas sin ruptura -siempre y cuando la alianza sea restituida- (Baillargeon et al. 2012). Diversas investigaciones señalan que las rupturas pueden tener consecuencias positivas si se resuelven exitosamente (Bennett, Parry & Ryle, 2006; Muran, Safran, Samstag, & Winston, 2005; Rhodes et al. 1994; Rice & Greenberg, 1984; y Strauss et al., 2006). Binder & Strupp (1997) señalan que la resolución de la ruptura puede llevar a fortalecer la alianza de trabajo, y a su vez a un mayor entendimiento de los problemas que presenta el paciente. Por su parte, Strauss et al. (2006) y Muran et al. (2005) señalaron que abordar las rupturas en la terapia para trastorno límite de la personalidad predecía significativamente mejoras sintomáticas y reducía el abandono del tratamiento. Swank (2013) afirma que la resolución de ruptura puede tener un efecto positivo e importante en el tratamiento. Según Wessler, Hankin & Stern (2001) las rupturas en la alianza le proveen al terapeuta la posibilidad de

explorar los patrones cognitivos-interpersonales del paciente junto a las dificultades para conectarse con sus propios sentimientos y pensamientos automáticos. Para Szmulewicz (2013) las rupturas en la alianza constituyen la mejor ocasión para hacer avanzar el proceso terapéutico.

#### *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 del paciente. *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 las rupturas por confrontación, el paciente negocia el conflicto *favoreciendo 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. Ambos tipos de ruptura pueden surgir en el tratamiento de un mismo paciente. Los aportes de Coutinho, Ribeiro, Fernandes, Sousa, & Safran (2014) señalan que las

rupturas por confrontación presentan mayor probabilidad de conducir al abandono del tratamiento si los terapeutas no logran resolverlas adecuadamente.

Mitchell et al. (2011) realizan una descripción de las rupturas por distanciamiento y confrontación basándose en los conceptos de Horney (1950) sobre las diferentes formas de responder a la ansiedad: alejándose, moviéndose hacia, o contra otro. *En rupturas por distanciamiento*: el paciente puede tanto *alejarse* del terapeuta, por ejemplo: evitando sus preguntas, o bien, el paciente puede *moverse hacia* el terapeuta pero en una forma que niega un aspecto de su propia experiencia, por ejemplo: siendo demasiado respetuoso o aplacado. *En rupturas por confrontación*: el paciente se mueve *contra* el terapeuta, a través de la expresión de su enojo o insatisfacción en una forma no colaborativa, por ejemplo: realizando quejas hostiles acerca del terapeuta o del tratamiento; o bien, por medio de presionar o controlar al terapeuta, por ejemplo: realizándole demandas. A su vez, Mitchell et al. (2011) señalan un tercer subtipo. Algunas rupturas, por ejemplo: un paciente que se comporta de forma seductora hacia el terapeuta, o que actúa de forma casual tal que se vuelve inapropiado en un contexto terapéutico, no entran en ninguna de las dos categorías señaladas por lo que son calificadas como “*misceláneos*”.

#### *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 está 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. Por ejemplo: el terapeuta reconoce que un paciente responde a las intervenciones a través del distanciamiento, entonces explorar esta experiencia le permite al terapeuta descubrir que el paciente cree que no está siendo tratado con condescendencia pero que no lo quiere mencionar por temor de enojar al terapeuta. Según Baillargeon et al. (2012), explorar los patrones interpersonales se ajusta al proceso de resolución propuesto por Safran, Muran & Samstag (1994).

Agnew, Harper, Shapiro & Barkham (1994) describen cinco etapas que siguen tras el surgimiento de un marcador de ruptura: 1) reconocimiento, 2) negociación, 3) exploración, 4) consenso y

renegociación, más exploración mejorada, y 5) nuevas formas de testeo. A su vez, Aspland et al. (2008), Safran & Muran (1996), Safran, Greenberg & Rice (1988), Katzow & Safran (2007) y Safran & Muran (2000) propusieron una serie de intervenciones terapéuticas para facilitar la resolución: 1) abordar el marcador de ruptura, 2) explorar la experiencia de ruptura, 3) validar la afirmación del self, y 4) reconocer el ciclo cognitivo-interpersonal en que el terapeuta y su paciente se encuentran, incluyendo sus propios sentimientos, y el movimiento para salir de ese ciclo.

Tras un estudio de análisis empírico, Aspland et al. (2008) encontraron que las rupturas observadas surgieron a partir de desacuerdos “sordos”/ “no dichos” acerca de las tareas y objetivos de la terapia. Los autores aclaran que, incluso en su modelo “más orientado relacionamente” Safran & Muran (2000) sugieren que podría ser preferible (al menos inicialmente) que el terapeuta sea silencioso, y que formule su entendimiento del caso a sí mismo, ya que cualquier interpretación abierta corre el riesgo de ser promovida defensivamente por el mismo terapeuta si no ha procesado adecuadamente sus propios sentimientos. Esta perspectiva es consistente con la de Binder & Strupp (1997) quienes señalan que es frecuente que los terapeutas tengan dificultad en reconocer sus propias contribuciones al conflicto interpersonal con los pacientes.

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.

Las intervenciones que proponen Aspland et al. (2008) de resumir, explorar y validar coinciden con las de Rhodes et al. (1994), Newman (1998), y Watson & Greenberg (2000), quienes señalan que al dar cuenta de una ruptura, los terapeutas deberían volverse más empáticos y receptivos, usar la reflexión, y fomentar a los pacientes a expresar sus inquietudes, en lugar de continuar con intervenciones técnicas. Aspland et al. (2008) señalan que estas estrategias terapéuticas son consistentes con la buena práctica en terapia cognitivo-

conductual: resumir, explorar, validar, colaborar y buscar el feedback del paciente (Beck & Emery, 1985). A su vez, Aspland et al. (2008) advierten que es posible que los terapeutas lleguen a interpretar las reacciones negativas de los pacientes o el abandono, de forma “personal” y entonces responder con ansiedad redoblando así sus esfuerzos por aplicar técnicas teóricamente correctas. Tal concentración en tareas más que en procesos puede perpetuar la ruptura.

Swank (2013) hace referencia al modelo de Aspland et al. (2008) describiendo que este incluye el siguiente proceso: el terapeuta reconoce el evento de ruptura y busca feedback, explora el evento con el paciente y valida su experiencia, explora uniones/similaridades con escenarios fuera de sesión, y acuerda con el paciente un curso de acción (por ejemplo: la necesidad de trabajar las metas). Aspland et al. (2008) encontró diferencias entre lo que los expertos decían que harían durante la sesión, y lo que en realidad hacían. Por ejemplo, halló que eran necesarios varios eventos de ruptura para que el terapeuta pudiese llegar a reconocer la ruptura.

Por otro lado, Swank (2013) resalta el aporte de las guías generales para el abordaje de rupturas que sugirieron Safran et al. (2001). En primer lugar, Safran et al. (2001) llaman a los terapeutas a estar -simplemente- alertas, ya que es frecuente que los pacientes experimenten sentimientos negativos sobre la terapia o sobre la relación con su terapeuta. Por consiguiente, el terapeuta debería intentar estar alerta a las rupturas cuando estas ocurran, ya que los pacientes pueden dudar en compartir abiertamente esos sentimientos negativos. Entonces, el terapeuta debe tomar la iniciativa de explorar posibles rupturas con los pacientes. Luego, cuando los pacientes son capaces de comunicar sentimientos negativos, el terapeuta debería intentar responder de una forma no defensiva. Finalmente, trabajar con los pacientes los temores que les impiden expresar abiertamente sus miedos puede resultar beneficioso.

Swank (2013) y Safran & Muran (2000) presentan diferentes caminos para abordar las rupturas en la alianza. En primer lugar estos autores distinguen entre formas *directas e indirectas* de abordaje. Luego señalan que el terapeuta además de diferenciar entre un abordaje directo o indirecto, también debería abordar la ruptura de forma distinta, dependiendo de los componentes que estén relacionados, es decir: el lazo, las metas o los objetivos. Las intervenciones *directas* serían: a) Describir el fundamento (“rational”) de la intervención en juego, y explorar temas interpersonales que podrían estar contribuyendo a la ruptura (orientado a objetivos y tareas); b) Aclarar malos entendidos en la interacción, y explorar temas interpersonales que podrían estar contribuyendo a la ruptura (orientada al lazo). Las intervenciones *indirectas* serían: a) Abordar las rupturas en la alianza cambiando los objetivos y/o tareas (orientado a objetivos y tareas); b) Reencuadrar el problema en términos positivos, y actuar de tal manera que permita experiencias interpersonales nuevas y positivas para el cliente (orientado a objetivo, tarea y lazo).

Swank (2013) 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.

Según Swank (2013) existen gran cantidad de rasgos comunes entre su modelo racional-empírico, el de Safran & Muran (1996), y el de Aspland et al. (2008). Primero, todos los modelos surgieron que el terapeuta lleve la atención del paciente a la experiencia del aquí y ahora de la ruptura. Safran & Muran (1996) recomiendan que el terapeuta facilite al paciente el hecho de poder afirmar sus sentimientos, dando cuenta de la propia contribución del terapeuta en la interacción. Este hallazgo es similar a la tarea del terapeuta de expresar remordimiento (“remorse”) por su responsabilidad en el evento de ruptura. Como el modelo de Aspland et al. (2008), el de Swank (2013) incentiva la exploración del evento de ruptura, valida la experiencia del paciente, y afirma el hecho de compartir sus preocupaciones.

Como se señala anteriormente, los trabajos de J. Safran y C. Muran se convierten en la base más amplia desde la cual el resto de los investigadores realizan sus desarrollos. A continuación presentamos las intervenciones que Safran et al. (2010) entienden como básicas para la reparación de rupturas en la alianza: repetir el fundamento (“rational”) de la psicoterapia, cambiar tareas u objetivos, clarificar aquellos malos entendidos que se suelen dar a un nivel superficial, explorar temas relacionales asociados a la ruptura, relacionar la ruptura en la alianza con patrones comunes en la vida del paciente, proveerle al paciente de una nueva experiencia relacional sin explícitamente explorar los significados subyacentes de la interacción.

Por su parte, Mitchel et al. (2011) describen una serie de intervenciones de resolución: aclarar los malos entendidos; 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; revelar la experiencia interna (del terapeuta) acerca de la relación; reconocer explícitamente la participación propia del terapeuta en la contribución del problema en la relación; relacionar la ruptura con un patrón interpersonal más amplio; o bien justificar la postura defensiva del paciente.

## Discusión

Tras la revisión de los trabajos presentados, se observa congruencia entre los mismos en cuanto a los siguientes puntos: se entiende a la ruptura en la alianza como una tensión o un desajuste en la relación colaborativa entre el paciente y el terapeuta. Este deterioro se manifiesta por medio de una falta de colaboración en tareas u objetivos, o a través de una tensión en el lazo. Las rupturas varían en frecuencia, severidad, intensidad, duración a lo largo del tratamiento, y a lo largo de la diada terapeuta-paciente. Para Baillargeon et al. (2012) y Mitchell et al. (2011) las rupturas pueden categorizarse en dos subtipos: por distanciamiento o por confrontación; siendo Mitchell et al. (2011) quienes agregan una tercera categoría “miscelánea” que incluye aquello que no entra en las dos anteriores.

Existe congruencia entre todos los trabajos, en que en algunos casos las rupturas en la alianza terapéutica son inevitables, y que sin embargo, aquellas terapias que incluyen rupturas en la alianza son más efectivas que aquellas sin ruptura –bajo la condición de que la alianza sea restituida-. Es decir, las rupturas pueden tener consecuencias positivas si se resuelven exitosamente. Los trabajos presentados coinciden en que la resolución de la ruptura puede llevar a fortalecer la alianza de trabajo, y a su vez, a un mayor entendimiento de los problemas del paciente. Por lo tanto, la habilidad clínica del terapeuta para ocuparse de las rupturas resulta un factor importante para el éxito terapéutico.

Los modelos de resolución presentados coinciden en la mayoría de sus intervenciones, siendo algunos más detallados y/o brindando mayor cantidad de ejemplos. Ante los eventos de ruptura:

Baillargeon et al. (2012) destacan la importancia de no perpetuar el patrón interpersonal disfuncional del paciente, y propone entonces la exploración de los eventos.

Aspland et al. (2008) proponen, ante un marcador de ruptura: revisar internamente, reconocer un patrón/problema que está surgiendo y que obstaculiza el progreso; cambiar el abordaje en orden de ubicar la falla empática, prestando atención a la experiencia del paciente a través de *resumir, explorar y validar*; restaurar la relación colaborativa incentivando la participación del paciente (empoderamiento) afirmando sus contribuciones y buscando feedback sobre acuerdo; negociar tareas; comenzar a crear conexiones/identificar mayores patrones de interacción que pueden ser pertinentes para la formulación de los problemas del paciente; revisar el correspondiente abordaje del caso; luego modificar el segundo paso (cambiar el abordaje al ubicar una falla empática).

Swank (2013) propone los siguientes pasos: señalar y mostrar inquietud en relación a la posibilidad de ruptura; permitirle al paciente explorar su respuesta emocional relacionada con el evento haciendo un sondeo para facilitar esta tarea; mostrar preocupación por la experimentación del paciente de emociones difíciles; también expresar remordimiento (“remorse”) por el papel que se jugó en la ruptura; ubicar las preocupaciones del paciente entorno a la ruptura; finalmente agradecerle al paciente por su apertura, normalizar la ruptura, y planear juntos 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.

Para ganar mayor comprensión en cómo los terapeutas tienen 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 por parte de los terapeutas acerca de los modelos e intervenciones posibles para resolver rupturas, puede tener un impacto positivo en cómo los terapeutas son formados 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 siguientes 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.

---

## Referencias

- Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A., Cao, L., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2015). Therapeutic alliance in a randomized clinical trial for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(3), 637-642.

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy, 38*, 171-185.
- Agnew, R. M., Harper, H., Shapiro, D. A., & Barkham, M. (1994). Resolving a challenge to the therapeutic relationship: A single case study. *British Journal of Medical Psychology, 67*, 155-170.
- Arnou, B. A.; Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Thase, M. E., Fisher, A. J., & Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 81(4)*, 627-638.
- 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.
- Aznar-Martínez, B., Pérez-Testor, C., Davins-Pujols, M., Aramburu, I., & Salamero, M. (2014). La alianza terapéutica en tratamiento conjunto de parejas: evaluación de la alianza y análisis de los factores influyentes en el triángulo terapéutico. *Subjetividad y procesos cognitivos, 18(1)*, 17-52.
- 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.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobia: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy, 52(1)*, 67-77.
- Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy, 79*, 395-418.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 121-139.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252-260.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hughes, A. M. (1996). Predicting the effects of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 497-504.
- Cooper, A., Strunk, D., Ryan, E., DeRubeis, R., Hollon, S., & Gallop, R. (2015). The Therapeutic Alliance and Therapist Adherence as Predictors of Dropout from Cognitive Therapy for Depression when Combined with Antidepressant Medication. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. In press.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., & Safran, J. (2009). Resolution of ruptures in therapeutic alliance: Its role on change processes according to a relational approach. *Análise Psicológica, 27(4)*, 479-491.
- 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.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Fernandes, C., Sousa, I., & Safran, J. (2014). The development of the therapeutic alliance and the emergence of alliance ruptures. *Anales de Psicología, 30(3)*, 985-994. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.168911>
- Cruzat, M., Aspillaga H., Behar, A., Espejo, L., & Gana, H. (2013). Facilitadores de la alianza terapéutica en la anorexia nerviosa: una mirada desde la diada terapeuta-paciente. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 51(3)*, 175-183.
- Del Re, A.C., Flückiger, C., Horvath, A., Symonds, D., & Wampold, B. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32(7)*, 642-649.
- doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.042>  
doi:10.1016/j.jbtep.2015.06.005
- 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.
- Etchevers, M., Garay, C. J., Korman, G. P., González, M. M., & Simkin, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de investigaciones, 19(1)*, 225-232.
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology, 60(3)*, 317-328.
- Garfield, R. (2004). The therapeutic alliance in couples therapy: Clinical considerations. *Family Process, 43(4)*, 457-465.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human Growth*. New York: Norton and Co.
- 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
- Junghan, U. M., & Slade, M. (2012). Determinants of the therapeutic working alliance in severe and persistent mentally ill people. *European Psychiatry. Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry, 27(1)*, 1.
- Katzow, A. W., & Safran, J. D. (2007). Recognizing and resolving ruptures in the therapeutic alliance. En P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 190-206). London: Routledge.
- Kazdin, A. E., Marciano, P. L., & Whitley, M. K. (2005). The Therapeutic Alliance in Cognitive-Behavioral Treatment of Children Referred for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior. *Journal of Consulting and Clinical*

- Psychology*, 73(4), 726-730.
- Keller, S. M.; Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2010). Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment: Adherence, childhood sexual abuse history, and social support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 974-979.
- 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.
- Marcolino, J., & Iacoponi, E. (2003). The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 78-86.
- 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.
- McLaughlin, A. A., Keller, S. M., Feeny, N. C., Youngstrom, E. A., & Zoellner, L. A. (2014). Patterns of therapeutic alliance: Rupture-repair episodes in prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 112-121.
- Meissner, W. W. (2006). The therapeutic alliance—a proteus in disguise. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 264-270.
- Meissner, W. W. (2007). Therapeutic alliance: Theme and variations. *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), 231-254.
- Mitchell, A., Eubanks-Carte, C., Muran, J.C., & Safran, J. D. (2011). Rupture Resolution Ranting System (3RS) Manual. Recuperado de
- Muran, J. C., Safran, J. D., Samstag, L.W., & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy Research*, 42, 532-545.
- Muran, J.C., Safran, J.D., Gorman, B.S., Samstag, L.W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233-248.
- Newman, C. E. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short-term cognitive therapy. In J. D. Safran & J. C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 95-122). Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and out-come in psychotherapy- noch einmal. In A. Bergin, & J. S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4ta ed.) (pp. 270-378). New York: Wiley.
- Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151. doi:10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 473-483.
- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D. (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. (2006). Has the concept of the alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43, 286-291.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMains, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27, 154-165.
- Safran, J. D., Greenberg, L. S., & Rice, L. N. (1988). Integrating psychotherapy research and practice: Modeling the change process. *Psychotherapy*, 25, 1-18.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 225-255). New York: Wiley.
- Safran, J., & Muran, C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Safran, J., Muran, C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Safran, J., Muran, C., & Rothman, M. (2006). The Therapeutic Alliance: Cultivating and Negotiating the Therapeutic Relationship. En O'Donohue, Cummings & Cummings (Eds.), *Clinical Strategies for Becoming a Master Psychotherapist. Practical Resources for the Mental Health Professional* (pp. 37-54). California: Academic 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., Samstag, L.W., & 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.
- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., & Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637-645.

- Sprenkle, D.H., Davis, S.D., & Lebow, J.L. (2009). *Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice*. New York: Guilford Press.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., Lawrenceau, J. P., & Beck, A. (2006). Early alliance, alliance ruptures and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 337-345.
- Swank, L. E. (2013). Repairing alliance ruptures in emotionally focused therapy: a preliminary task analysis. *American Journal of Family Therapy, 41*(5), 389-402.
- Szmulewicz, E. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 51*(1), 61-69.
- 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.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2000). Alliance ruptures and repairs in experiential therapy. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 175-186.
- Weck, F., Richtberg, S., Jakob, M., Neng, J., & Höfling, V. (2015). Therapist competence and therapeutic alliance are important in the treatment of health anxiety (hypochondriasis). *Psychiatry Research, 228*(1), 53-58.
- Wessler, R., Hankin, S., & Stern, J. (2001). Motivation and Attachment. En *Succeeding with Difficult Clients. Applications of Cognitive Appraisal Therapy*. (pp. 21-32). Academic Press: California.
- Wolfe, S., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2013). To enforce or engage: The relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addictive Behaviors, 38*(5), 2187-2195.
- Xu, H., & Terence, T. (2015). Reciprocal influence model of working alliance and therapeutic outcome over individual therapy course. *Journal of Counseling Psychology, 62*(3), 351-359.

Fecha de recepción: 10/09/2014

Fecha de aceptación: 23/10/2015