



Universidad de las Américas

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

Estilo Personal del Terapeuta (ETP) en los titulados de psicología de la Universidad de las Américas.

Tesis para optar al título de Psicóloga.

Autor:

Mónica Guzmán R.

Profesor Guía: Hugo Plaza

Viña del Mar, Chile.
2019.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que de alguna u otra forma contribuyeron y apoyaron para la realización de esta investigación, en especial a mis amigos, familia y a mi profesor guía Hugo Plaza.

Agradecimiento especial a Camilo Urra O., el mejor compañero de vida que se puede tener.

TABLA DE CONTENIDO.

Resumen.....	I
Abstract.....	II
Introducción.....	III

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Antecedentes del estudio

1.1 Justificación del problema

1.2 Delimitación del estudio

1.3 Pregunta de Investigación

1.4 Objetivos de la Investigación

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.

2. Marco Conceptual

2.1 Persona del terapeuta

2.1.1 Estilo personal del terapeuta

2.1.1.1 Funciones del Estilo Personal del Terapeuta

2.1.1.1.1 Función Instruccional

2.1.1.1.2 Función Atencional

2.1.1.1.3 Función Expresiva

2.1.1.1.4 Función Operacional

2.1.1.1.5 Función De Involucración

2.2 Marco Referencial

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

3. Paradigma investigativo

3.1 Metodología de la Investigación

3.2 Tipo y características del estudio

3.3 Diseño de Investigación

3.4 Universo, población, muestra, fuentes de información

3.5 Instrumentos de recolección de datos

3.6 Técnicas de recolección de datos

3.7 Criterios de Inclusión Muestral

3.8 Criterios de científicidad (para cualitativa y/o cuantitativa)

3.9 Técnica de análisis para el tratamiento de los datos

3.10 Procedimiento

3.11 Consideraciones Éticas de la investigación

CAPITULO IV. RESULTADOS.

4. Resultados descriptivos

CAPITULO V. CONCLUSIONES.

5.1 Discusiones y conclusiones

5.2 Limitaciones

5.3 Proyecciones

BIBLIOGRAFÍA.

ANEXOS.

I.- Resumen

En la presente investigación revisaremos detalladamente el concepto Estilo Personal del Terapeuta dando cuenta del reconocido impacto que tiene sobre el vínculo terapéutico en psicoterapia. Posteriormente, describiremos sus manifestaciones concretas en las prácticas psicológicas clínicas de los titulados de la carrera de Psicología de la Universidad de las Américas.

Palabras clave: Estilo Personal del Terapeuta (EPT), UDLA.

II.- Abstract

In the present investigation we will review in detail the Personal Style of the Therapist concept, taking into account the recognized impact it has on the therapeutic link in psychotherapy. Later, we will describe its concrete manifestations in the clinical psychological practices of the graduates of the Psychology career of the University of the Americas.

Keywords: Personal Style of the Therapist, UDLA.

III.- Introducción

En la presente investigación revisaremos detalladamente el concepto Estilo Personal del Terapeuta dando cuenta del reconocido impacto que tiene sobre el vínculo terapéutico en psicoterapia. Todo ello, a través de un estudio de corte cuantitativo descriptivo que busca rescatar la dimensión sincrónica del fenómeno, por sobre las causas y consecuencias del mismo. Por lo cual, esta será una investigación no experimental – transeccional, ya que nos centraremos en la descripción del fenómeno dentro del periodo 2015 – 2019 entre los titulados de psicología de la Universidad de las Américas.

En el primer capítulo, se revisaran en profundidad los antecedentes teóricos del concepto subrayando la importancia del mismo. Habiendo dado este primer paso, expondremos la justificación del problema de investigación, sus objetivos y sus preguntas.

En el segundo capítulo, se abarcará el marco conceptual de la investigación, estando dentro del mismo la conceptualización de la Persona del terapeuta y el Estilo Personal del Terapeuta (EPT), las funciones del Estilo Personal del Terapeuta y algunos de principales estudios del Estilo personal del terapeuta.

El capítulo tres constará del marco metodológico, en donde nos centraremos en explicar las características de la investigación, los procedimientos y técnicas utilizados en la misma.

El cuarto y quinto capítulo estarán constituidos por los resultados y las conclusiones respectivamente. Indagaremos en los resultados descriptivos del EPT y explicaremos como se relaciona con las variables comparadas.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Antecedentes del estudio

De acuerdo con Wachtel (2011) las consideraciones sobre el terapeuta han variado durante la historia de la psicoterapia. Si en un primer momento el terapeuta era considerado solo como un observador objetivo dentro de la relación terapéutica, con el paso del tiempo esta consideración cambió. En efecto, en un segundo momento, los terapeutas pasaron de ser observadores objetivos y pasivos a observadores partícipes y dinámicos, influyendo activamente en la relación terapéutica establecida con sus pacientes.

Desde esta óptica hegemónica, el terapeuta no puede “nunca” ser un observador meramente pasivo del paciente.

Por ello, la personalidad del terapeuta se vuelve interesante, emergiendo las primeras investigaciones en torno a ella. ¿Qué rasgos propios de la personalidad del terapeuta han sido estudiados en psicoterapia? Fundamentalmente, el estilo de afrontamiento, el bienestar emocional, las creencias y los valores (Scogin, et al. 1994). Con el paso del tiempo, incluso algunos autores han ido más lejos todavía, al asignar una centralidad preponderante a la personalidad del terapeuta a la hora del éxito o fracaso de un determinado tratamiento. (Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza, 1989)

En concordancia con lo expuesto, el factor operativo en el éxito terapéutico reposaría más en las cualidades personales del terapeuta que en su formación teórico-científica. En otras palabras, el Estilo Personal del Terapeuta tendería a eclipsar las competencias académico-profesionales.

Por lo tanto, cualidades como la objetividad, honestidad, capacidad para establecer relaciones o vínculos, libertad emocional, seguridad, integridad, intuición, paciencia, perspectiva, empatía, creatividad e imaginación (Winkler, Caceres, Fernández y Sanhueza, 1989) se superpondrían a elementos teóricos-científicos.

Siguiendo a Gómez (2010) aun cuando la terapia sea conducida por un manual científico, la psicoterapia posee un aspecto “artístico” el cual se basa en las habilidades dialógicas del terapeuta y la empatía que es capaz de desplegar. Esta última, a su vez, opera como aquella amalgama que mantiene la colaboración terapeuta – paciente y facilita la comunicación mutua en el proceso.

Dentro de este marco de referencia se comenzó a plantear el concepto de la persona del terapeuta, el cual abarca múltiples aristas del terapeuta. Se nos plantea que hay una persona *bajo* el terapeuta (con características propias, una vida y una historia) y que en esas particularidades también se encuentra la forma en este terapeuta generará un vínculo con el paciente, las motivaciones que tuvo a la hora de escoger la carrera de psicología, el estilo de intervención terapéutica, las necesidades de complementar el quehacer clínico con supervisión y terapia personal, el autocuidado que tiene cada terapeuta, etc. Por otro lado, la persona del terapeuta modera de manera muy significativa la implementación terapéutica.

Aunque algunos aspectos se consideren universalmente aplicables a todos los pacientes (como por ejemplo: el respeto, no minimizar los problemas, saber escuchar) existen algunos aspectos que requieren ser adaptados a cada paciente en particular, tales como la autorevelación del terapeuta, la calidez, el apoyo, el nivel de formalidad en el trato, etc. La atención constante del terapeuta a las reacciones del paciente como a su percepción

de estar recibiendo la ayuda necesaria lo orienta para poder ajustar sus propias actitudes (Gómez, 2011). Kottler (1993) enfatiza el poder y la influencia de la personalidad del terapeuta como un facilitador de crecimiento, y menciona que su fuerza y espíritu como ser humano estimulan dramáticamente la capacidad de inspirar confianza y la disciplina. Según este autor, el terapeuta se comunica con dos niveles simultáneamente: por un lado, está el contenido de lo que dice, la adecuación o justeza de sus intervenciones. Por el otro, en un sentido más sutil, opera el estilo profesional. Una porción importante de su influencia como terapeuta opera en el ámbito no verbal. No es solo lo que dice, sino el modo en que dice lo que dice.

El estilo personal del terapeuta

El origen del concepto de Estilo Personal del Terapeuta (en adelante EPT para abreviar) se remonta a 1998 con la investigación de Fernández Álvarez y García, quienes postularon el concepto considerándolo el factor más idiosincrásico del profesional, relacionado a modos particulares de comunicación que se encuentran influenciados por las características personales del terapeuta y su orientación teórica. Se refiere a las características habituales que cada terapeuta impone en su tarea como resultado de su peculiar manera de ser, más allá del enfoque de trabajo que utilice y de los requerimientos específicos que le exija la intervención (Corbella y Fernández Álvarez, 2006).

El estilo del terapeuta es dinámico, multidimensional y refleja las predilecciones comportamentales que el terapeuta usa para comunicarse con otra persona (Beutler et al., 1994). Las intervenciones del terapeuta son las diferentes técnicas y procedimientos proporcionados por las distintas orientaciones psicoterapéuticas. De este modo el estilo del

terapeuta se diferenciaría de las intervenciones por el aspecto más global y vinculado a los principios comunicativos del terapeuta, sin limitarse a las técnicas concretas empleadas.

Como se ha comentado, el estilo personal del terapeuta se constituye en gran medida en base a los posicionamientos y a las actitudes terapéuticas, pero de ahora en adelante, para simplificar conceptos, se hablará del estilo personal del terapeuta para referirse exclusivamente a los modos dominantes de comunicación que utiliza. Estos modos dominantes están influidos hasta cierto punto por la orientación teórica a la que se adhiere y que le proporciona estrategias básicas respecto del modo en que debe posicionarse frente al acto terapéutico.

Fernández Álvarez y García (1998) construyeron una primera versión del instrumento de evaluación del estilo personal del terapeuta (EPT-C) a partir de la conceptualización teórica desarrollada, y que tenía como aspectos básicos seis funciones distintivas que permitían dibujar el perfil personal de cada terapeuta. Posteriormente fueron revisando y perfeccionando el instrumento de evaluación del estilo del terapeuta (Fernández Álvarez, García, LoBianco y Corbella, 2003) dejando solo cinco funciones distintivas.

En el desempeño de cualquier acto psicoterapéutico, el terapeuta debe cumplir con una serie de acciones. Las funciones más significativas que se han identificado son las siguientes (Fernández Álvarez, 1998): Instruccional, Atencional, Expresiva, Operacional e Involucrativa.

En la práctica, estas funciones se llevan a cabo de manera integrada y en su conjunto expresan las disposiciones, los rasgos y las actitudes que todo terapeuta pone en

evidencia durante su ejercicio profesional. Cada función se representa mediante una dimensión continua bipolar:

1. Instruccional. Instalación y ajuste del dispositivo terapéutico. Los terapeutas fluctúan entre rígidos y flexibles.

2. Atencional. Selección de los elementos necesarios para avanzar en el trabajo terapéutico. Los terapeutas fluctúan entre focalizados, activos, y abiertos, receptivos.

3. Expresiva. Manera de relacionarse afectivamente con el paciente. Los terapeutas fluctúan entre próximos y distantes.

4. Operacional. Modo de cumplimiento de las tareas. Los terapeutas, fluctúan entre pautados (reglados, directivos) y espontáneos (intuitivos, no directivos).

5. Involucración (compromiso). Modo en que el terapeuta se involucra en su tarea. Los terapeutas fluctúan entre muy comprometidos y poco comprometidos.

1.1 Justificación del problema

Siendo los anteriores los principales antecedentes de la investigación en ETP de un marcado carácter foráneo, se instala la necesidad respecto a la investigación del constructo en la formación profesional en nuestro país.

Chile es un país con una alta tasa de titulados, 4.022 solo en 2017, siendo de estos 232 de la Universidad de las Américas (un 5,4% del total país). La cantidad de psicólogos que tienen formación especializada de postgrado de la Universidad de las Américas en la carrera de psicología es de un 2,2% según cifras de Mifuturo.cl del Ministerio de Educación (2018), bastante poco en relación a otras instituciones. Además de los anterior, se estima

que un alto porcentaje de terapeutas clínicos chilenos no tienen un espacio de supervisión adecuado y que tampoco han realizado una psicoterapia propia en donde pudieran explorar de forma adecuada las potencialidades y debilidades que pueden exponer en la práctica clínica ni por ende comprender como estos factores influyen de manera significativa en relación a la alianza terapéutica y los resultados de la psicoterapia.

Es por esto y determinado a la importancia que tiene el conocer el EPT propio en la práctica clínica que esta investigación tiene por objetivo presentar un estudio descriptivo sobre el cuestionario EPT-C al ser respondido por titulados de psicología de la Universidad de las Américas.

Conocer el EPT de los alumnos de psicología para tenerlo en consideración como recurso formativo y como facilitador de la alianza terapéutica en contexto de práctica profesional

En vista de que las universidades deben estar en constante actualización de sus características formadoras, (no siendo la UDLA una excepción) es que la contribución de esta investigación podría entregar luces para nuevos modelos de educación y lineamientos dentro de la malla curricular de la carrera de psicología para los alumnos de pregrado, entregando así una herramienta formadora innovadora que ayudará a sus alumnos también a tener lineamientos para la elección de un modelo teórico adecuado para cada uno de ellos como futuros terapeutas.

Es importante recalcar que las investigaciones del ETP en su mayoría se focalizan en los terapeutas que se encuentran en estudios de postgrado o que se encuentran ya en ejercicio, siendo poco y nada lo que se investiga en terapeutas en formación de pregrado.

Teniendo lo anterior en consideración y ya habiendo señalado la influencia del EPT en el vínculo terapéutico es que también se debe considerar el aporte positivo que puede tener el conocer el EPT de los alumnos al momento de realizar la práctica profesional, ya que se podrían realizar entrevistas de ingreso de los pacientes de forma focalizada para así determinar la mejor dupla de trabajo y por consiguiente subir el porcentaje de éxito de la psicoterapia realizada y bajar las tasas de deserción que suelen ser altas en el contexto universitario de práctica profesional.

Posibles futuras investigaciones sobre el EPT (correlaciones, estudios longitudinales, etc.)

Ligado a lo anterior, se estaría abriendo una oportunidad para nuevas investigaciones ligadas a la persona del terapeuta (vínculo con el paciente, las motivaciones a la hora de escoger la carrera de psicología, supervisión y terapia personal en el quehacer clínico, técnicas de autocuidado, etc.) que podrían ser provechosas no solo como recurso formativo dentro de los estudiantes de pregrado sino también para realizar seguimientos a los egresados y titulados de la universidad entregando una retroalimentación que no se da en otras instancias, así como también profundizar en la investigación propia de los EPT ya que aún se necesita recabar mayor información en la profundización del concepto en Chile y en un contexto ligado a las universidades.

1.2 Delimitación del estudio

Es estudio será realizado en forma cuantitativo descriptivo, a titulados de la carrera de psicología (periodo 2015 – 2019) de la Universidad de las Américas. Se les aplicará un cuestionario de escala Lickert autoaplicable Cuestionario Estilo Personal del terapeuta (EPT-C).

1.3 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los estilos personales del terapeuta en los titulados de la Universidad de las Américas sede Los Castaños?

1.4 Objetivos de la Investigación

Objetivo general:

Determinar los estilos personales del terapeuta en los titulados de la Universidad de las Américas sede Los Castaños.

Objetivos específicos:

- Determinar los EPT de los titulados mediante la aplicación del cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C)
- Describir los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C)
- Determinar las relaciones entre EPT en los titulados de psicología de la Universidad de las Américas y las variables demográficas.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.

2. Marco Conceptual

La psicoterapia es una modalidad de tratamiento que ha sido consagrada desde fines del siglo XIX. La discusión sobre la efectividad de la psicoterapia ha ocupado un lugar relevante en la investigación de la misma entre los años 1952 – 1980. Con el paso del tiempo, el interés de los investigadores en este campo, se han centrado en otros aspectos. Se demostró que la psicoterapia es más efectiva que la ausencia de ella, por lo que la investigación se focalizó en distinguir los factores o variables que se encuentran relacionados con el cambio en los pacientes (Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza, 1989). El interés por la investigación en este campo se incrementó de manera exponencial en los últimos 50 años centrándose en: 1) la evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas y 2) la comparación de los resultados de los diferentes tratamientos. Sin embargo, la importancia que demostró la alianza terapéutica como principal factor predictor del éxito de la psicoterapia, plasma la necesidad e importancia de aumentar el caudal de conocimiento sobre cuáles son las variables del terapeuta y del paciente que influyen en su establecimiento (Corbella y Botella, 2009).

El grado de mejoría que los pacientes pueden lograr a través de la psicoterapia es el resultado de una multiplicidad de factores. La tradicional clasificación de Lambert (1992) identificaba cuatro: las técnicas, los cambios extraterapéuticos, las expectativas y la relación terapéutica (Gómez, 2015). Safran y Muran (2005) definieron la calidad de la alianza terapéutica como el predictor más robusto en el éxito de un tratamiento. De hecho se le atribuye entre un 30% y un 45% del éxito de un proceso psicoterapéutico. Esta idea conduce a la hipótesis de que es la alianza y no las técnicas las que permitirían el desarrollo

de cambio terapéutico, dando así mayor sustento a la idea de que los factores inespecíficos de la psicoterapia son los responsables de su éxito (Hermosa Bosano, 2010).

La constitución de la alianza terapéutica se encuentra modelada no solo por las necesidades del paciente, sino también por la identidad personal y necesidades del terapeuta. Ésta puede ser comprendida como una “negociación intersubjetiva” entre estos dos participantes que comparten un fin común (Safran y Muran, 2000). Según Fernández Álvarez (2011) basándose en los factores comunes de la psicoterapia propuestos por Frank (1961 versión en español, 1977) se identifican del siguiente modo: los profesionales destacan la importancia de la relación terapéutica, brindan esperanza, y promueven motivación para el tratamiento, promueven oportunidades para el aprendizaje; facilitan el proceso de activación emocional, aumentan la sensación de dominio y competencia del paciente y animan de manera tácita o implícita a que ponga en marcha, en su vida cotidiana, los cambios y logros terapéuticos. A partir de 1980 Garfield plantea que el cambio terapéutico se relaciona con aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación que se forja entre ambos. Esta nueva línea de investigación se basó en la investigación de las variables inespecíficas del tratamiento (Winkler, Caceres, Fernández y Sanhueza, 1989). Es el momento de centrarse mucho más en las cualidades y comportamientos de los participantes en la psicoterapia que se manifiestan en las interacciones. Sólo de este modo podemos obtener datos más significativos sobre aquellos procesos que pueden conducir a resultados realmente positivos en psicoterapia (Garfield, 1981, pp. 305- 306)

El Modelo Genérico de la Psicoterapia (Orlinsky, Grawe y Parks, 1994) incluyó una descripción de los hallazgos en este campo y consideró relevante los siguientes datos sobre la variable del terapeuta: el compromiso, la confiabilidad, el grado de directividad, la

empatía, la expresividad, el manejo de situaciones terapéuticas, tanto en la comprensión como en la intervención y la genuidad. Según este modelo, el acto terapéutico es el producto de la relación entre la demanda y la oferta que se pone en juego a través de un contrato, una relación e intervenciones específicas. El terapeuta contribuye en este proceso con su experiencia profesional. Esto incluye sus características demográficas, su situación vital y naturalmente su estilo personal como terapeuta (Gómez, 2015).

2.1.1 Estilo personal del terapeuta

El concepto de « estilo » fue desarrollado por English y English, en 1958. Estos autores, consideran que el “estilo” comprende la suma total de los detalles del comportamiento individual que implica una característica típica e identificatoria para la persona. Más adelante, Witkin y Goodenough (1981) utilizaron esta noción para describir los métodos cognitivos que rigen la actividad humana. Adler utilizó el término “estilo de vida” para referirse a la personalidad del sujeto en cuanto a sus rasgos internos, estructuras, dinámicas y conflictos. Este estilo se encuentra compuesto por las características que permiten identificar a una persona: cómo vive, maneja los problemas y las relaciones interpersonales. Lazarus y Folkman (1984) definen al estilo como: “Las concepciones estilísticas de la conducta tienen una cierta proximidad a los rasgos, pero difieren de ellos puesto que no constituyen una estructura puntual estable y todavía menos son considerados como entidades intrapsíquicas por ninguno de los investigadores. Se podría decir que parecen unas formas conductuales desarrolladas a partir de ellos que actúan como disposiciones pero con una naturaleza más multidimensional y versátil que la de los rasgos” (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003).

En efecto, la noción de estilo, ha sido, y es actualmente, de utilidad para definir las conductas humanas que permanecen estables en el tiempo pero que a la vez mantienen cierta flexibilidad para soportar transformaciones (García Rizzo, 2008). Beutler, Machado y Neufeldt (1994) plantean que el estilo del terapeuta conforma un observable de la terapia.

El terapeuta debe desempeñarse con completa autenticidad, esto implica ser uno mismo, comunicar los propios sentimientos y experiencias internas. Un buen terapeuta debe ser capaz de expresar algo de sí mismo. La autenticidad también incluye la autocrítica, el reconocer los propios errores ante el paciente cuando este los señala (Díaz, 2015).

El terapeuta emprende sus acciones siguiendo los principios de un modelo genérico que se aplica a cualquier procedimiento específico. En el cumplimiento de su árdua tarea, el profesional se comunica con el paciente en múltiples niveles, En la comunicación que establece con el paciente combina formas estilísticas y modalidades singulares ajustadas a cada situación particular. Las características del estilo comunicativo del terapeuta van a ir estructurando su perfil personal de operar en la terapia, incluyendo también su manera de relacionarse con el paciente. El conjunto de esas características constituyen el estilo personal del terapeuta.

El estilo personal del terapeuta, ha sido definido en palabras del Dr. Fernández - Álvarez como “el conjunto de condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su tarea” (Fernández - Álvarez, 1998). El estilo personal del terapeuta es dinámico, multidimensional y refleja las predilecciones comportamentales que el terapeuta usa para comunicarse con otra persona. Fernández - Álvarez considera que tres variables constituyen principalmente a la formación del estilo personal del terapeuta:

- a) La posición socio – profesional
- b) La situación vital, la personalidad, la actitud y los posicionamientos
- c) Los modos dominantes de comunicación que utiliza

Las dos primeras variables mencionadas hacen referencia a condiciones personal que influyen sobre la actividad terapéutica en su conjunto. Una hace referencia a la incidencia que tiene el lugar que ocupa el terapeuta en el contexto socio – profesional donde se desempeña. La otra, remite a la síntesis de las circunstancias vitales y de relación con el marco teórico que condicionan el modo de cumplir con su tarea.

La tercera variable mencionada, reúne las modalidades básicas de comunicación que el terapeuta utiliza respondiendo a los diferentes aspectos que conforman el acto terapéutico. Las dos primeras variables hacen referencia a aspectos personales que influyen en la actividad terapéutica en su totalidad. La tercera variable agrupa las características esenciales de comunicación que el terapeuta emplea en el acto terapéutico (Corbella, et al. 2009). McNair y Lorr (1964) encontraron tres factores que parecerían definir la conducta psicoterapéutica y que se enfocaban en las características de las técnicas utilizadas. La primera dimensión se definió por asunciones derivadas de la orientación psicodinámica tradicional, la segunda representaba un continuo entre la expresión versus el control del afecto y la tercera dimensión pareciera representar la directividad versus no directividad del terapeuta.

El estilo personal del terapeuta se conforma en gran medida por el posicionamiento y las actitudes terapéuticas (que han sido explicadas anteriormente). García y Fernández - Álvarez (2007) refieren que el estilo personal del terapeuta (en adelante EPT) se trata de un

factor que presenta marcada estabilidad temporal, y que interviene en el modo específico de aplicar cualquier procedimiento o técnica psicoterapéutica. En este sentido, el EPT se plantea como una variable moderadora de los procesos, que incide sobre los resultados de las acciones terapéuticas, aunque en diferente grado según las características del paciente, la patología y el contexto de aplicación específico.

Los autores del constructo han planteado que el EPT puede ser evaluado a través de dos dimensiones hipotéticas básicas: una relacionada con lo predominantemente técnico y la otra asociada con la relación terapéutica. La primera dimensión hace referencia a los mecanismos atencionales de búsqueda y selección de la información y a las operaciones terapéuticas. La segunda, está asociada con los aspectos motivacionales, la relación terapéutica o los llamados factores comunes de la psicoterapia. Esto incluye la regulación emocional y el ajuste en el grado de involucración en la relación con el paciente y con la terapia (Castañeiras, Ledesma, García y Fernández Álvarez, 2008). Ceberio, Moreno y Des Champs (2015) comentan que el estilo personal se encuentra conformado por los elementos que configuran los rasgos de personalidad, sus constructos personales que se pondrán en juego en el plano de lo pragmático por lo que es inevitable que el modelo que adopte sufra modificaciones producidas por su estilo personal.

Se considera que el EPT es una variable que incluye las siguientes características:

A) Regula la forma en que el terapeuta desempeña sus labores, dejando su propia marca individual que lo permite identificar como individuo ejerciendo un rol.

B) Perdura en el tiempo y puede permanecer así por largos periodos, a pesar de que no es necesariamente estático. Pueden existir cambios como resultado del entrenamiento

recibido, cambios en las condiciones de trabajo y factores asociados a la vida personal del terapeuta.

C) Cuando los cambios son causados por factores muy intensos, pueden causar alteraciones temporales o permanentes en el estilo personal.

D) Se compone de una serie de dimensiones bipolares relacionadas a las varias funciones que distinguen una acción psicoterapéutica. Entre ellas se distinguen la función Instruccional, Atencional, Expresiva, Operacional e Involucración (Fernández - Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003).

2.1.1.1 Funciones del Estilo Personal del Terapeuta

Fernández - Álvarez (1998) menciona que en el desempeño del acto terapéutico, el terapeuta debe de cumplir con una serie de acciones. Dichas funciones fueron identificadas como:

- Instruccional
- Atencional
- Expresiva
- Operacional
- Involucración

2.1.1.1.1 Función Instruccional

La función instruccional hace referencia a la instalación y ajuste del dispositivo terapéutico. De acuerdo a esta dimensión los terapeutas pueden ser más rígidos o más flexibles. En este sentido el terapeuta debe de realizar una serie de operaciones para que el

proceso psicoterapéutico se ponga en acción. Esto hace referencia a una serie de reglas y normas que enmarcarán el proceso.

1. Acciones a realizar por el paciente

- Asistir al horario convenido
- Pagar los honorarios correspondientes
- Aceptar las reglas de trabajo

2. Naturaleza y límites de la vinculación entre paciente y terapeuta

3. Participación de otras personas allegadas al paciente identificado a través del curso del proceso psicoterapéutico

4. Acciones a realizar por el terapeuta a lo largo del proceso (Corbella y Botella, 2009).

Normalmente el terapeuta comunica estas pautas al inicio del proceso terapéutico ya que serán las cuales enmarcarán el proceso en sí. Las mismas en muchas oportunidades serán necesarias de repetirse o de reconsiderar a lo largo del mismo (especialmente en procesos terapéuticos prolongados). Así también esta variable se encontrará influida por el posicionamiento del terapeuta en cuanto al modelo teórico, ya que cada modelo proporciona determinadas pautas de encuadre. En relación a la dimensión presentada, cuando un terapeuta presenta características de la dimensión más rígida, este comunicará al consultante que no se establecerán modificaciones al marco original presentado y aceptado, por el contrario un terapeuta más flexible permitirá y contemplará la necesidad de establecer cambios a lo largo del proceso terapéutico. Si bien como se mencionó anteriormente cada

terapeuta responde a un modelo teórico el cual imparte directivas del establecimiento del encuadre terapéutico, cada terapeuta impartirá dichas normas con un estilo propio y personal que lo diferenciará del resto aun utilizando el mismo modelo teórico.

2.1.1.1.2 Función Atencional

La función atencional refiere de acuerdo a Fernández - Álvarez (1998) a la selección de elementos necesarios para avanzar en el proceso terapéutico. Los terapeutas fluctúan en esta dimensión entre activos y receptivos. Los terapeutas en virtud de poder realizar una serie de operaciones en pos de favorecer la disminución del padecimiento del consultante, deben prestar atención a lo que ocurre durante el proceso en sí mismo. De esta capacidad dependerá la cantidad y calidad de información que esté en condiciones de recoger y que deberá utilizar para poder llevar a cabo su tarea. Cuando el terapeuta utilice programas de intervención muy pautados o cuando el modelo teórico contempla la directividad del proceso, el terapeuta requerirá prestar atención a ciertos aspectos específicos para poder llevar a cabo sus intervenciones. Por otro lado, cuando el terapeuta utilice modelos psicoterapéuticos menos estructurados, su atención tenderá a ser más fluctuante. Por lo anteriormente mencionado el modelo teórico influirán en el modo en que el terapeuta direcciona su capacidad atencional y la canaliza.

2.1.1.1.3 Función Expresiva

En cuanto a la función expresiva Fernández - Álvarez (1998) refiere que la misma es la manera de relacionarse afectivamente con el paciente. Los terapeutas en este sentido fluctúan entre los polos próximos y distantes. En relación a esta variable Corbella y Botella (2009) plantean:

Con el fin de sostener este dispositivo, el terapeuta debe mantener la relación terapéutica dentro de un marco de colaboración activa. En ese sentido, se suele decir que el terapeuta debe ser empático. Esto equivale a decir que es necesario sostener determinado grado de intercambio emocional con el paciente para que éste se sienta contenido afectivamente y confiado para pedir ayuda. Esta función expresiva se podría relacionar con la dimensión de expresión versus el control del afecto planteada por McNair y Lorr (1964).

La empatía es un concepto del cual se ha escrito mucho. Con respecto a la psicoterapia, Frank (1971) incluyó a esta variable como un factor común a todas las psicoterapias que conducen al éxito terapéutico. En cuanto a los distintos aspectos que conforman al estilo personal del terapeuta, esta variable es la que probablemente más divergencias técnicas se encuentren. En el psicoanálisis se gestó el concepto de neutralidad y abstinencia en donde el terapeuta se suponía que debía de funcionar como una pantalla en donde el paciente pudiera proyectar los imagos infantiles (Freud y Rosenthal, 1998). Así también existen otros modelos en donde se requiere de la participación y contención por parte del terapeuta. Sin embargo la función expresiva es una variable que se encuentra presente en las características del terapeuta sin mediar el modelo teórico al que adscriba. La forma en que el terapeuta se expresa emocionalmente durante las sesiones es un factor sintetizador de la función.

2.1.1.1.4 Función Operacional

La función operacional u operativa, hace referencia al modo del cumplimiento de las tareas por parte del terapeuta. Los mismos puntúan entre pautados (reglados y

directivos) y espontáneos (intuitivos, no intuitivos). La pericia de un terapeuta para cumplir con su tarea depende de que el terapeuta sea capaz de lograr tres cosas:

- Construir y sostener junto con el consultante una buena alianza terapéutica
- Realizar intervenciones que resulten efectivas
- Evaluar el proceso y el resultado de la psicoterapia

Las tres dimensiones anteriores responder a la constitución de una buena alianza de trabajo: la instalación del dispositivo, una adecuada función atencional y una buena comunicación expresiva sirven justamente para esos fines (Fernández Álvarez, 1998). La psicoterapia abarca una gran diversidad de procedimientos. Una de las características de los mismos es que pueden clasificarse en abiertos y cerrados. Estos modos terapéuticos responden a los objetivos que persiguen. Muchos terapeutas se sienten cómodos sabiendo qué es lo que tienen que hacer de ante mano, sabiendo qué tienen que hacer en cada sesión, mientras que otros prefieren improvisar durante el proceso. En relación al primer eje de esta dimensión, los tratamientos manualizados son un claro ejemplo, ya que indican qué tiene que hacer el terapeuta a lo largo del proceso. Las psicoterapias psicodinámicas se ubicarían en el otro polo de la dimensión.

Es importante tener en cuenta algunos aspectos al momento de pre programar un formato de psicoterapia:

- La dificultad de la situación terapéutica

- Las formas más directivas de intervención, generalmente se relacionan a modelos más predictivos, mientras que las formas más discursivas suelen relacionarse con modalidades de psicoterapia más abiertas
- Los dispositivos más simples suelen admitir programas terapéuticos más sencillos
- Existen técnicas que están programadas para aplicarlas en un formato más racional y siguiendo pasos específicos en su aplicación (Corbella y Botella, 2009)

Se pueden encontrar antecedentes sobre la función operativa en la literatura: McNair y Lorr (1964) desarrollaron la dimensión directividad versus no directividad, que más tarde la emplearía Beutler para la selección sistemática de tratamientos (Corbella y Botella, 2009).

2.1.1.1.5 Función De Involucración

Los terapeutas son agentes de salud y como tales tienen un nivel de compromiso con el consultante muy elevado. Los terapeutas dedican una vida a comprender el funcionamiento del sistema mental de los consultantes, a disminuir el padecimiento que presentan, a mejorar la calidad de vida de los mismos. Galfré y Frascino (2015) definen a la tarea terapéutica como apasionante sin dudas, la cual expone al profesional cotidianamente a interacciones que se encuentran teñidas de fuertes dosis de ansiedad, violencia, desorganización, desesperanza, entre otros. Los autores agregan que la persona del terapeuta es continente de varios temas:

- Historias y experiencia de vida

- Similitudes y resonancias con las situaciones problemáticas de los pacientes, que pueden haber resuelto o no
- Sentimientos que se ponen en juego en la tarea misma
- Sistema de creencias propio del terapeuta
- Las características de personalidad del profesional

Por lo tanto como en cualquier actividad, los terapeutas pueden verse involucrados en mayor o menor medida en su labor. Si bien puede suponerse que un equilibrio razonable es poder situar la involucración en un término medio, existen también determinadas circunstancias que llevan al profesional a tener que tener un nivel de compromiso mayor.

2.2 Marco Referencial

Casari, Ison y Gómez (2018) realizaron una recopilación bibliográfica acerca del EPT y señalaron que se han realizado más de 50 publicaciones científicas hasta esa fecha sobre el tema, siendo estudiado en distintos medios y países. Ellos realizaron una investigación en donde recabaron las principales líneas de investigación relacionadas al EPT entre 1998 y 2017. Casari, Ison y Gómez (2018) categorizaron las principales:

- Estudio de variables profesionales del terapeuta
- EPT y variables de personalidad del terapeuta
- Interacción entre el EPT, variables del paciente y su relación con alianza terapéutica y con los resultados de la psicoterapia
- EPT en poblaciones clínicas

Estudio de variables profesionales del terapeuta

Muchos estudios demostraron que existe una relación entre el EPT y la orientación teórico-técnica (siempre reportada por el profesional), sin embargo, existen ciertas variaciones entre los mismos a nivel metodológico. En primer lugar, sobre los participantes podemos mencionar: los grupos de terapeutas comparados, cómo fueron clasificadas las orientaciones y cuántos terapeutas fueron incluidos por orientación. Como conclusión de estos estudios podríamos señalar: que el enfoque teórico ha demostrado ser una variable altamente sensible para percibir diferencias estilísticas en el EPT, y en segundo lugar, que es la variable profesional que más atención ha recibido a nivel de cantidad de investigaciones abocadas, a pesar de que son escasas las conjeturas, que intentaron dar cuenta del por qué se daban tales diferencias (Castañeiras, García, Lo Bianco y Fernández-Álvarez, 2006)

Los autores se preguntaban acerca de la dirección de la influencia entre el EPT y las orientaciones teóricas de los terapeutas: si es que la adherencia a una orientación teórica termine moldeando el estilo del terapeuta, haciendo que sus partidarios actúen de una determinada manera; o bien que las características que posee el terapeuta lo lleven a adherir a ciertos marcos teóricos de acuerdo a su personalidad (Cariaga y Casari, 2014; García y Fernández Álvarez, 2007; heinonen y Orlinsky, 2013).

Luego del enfoque teórico, las variables profesionales que mayormente fueron indagadas con relación al EPT fueron: experiencia y duración del tratamiento. En relación a la primera variable, se encontraron diferencias significativas entre terapeutas principiantes y expertos, especialmente en las funciones técnicas (Atencional y Operativa), donde a

menor cantidad de años de experiencia los profesionales serían más focalizados y pautados en sus intervenciones; también se detectó una asociación significativa entre el nivel de experiencia del terapeuta con la tendencia a realizar preguntas durante las sesiones (a mayor experiencia, menor cantidad de preguntas) (Gómez et al., 2011). En relación con la duración del tratamiento, cuando se analizó a terapeutas cuyos tratamientos predominantes eran breves con aquellos que refirieron tratamientos prolongados, se encontró que los primeros eran más flexibles a nivel Instruccional, focalizados en su atención y pautados a nivel técnicos (Castañeiras et al., 2006, 2008; Da Silva et al., 2006).

Acerca del entrenamiento del terapeuta, dos estudios realizados tanto con profesionales que se encontraban realizando un entrenamiento en psicoterapia, y con estudiantes que ejercieron prácticas profesionales clínicas, se detectó que las funciones que variaban significativamente eran: Involucración (tendiendo a decrecer) y Atencional (tendiendo a ser más focalizada) (Grzona, Muñoz, Casari y Videla, 2016). Otra variable que se indagó fue la concepción epistemológica del terapeuta (racionalista o constructivista) con el EPT (Lee et al., 2013). Aquí se utilizó a una amplia muestra de 1151 terapeutas de Estados Unidos, donde se aplicó entre otros instrumentos el EPT-C (versión de 36 ítems). Se encontró resultados positivos en los análisis de regresión lineal, donde se intentó predecir las funciones del EPT en base a la postura epistemológica. Los terapeutas con una epistemología racional tendían a tener un menor grado de involucración, atención focalizada y tendencia a emplear tratamientos pautados; mientras que los terapeutas de inclinación constructivista se destacaban por su cercanía emocional, mayor compromiso, atención abierta y espontaneidad a la hora de planificar sus intervenciones. Por último, una

variable que fue analizada una única vez es el dispositivo terapéutico (individual, pareja, familia y grupo) sin encontrar resultados significativos (Castañeiras et al., 2008).

EPT y variables de personalidad del terapeuta.

En la definición misma del EPT, se establece que el mismo “se refiere a las características normales que cada terapeuta imprime a su trabajo como resultado de su particular manera de ser” (Fernández Álvarez et al., 1998). Inclusive, se ha llegado a plantear si el EPT es un estilo de personalidad (García & Fernández-Álvarez, 2007), por lo que se sugiere que se estudie la predicción de las funciones del EPT a partir de factores de personalidad (Quiñones-Bergeret et al., 2010). Debido a estos antecedentes, es esperable que exista una influencia directa de la personalidad en el EPT. Aunque se han realizado investigaciones que han abordado esta temática, el volumen de estas es inferior a otros tópicos, como por ejemplo el enfoque teórico y su relación con el EPT. Corbella et al. (2007) analizaron si existía relación entre el EPT con variables de personalidad del terapeuta, entre ellas: autoeficacia, dirección de intereses, relaciones personales, etc. Para lograrlo, trabajaron con una muestra de 78 terapeutas en formación de Argentina y España, empleando la versión de 36 ítems del EPT-C (Fernández Álvarez et al., 2003) y una diversidad de instrumentos: *General Perceived Self-Efficacy Scale*; *Experiences in Close Relationships Questionnaire*, *Direction of Interest Questionnaire*, y *Sixteen Personality Factor*.

Se encontraron múltiples correlaciones significativas entre las escalas del EPT y las dimensiones de los diversos instrumentos. Tres de las cinco funciones del EPT (Atencional, Operativa e Instruccional) presentaron correlaciones significativas con al menos una escala

del cuestionario de personalidad. Semejantes resultados fueron encontrados por Hermosa-Bossano (2010) al predecir las mismas funciones del EPT a partir de factores de personalidad del Inventario de 16 Factores de la Personalidad, con una muestra de 16 terapeutas aprendices (no graduados) de Ecuador.

En el año 2008, se publicó una investigación que también empleó uno de los instrumentos antes utilizados con relación al EPT-C, el Cuestionario de Dirección de Intereses (Fernández-Álvarez, Saúl Gutiérrez, García y Botella, 2008). Este instrumento evalúa la inclinación del sujeto por intereses internos (ideas, imaginación, filosofía, problemas emocionales) y externos (hechos, problemas prácticos, sentido común, poder, ambición personal). Para la investigación, se administraron ambos cuestionarios a 91 terapeutas de diferentes nacionalidades, en su mayoría argentinos y españoles. Se encontraron correlaciones significativas entre dos funciones del EPT, Atencional y Operativa, con dirección de intereses. Lo que implica que la inclinación interna del terapeuta está relacionada con mayor apertura atencional y predilección por técnicas espontáneas. A su vez, se detectó que la dirección de intereses del profesional predice en un 24% la variabilidad de la función Atencional (Corbella et al., 2008).

Empleando la misma muestra de terapeutas, también se evaluó la relación del patrón de apego con el EPT (Botella et al., 2008; Corbella et al., 2009). Se encontró que los terapeutas que presentaron un estilo de apego inseguro mostraron grandes niveles de rigidez en la función Instruccional del EPT-C en comparación con aquellos terapeutas que presentaron un estilo de apego seguro. En una investigación similar, se propuso indagar si existían asociaciones entre el EPT, estilos de apego y factores de personalidad. Trabajando con una muestra de 252 terapeutas, se encontró una correlación significativa positiva entre

la función Expresiva y la Extraversión, entre el Neuroticismo con las funciones Operativa y Atencional, y entre ésta última con el apego ansioso (Genise, 2015).

Otro estudio reciente, se ocupó de analizar la relación entre el EPT con la personalidad, evaluada a través del Cuestionario Multifacético de Personalidad Minnessota-II (MMPI-II; hathaway y Mckinley, 1995 citado en Estrada-Aranda, 2014). Como muestra se utilizaron 20 terapeutas de México, de los cuales 10 aún eran estudiantes. Si bien se encontraron correlaciones significativas entre las escalas clínicas del MMPI-II con el EPT-C, existen importantes limitaciones metodológicas que restan valor a las conclusiones: el reducido número de la muestra (N= 20), el uso del cuestionario EPT-C sin una adaptación previa a dicho país, y que la mitad de los terapeutas eran en realidad estudiantes (personas que aún no ejercen profesionalmente como clínicos). Por última, dos variables demográficas que se analizaron con relación al EPT, fueron sexo y edad. Castañeiras et al. (2008) encontraron que los terapeutas hombres tendrían valores más elevados en la función Atencional (mayor focalización); mientras que, con relación a la edad del terapeuta, se detectó una correlación negativa con la función Atencional y Operativa, es decir que los profesionales a medida que aumentan su edad cronológica tienden a una atención más abierta y a intervenciones más espontáneas.

Interacción entre el EPT, variables del paciente y su relación con alianza terapéutica y con los resultados de la psicoterapia

La línea de investigación más relacionada al resultado en psicoterapia ha intentado vincular la interacción entre variables del terapeuta y paciente. Para ello se emplearon

diversidad de instrumentos y diseños metodológicos más complejos que los anteriores, ya que implicaron evaluaciones repetidas en el tiempo y se incluyó la perspectiva del paciente.

Sin embargo, algo llamativo es que este tipo de investigaciones fueron publicadas, casi exclusivamente, en congresos o realizadas como producto de una tesis (de grado o posgrado). Por lo que quizás se puedan estar omitiendo investigaciones de importancia no disponibles en la web, que no fueron facilitadas por sus autores.

En primer lugar, hay que mencionar el proyecto conjunto de investigación entre Fundación Aiglé (Buenos Aires) y la universidad Ramón Llull, (Barcelona, España) que se inicia en el año 2000, conocido como proyecto Buenos Aires-Barcelona (Botella y Corbella, 2005). La hipótesis que motivó este proyecto fue:

La compatibilidad de estilos entre terapeuta y paciente constituye la base de una relación de sincronización comunicativa y resonancia emocional (de apego seguro) que facilita el establecimiento de una alianza terapéutica sólida y, por tanto, de un buen resultado de la terapia (Botella y Corbella, 2005, p. 86-87).

El estudio se enfocó sobre dos variables específicas del paciente que demostraron ser las más relevantes para la Selección Sistemática de Tratamientos: a) el estilo de afrontamiento y b) la resistencia. Para la muestra participaron 401 pacientes de la evaluación inicial, 304 de la tercera sesión, 202 de la octava sesión y 82 de final de terapia o al cabo de los nueve meses. También se contó con la colaboración de 48 terapeutas (provenientes de ambos centros terapéuticos). Se utilizaron múltiples medidas de evaluación para evaluar variables del paciente, terapeuta, alianza terapéutica y resultados.

Como resultado se encontró que la función Operativa tiene un efecto moderador sobre la resistencia del paciente, influyendo dicha interacción en el establecimiento y calidad de la alianza terapéutica durante el tratamiento y en los resultados finales (pacientes más resistentes con terapeutas menos pautados: mejor alianza terapéutica y mejores resultados). y también que la función Instruccional del EPT influye sobre la alianza terapéutica (los terapeutas más flexibles al establecer las instrucciones logran una mejor alianza terapéutica con sus pacientes en las fases intermedia y final de la psicoterapia) y en el resultado final del tratamiento. Los autores concluyeron que existe una relación significativa que se da del siguiente modo: la compatibilidad paciente terapeuta influye en el establecimiento de la alianza terapéutica, y luego ésta sobre los resultados (Botella y Corbella, 2005).

Simultáneamente al proyecto conjunto Barcelona-Buenos Aires, otro estudio fue realizado entre la Fundación Aiglé con el Centro Privado de Psicoterapias de la Selección Sistemática de Tratamiento (S.T.S) coordinada por Larry Beutler, en Santa Bárbara, California. El objetivo fue evaluar la resistencia y estilo de afrontamiento del paciente, con relación al EPT y variables del STS (Directividad – Tratamientos orientados al cambio de conducta u orientados al insight). En dicho estudio participaron 305 pacientes en la evaluación inicial, pero sólo 135 concluyeron con las evaluaciones de seguimiento. A nivel de terapeutas, participaron un total de 40 entre ambas instituciones. Como resultado, se encontró que aquellos pacientes más resistentes respondieron significativamente mejor al tratamiento interactuando con terapeutas más espontáneos en la función Operativa. Mientras que los pacientes con un estilo de afrontamiento predominantemente

externalizador obtuvieron mejores resultados al trabajar con terapeutas más pautados en la función operativa (Malik et al., 2002 citado en García y Fernández Álvarez, 2007).

EPT en poblaciones clínicas

Otra línea de investigación está relacionada a la influencia de la población clínica con la que trabaja principalmente el profesional en su EPT.

Sobre este punto, desde el año 2003 se incluye una variable en el protocolo de administración del EPT-C, que es “tipo de patología”. Allí el terapeuta debe responder a la consigna: Tipo de patología predominante, y entre las opciones se incluyen: ansiedad y depresión, trastornos de la personalidad, adicciones, trastornos severos (psicosis), trastornos de la comunicación, disfunciones sexuales, otros. Los autores no aclararon en base a cuál criterio se optó por dichas opciones (Fernández-Álvarez et al., 2003).

Siguiendo ese principio, hasta el momento se han realizado cinco investigaciones donde se indaga el EPT en psicólogos que trabajan en: área de neonatología (Vega, 2006), la atención a pacientes severamente perturbados (Rial, Castañeiras, García, Gómez & Fernández-Álvarez, 2006), el abordaje de enfermedades crónicas (Gómez, 2015), el tratamiento de problemáticas relacionadas al maltrato infantil (Casari, Magni y Morelato, 2014) y en el abordaje de pacientes drogodependientes (Casari, Ison, Albanesi y Maristany, 2017a). En los estudios se realizó una metodología similar: se compararon dos o más grupos de terapeutas, donde uno estaba especializado y/o abocado al tratamiento de una patología específica, mientras que el segundo (o tercer) grupo eran psicólogos clínicos sin una dedicación mayoritaria a una población clara de pacientes. Los grupos para comparar intentaban ser similares en cuanto a cantidad de participantes, y con relación a variables

socio demográficas y profesionales. Luego se empleaba una prueba estadística para cumplir el objetivo de analizar la presencia de diferencias significativas en las funciones del EPT-C. Uno de los primeros estudios que se publicó fue la investigación de Rial et al. (2006) sobre el EPT en pacientes severamente perturbados (en adelante PSP), entre los que estarían incluidos los siguientes diagnósticos clínicos: esquizofrenia y trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo (depresión mayor y bipolaridad), trastorno límite de la personalidad, demencias y adicciones.

Los autores justificaron la necesidad de estudiar el EPT en profesionales que abordaban esta patología por la complejidad del tratamiento psicoterapéutico y del establecimiento de la alianza terapéutica. Del estudio participaron un total de 60 terapeutas de las ciudades de Buenos Aires y Mar del Plata, que provenían de centros psiquiátricos públicos y privados, donde 30 de ellos estaban dedicados a la atención de PSP, y 30 no lo estaban, los cuales conformaron la muestra a comparar, intentando asemejar variables como: sexo, edad, años de experiencia y orientación teórica. Como resultado los terapeutas del primer grupo se consideraron significativamente más distantes en la comunicación emocional con sus pacientes, con una menor involucración y más pautados operativamente que aquellos terapeutas que asisten a pacientes considerados no severos.

Los autores conjeturaron que este perfil responde a un mecanismo de protección de los terapeutas ante la elevada exigencia que plantea el trabajo con pacientes severos, que los llevaría a establecer una mayor distancia emocional y un menor grado de involucración como mecanismo compensatorio en la relación, independientemente de la valoración que hacen de lo que consideran adecuado u óptimo en el tratamiento de este tipo de pacientes. y agregaron que estas características del EPT no pueden relacionarse a un mejor

establecimiento de la alianza terapéutica o de los resultados. Por último, mencionaron que se debe tener cautela con la interpretación de estos resultados debido al tamaño de la muestra ($N=60$), y realizar estudios con muestras más amplias, otras poblaciones clínicas y con terapeutas de diferentes regiones geográficas.

En el mismo año, se publicó un libro titulado “El psicoterapeuta en neonatología: Rol y estilo personal” (Vega, 2006). El mismo surge como producto de una tesis doctoral y constituye hasta el momento el único libro abocado directamente al EPT. En la investigación de Vega (2006) la constitución de la muestra en estudio fue más compleja que en el estudio antes citado (Rial et al., 2006). Se recurrió a jueces calificados (médicos o psicólogos con más de 10 años de experiencia en esa tarea), que seleccionaron de un listado de posibles terapeutas a aquellos que cumplieran con al menos dos criterios: un año mínimo de experiencia en la tarea y una evaluación satisfactoria de su desempeño por dichos jueces. La muestra quedó conformada por 30 sujetos (11 de instituciones privadas, 19 de instituciones públicas, de las cuales 2 eran del interior del país), que se desempeñaban en unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (uCIN). Se conformó también un grupo comparativo ($n=114$), intentando homologar las siguientes variables: edad, años de experiencia y orientación teórica. Empleando la prueba t de Student como herramienta estadística, se encontró una única diferencia significativa entre ambos subgrupos donde los terapeutas de las uCIN obtuvieron valores inferiores en la función Instruccional. La autora explica esta diferencia por las características particulares del abordaje en las uCIN: la demanda no es espontánea, el ambiente de trabajo dista bastante del consultorio clásico y las reglas del encuadre deben ser flexibles. Como se mencionó anteriormente, los terapeutas seleccionados para la muestra fueron elegidos por jueces expertos en el área neonatal como

satisfactorios en su desempeño, lo que podría indicar que este perfil de EPT es adecuado para trabajar en el área. Sin embargo, la autora prefiere ser cauta y recomendar mayor profundización al respecto antes de esbozar un perfil ideal de EPT para esta área específica.

Casari, Magni y Morelato (2014) indagaron el EPT en profesionales que trabajaban en la atención de casos clínicos relacionados al maltrato infantil de la provincia de Mendoza. En total participaron 64 terapeutas del estudio divididos en dos grupos: uno abocado a la población en estudio ($n= 32$) y otro grupo comparativo de psicólogos clínicos que no trabajaban en dicha problemática ($n= 32$). Aquí se incluyeron más variables a controlar: edad, sexo, años de experiencia, universidad de egreso, enfoque teórico y tipo de abordaje. En el análisis comparativo de diferencias de medias, se encontró que los psicólogos del grupo en estudio presentaron valores significativamente inferiores en la función Expresiva, un dato importante es que se incluye por primera vez en los estudios comparativos el análisis del tamaño del efecto, el cual fue moderado. Los autores consideraron que estos resultados podrían deberse a que el terapeuta clínico tiene la posibilidad de establecer un vínculo terapéutico más cercano que el profesional que trabaja en el ámbito público en situaciones de violencia, ya que, en este último, influyen aspectos como la motivación al cambio, la corta frecuencia de los encuentros y la incompatibilidad de experiencias entre el profesional y el paciente.

Gómez (2015) como producto de su tesis doctoral, realizó una investigación con un total de 143 terapeutas divididos en tres grupos según la población específica de atención clínica: pacientes oncológicos ($n= 53$), pacientes con enfermedades físicas crónicas ($n= 30$) y pacientes sin enfermedades crónicas ($n= 60$). En este estudio se incluyeron dos nuevos criterios de inclusión: que los terapeutas se auto definieran como especialistas en alguna de

las áreas (subgrupo de terapeutas); y que posean un mínimo de un año de experiencia profesional y más de 10 pacientes atendidos.

Por último, Casari et al. (2017a) indagaron el perfil del EPT entre dos grupos de profesionales, uno dedicado a la atención de pacientes drogo-dependientes (grupo adicciones) y otro abocado a la atención clínica en general (grupo clínico). La muestra estuvo formada por 100 psicoterapeutas que trabajan en instituciones públicas y privadas de tres provincias del interior de Argentina, pareados por las variables socioprofesionales (sexo, edad, años de experiencia profesional, enfoque teórico, grupo etario de trabajo, tipo de abordaje predominante, duración del tratamiento y grado de especialización). Se obtuvieron diferencias significativas en la función Expresiva y en la función Instruccional, lo cual indica una mayor distancia emocional y un incremento en la rigidez del encuadre terapéutico en los terapeutas de pacientes adictos.

Una conclusión a la que puede arribarse en el caso de la evaluación del EPT en poblaciones específicas, es que se necesitan mayores controles metodológicos, por ejemplo, chequear de algún modo la formación e idoneidad profesional en la declaración de estar trabajando con ciertas patologías. Deberíamos cuestionarnos si el simple hecho de trabajar en una institución específica de tratamiento para una patología, lo convierte al profesional en representativo de ese grupo de terapeutas. Conocer cómo fueron las circunstancias de ingreso y capacitación del profesional sería un factor para considerar. y a la hora de ejecutar la investigación, se podrían emplear versiones ligeramente modificadas del instrumento para esta población de terapeutas, excluyendo ciertas consignas previas y aclarando que solamente responda los ítems pensando en su labor con el tipo de pacientes a evaluar, ya que puede ocurrir que los profesionales no trabajen exclusivamente en dicha área particular.

Como también considerar cuidadosamente la variable años de experiencia profesional, ¿se habla de los años de experiencia en general o con relación al tipo de patología que se pretende evaluar?

La variable del terapeuta aún está por explorarse, pese a importantes contribuciones en éste campo. Cada vez son más las investigaciones que tienen como objetivo estudiar la contribución que el terapeuta hace al proceso y al resultado psicoterapéutico (Corbella, et al, 2009).

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

3. Paradigma investigativo

3.1 Tipo y características del estudio: cuantitativo descriptivo que busca rescatar la dimensión sincrónica del fenómeno, por sobre las causas y consecuencias del mismo. En este caso trabajaremos el fenómeno del estilo personal del terapeuta como parámetro a medir en titulados de la carrera de psicología de la Universidad de las Américas.

3.2 Diseño de Investigación: Será no experimental – transeccional ya que se busca presentar un panorama del estado del fenómeno del estilo personal del terapeuta, en este caso dentro del periodo 2015 – 2019.

3.3 Definición conceptual y operacional de las variables: El estilo personal del terapeuta, ha sido definido en palabras del Dr. Fernández - Álvarez como “el conjunto de condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su tarea” (Fernández - Álvarez, 1998). Esta será la variable a describir y la principal por lo tanto.

3.4 Universo, población, muestra, fuentes de información: Se tomará como población los titulados entre los años 2015 y 2019 de la carrera de psicología de la Universidad de las Américas en la sede Los Castaños. La muestra será probabilista y tomada de los titulados que se encuentren trabajando (o les interese trabajar y/o hayan trabajado) en el área clínica realizando psicoterapia.

3.5 Instrumentos de recolección de datos: Cuestionario Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). Autoaplicable, consta de 5 dimensiones (funciones terapéuticas) y 36 ítems en formato escala Likert.

3.6 Técnicas de recolección de datos: A través de muestreo no probabilístico con técnica “bola de nieve” se contactará por correo electrónico a quienes cuenten con las características de la muestra y se les realizará el envío del Cuestionario Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) y la ficha demográfica. Una vez puedan completar ambas cosas se les pedirá puedan reenviarlas al correo de contacto de quien realiza el estudio para su posterior análisis. Una vez lleguen a destino, se procederá a puntuar los cuestionarios y determinar los diferentes Estilos Personales del Terapeuta.

3.7 Criterios de Inclusión Muestral: Como se señala con anterioridad, se trabajará con titulados entre los años 2015 y 2019 de la carrera de psicología de la Universidad de las Américas sede Los Castaños que se encuentren trabajando (o les interese trabajar y/o hayan trabajado) en el área clínica realizando psicoterapia.

También se tendrá en consideración la orientación teórica con la que trabajen, los años de experiencia, el año de egreso o régimen de estudios en donde hayan desarrollado la carrera, solo para poder describir de mejor forma el fenómeno.

3.8 Criterios de cientificidad: Entre los años 2003 y 2005 se publicaron dos estudios que realizaron análisis factoriales exploratorios que buscaban validar la confiabilidad de la escala EPT-C (Fernández-Álvarez et al., 2003; Fernández-Álvarez, García, Castañeiras y Rial, 2005). Los mismos fueron realizados con terapeutas de Argentina (189 en el primer estudio y 366 en el segundo). La versión que se presentó para los estudios poseía inicialmente 61 ítems, de los cuales se menciona que muchos fueron eliminados previamente por los resultados de investigaciones anteriores debido a características psicométricas, quedando conformado por un total de 36 ítems.

Los análisis factoriales arrojaron una estructura factorial de 4 factores que explicaba entre el 38,8 al 40 % de la varianza en ambos estudios. A pesar de que el primer factor reunía ítems de las funciones Atencional y Operativa, y de la presencia de fuertes correlaciones entre las mismas, los autores consideraron mantener la discriminación entre ambas funciones por criterios teóricos. Para evaluar la confiabilidad de la escala se calculó el alfa de Cronbach, encontrando valores aceptables que oscilaron entre 0,69 y 0,80. Cuatro meses después, el instrumento fue administrado a 60 de los sujetos que participaron anteriormente. Las correlaciones arrojaron valores significativos ($r > 0,76 < 0,82$). Luego, en el año 2008, Castañeiras, Ledesma, García y Fernández-Álvarez, realizaron un análisis factorial confirmatorio del instrumento con una muestra de 461 terapeutas argentinos.

3.9 Técnica de análisis para el tratamiento de los datos: Para el análisis de datos se utilizará el programa estadístico SPSS. Se realizará análisis de frecuencia de la muestra, análisis de estadísticos descriptivos (media, desviación estándar, máximo y mínimo) y comparación de medias de las distintas funciones del estilo personal del terapeuta.

3.10 Procedimiento: Para obtener los datos del estudio se trabajara directamente con el canal formal de comunicación de universidad para el contacto con los egresados y titulados, así se logrará llegar exclusivamente a la muestra representativa que necesita el estudio. Al ya haber una canal formal y una base de datos de contactos establecidos se facilita la labor para que el estudio sea factible de realizar, así mismo descartamos posibles inconvenientes a la hora de contactar gente de forma errada generando alteraciones en los resultados del estudio.

3.11 Consideraciones Éticas de la investigación: Se tomarán como consideraciones éticas las normas éticas generales que se encuentran estipuladas dentro del código de ética profesional del Colegio de Psicólogos de Chile, así también, las normas específicas que se encuentran dentro del artículo 15° referente a los aspectos relativos a la investigación en psicología.

CAPITULO IV. RESULTADOS.

4. Resultados descriptivos

El EPT resulta de la combinación del puntaje obtenido por cada psicoterapeuta en el cuestionario. El mismo se expresa mediante la elaboración de un perfil en el cual cada punto corresponde a una función particular: instruccional, atencional, expresiva, operativa o de involucración. En esta investigación se tuvo en consideración de la muestra de 133 titulados de un universo total de 202, una muestra representativa en donde la indagación será exploratoria ya que no hay datos específicos anteriores sobre el EPT en la Universidad de las Américas sede Los Castaños.

Se procedió a analizar la frecuencia con la que se presentaban las distintas funciones del EPT dentro de la muestra y se determinaron diversos valores que están detallados en la tabla 1:

Tabla 1
Funciones del EPT

	Instruccional	Expresiva	Involucración	Atencional	Operativa
N Validos	133	133	133	133	133
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	33,74	38,87	26,67	27,98	26,48
Desviación estándar	5,666	4,200	3,012	4,242	3,216
Mínimo	26	29	19	21	21
Máximo	46	46	31	53	34

Como podemos apreciar las medias de respuesta de las funciones instruccional y expresiva son similares y las más altas (33,74 y 38,87 respectivamente), siendo la que más destaca de las cinco funciones la expresiva. También podemos señalar que la más baja de todas sería la función operativa con una diferencia de doce puntos comparada con la

función expresiva. Podemos destacar como otro dato relevante que la función involucración es la que presenta los valores más bajos en todas las mediciones anteriores.

Además de estas mediciones, en esta investigación se tuvieron en consideración las variables demográficas de la muestra, entre las cuales destacamos: el sexo, edad, años de experiencia, año de egreso, régimen de estudios y estudios de posgrado, postítulos, diplomados, etc. Se realizaron comparaciones para determinar que relación tiene el ETP con las diferentes variables antes expuestas.

Procederemos a exponer los datos recabados en tablas con toda la información y explicaremos brevemente los resultados más destacables dentro de ellas, para finalmente dar una explicación descriptiva detallada de los resultados.

Se realizó análisis de estadísticos descriptivos de las funciones del ETP relacionadas al sexo. Podemos ver los resultados en la tabla 2:

Tabla 2
Relación de ETP con variable sexo.

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Instruccional	Masculino	61	33,62	6,517	0,834
	Femenino	72	33,85	4,875	0,575
Expresiva	Masculino	61	39,36	4,163	0,533
	Femenino	72	38,46	4,216	0,497
Involucración	Masculino	61	26,62	2,859	0,366
	Femenino	72	26,71	3,155	0,372
Atencional	Masculino	61	27,89	4,906	0,628
	Femenino	72	28,06	3,619	0,426
Operativa	Masculino	61	26,52	3,144	0,403
	Femenino	72	26,44	3,297	0,389

Podemos señalar en relación a los datos anteriores que la media entre ambos grupos es similar en las cinco funciones del EPT y que las mujeres cuentan con mayor dispersión de sus respuestas en todas las funciones.

En la tabla tres podemos apreciar las correlaciones que desarrollamos en relación de la experiencia del terapeuta. Podemos apreciar que se arrojaron valores significativos en todas las funciones expuestas a continuación.

Tabla 3
Correlaciones no paramétricas de variable experiencia

			Expresiva	Atencional	Operativa
Rho de Spearman	Instruccional	Coeficiente de correlación	,289	,462	-,539
	Involucración	Coeficiente de correlación		-,214	,311
	Atencional	Coeficiente de correlación			-,436

Así como en la variable edad del terapeuta, se encontraron datos no significativos en correlaciones de las variables año de egreso y estudios de postgrado, por lo que se procedió a no incluirlos en el análisis.

Tabla 4
Relación de ETP con variable régimen de estudio.

	Régimen estudios	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Instruccional	Diurno	88	33,70	5,288	,577
	Executive	45	33,82	6,499	,969
Expresiva	Diurno	88	38,99	4,013	,428
	Executive	45	38,64	4,583	,683
Involucración	Diurno	88	26,84	2,943	,314
	Executive	45	26,33	3,148	,469
Atencional	Diurno	88	28,38	4,516	,481
	Executive	45	27,20	3,565	,531
Operativa	Diurno	88	26,26	3,275	,349
	Executive	45	26,91	3,088	,460

Podemos señalar en relación a la tabla cuatro que la media entre ambos grupos es similar en las cinco funciones del EPT y que el régimen Executive presenta una mayor dispersión de los datos en las respuestas de las funciones instruccional, expresiva e involucración, siendo superados en las restantes funciones por el régimen diurno.

Así como con las anteriores variables, se realizó indagación en contraste con la orientación teórica de los sujetos del estudio. Se determinó, como se refleja en las siguientes tablas, que era una de las variables con mayor correlación de datos de todo el estudio.

Tabla 5

Comparación relacional entre función instruccional y orientación teórica

	N	Media	Desviación estándar	F	Sig.
Cognitiva	37	28,32	1,701		
Humanista	21	44,48	1,078		
existencial					
Psicoanálisis	17	29,94	,827		
Sistémico	27	33,00	1,981		
Otra	3	31,00	0,000		
Integración	28	36,18	1,249		
de varias					
Total	133	33,74		355,725	,000

En la tabla 5 como señalábamos con anterioridad, vemos los resultados obtenidos al aplicar cálculo de ANOVA para la función instruccional y orientación teórica.

Los primeros datos observados nos reflejan la cantidad de titulados que adhieren a cada una de las orientaciones teóricas. Vemos una clara distribución mayor de orientación cognitiva con una cantidad total de 37 terapeutas, siendo en comparación la más baja la

opción de otras orientaciones, con solo 3 titulados. Sin considerar esta última la orientación teórica con un N más bajo sería el psicoanálisis, con 17 titulados.

La media más alta obtenida en esta función la tuvieron los humanistas – existenciales reflejando flexibilidad al regular el dispositivo de la terapia, y la más baja la obtuvieron los cognitivistas, reflejando un alto nivel de rigidez en relación al establecimiento del setting terapéutico.

Estos resultados reflejan datos altamente significativos en análisis de varianza.

En la tabla 6 podemos observar lo anteriormente señalado, además la diferencia de medias que se aprecian es significativa en todas las orientaciones teóricas.

Tabla 6
Comparación entre orientaciones teóricas para función instruccional

Orientación teórica		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Cognitiva	Humanista existencial	-16,152	,407	,000	-16,96	-15,35
	Psicoanálisis	-1,617	,437	,000	-2,48	-,75
	Sistémico	-4,676	,377	,000	-5,42	-3,93
	Integración	-7,854	,374	,000	-8,59	-7,12
Humanista existencial	Psicoanálisis	14,535	,487	,000	13,57	15,50
	Sistémico	11,476	,434	,000	10,62	12,33
	Integración	8,298	,430	,000	7,45	9,15
Psicoanálisis	Sistémico	-3,059	,462	,000	-3,97	-2,15
	Integración	-6,237	,458	,000	-7,14	-5,33
Sistémico	Integración	-3,179	,402	,000	-3,97	-2,38

Tabla 7*Comparación relacional entre función expresiva y orientación teórica*

	N	Media	Desviación estándar	F	Sig.
Cognitiva	37	38,97	1,907		
Humanista	21	44,62	1,499		
existencial					
Psicoanálisis	17	32,35	3,040		
Sistémico	27	41,07	2,368		
Otra	3	39,00	0,000		
Integración	28	36,25	2,102		
de varias					
Total	133	38,87	4,200	75,044	,000

En la tabla 7 vemos los resultados obtenidos al aplicar cálculo de ANOVA para la función expresiva y orientación teórica.

La media más alta obtenida en esta función la tuvieron los humanistas – existenciales, reflejando un alto nivel de proximidad en la comunicación emocional y la más baja la obtuvieron los psicoanalistas, reflejando distancia en el intercambio afectivo.

Estos resultados reflejan datos altamente significativos en análisis de varianza.

En la tabla 8 podemos observar lo anteriormente señalado, además la diferencia de medias que se aprecian es significativa en casi todas las orientaciones teóricas.

Tabla 8*Comparación entre orientaciones teóricas para función expresiva.*

Orientación teórica		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Cognitiva	Humanista existencial	-5,646	,588	,000	-6,81	-4,48
	Psicoanálisis	6,620	,631	,000	5,37	7,87
	Sistémico	-2,101	,545	,000	-3,18	-1,02
	Integración	2,723	,539	,000	1,66	3,79
Humanista existencial	Psicoanálisis	12,266	,703	,000	10,88	13,66
	Sistémico	3,545	,627	,000	2,31	4,78
	Integración	8,369	,622	,000	7,14	9,60
Psicoanálisis	Sistémico	-8,721	,667	,000	-10,04	-7,40
	Integración	-3,897	,662	,000	-5,21	-2,59
Sistémico	Integración	4,824	,581	,000	3,67	5,97

Tabla 9*Comparación relacional entre función de involucración y orientación teórica.*

	N	Media	Desviación estándar	F	Sig.
Cognitiva	37	29,22	1,417		
Humanista existencial	21	25,90	1,947		
Psicoanálisis	17	21,00	1,732		
Sistémico	27	25,70	,912		
Otra	3	25,00	0,000		
Integración de varias	28	28,43	,284		
Total	133	26,67	,261	83,784	,000

En la tabla 9 vemos los resultados obtenidos al aplicar cálculo de ANOVA para la función involucración y orientación teórica.

La media más alta obtenida en esta función la tuvieron los cognitivistas, reflejando un mayor grado de involucración y la más baja la obtuvieron los psicoanalistas, reflejando un menor grado de involucración.

Estos resultados reflejan datos altamente significativos en análisis de varianza.

En la tabla 10 podemos observar lo anteriormente señalado, además la diferencia de medias que se aprecian es significativa en todas las orientaciones teóricas.

Tabla 10

Comparación entre orientaciones teóricas para función involucración.

Orientación teórica		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Cognitiva	Humanista	3,311	,405	,000	2,51	4,11
	existencial					
	Psicoanálisis	8,216	,434	,000	7,36	9,07
	Sistémico	3,513	,375	,000	2,77	4,25
Humanista existencial	Integración	,788	,371	,036	,05	1,52
	Psicoanálisis	4,905	,483	,000	3,95	5,86
	Sistémico	,201	,431	,642	-,65	1,05
	Integración	-2,524	,428	,000	-3,37	-1,68
Psicoanálisis	Sistémico	-4,704	,459	,000	-5,61	-3,80
	Integración	-7,429	,455	,000	-8,33	-6,53
Sistémico	Integración	-2,725	,399	,000	-3,52	-1,93

Tabla 11

Comparación relacional entre función atencional y orientación teórica.

	N	Media	Desviación estándar	F	Sig.
Cognitiva	37	23,00	5,159		
Humanista existencial	21	28,95	,669		
Psicoanálisis	17	29,35	,493		
Sistémico	27	30,41	1,448		
Otra	3	29,00	0,000		
Integración de varias	28	30,54	1,138		
Total	133	27,98	4,242	31,492	,000

En la tabla 11 vemos los resultados obtenidos al aplicar cálculo de ANOVA para la función atencional y orientación teórica.

La media más alta obtenida en esta función la tuvieron la integración de varias orientaciones, reflejando un alto nivel de receptividad y apertura de la atención y la más baja la obtuvieron los cognitivistas, reflejando focalización de la atención.

Estos resultados reflejan datos altamente significativos en análisis de varianza.

En la tabla 12 podemos observar lo anteriormente señalado, además la diferencia de medias que se aprecian es significativa en todas las orientaciones teóricas.

Tabla 12

Comparación entre orientaciones teóricas para función atencional.

Orientación teórica		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Cognitiva	Humanista existencial	-5,952	,789	,000	-7,51	-4,39
	Psicoanálisis	-6,353	,847	,000	-8,03	-4,68
	Sistémico	-7,407	,731	,000	-8,85	-5,96
	Integración	-7,536	,724	,000	-8,97	-6,10
Humanista existencial	Psicoanálisis	-,401	,943	,672	-2,27	1,46
	Sistémico	-1,455	,841	,086	-3,12	,21
	Integración	-1,583	,834	,060	-3,23	,07
Psicoanálisis	Sistémico	-1,054	,895	,241	-2,82	,72
	Integración	-1,183	,888	,185	-2,94	,58
Sistémico	Integración	-,128	,779	,869	-1,67	1,41

Tabla 13*Comparación relacional entre función operativa y orientación teórica*

	N	Media	Desviación estándar	F	Sig.
Cognitiva	37	30,00	1,732		
Humanista	21	24,43	,507		
existencial					
Psicoanálisis	17	24,41	1,970		
Sistémico	27	27,44	1,888		
Otra	3	31,00	0,000		
Integración	28	23,21	1,853		
de varias					
Total	133	26,48	3,216	70,751	,000

En la tabla 13 vemos los resultados obtenidos al aplicar cálculo de ANOVA para la función operativa y orientación teórica.

La media más alta obtenida en esta función la tuvieron los cognitivos, reflejando una alta necesidad de estar sujeto a pautas y la más baja la obtuvieron la integración de varias orientaciones, reflejando espontaneidad en la intervención terapéutica.

Estos resultados reflejan datos altamente significativos en análisis de varianza.

En la tabla 14 podemos observar lo anteriormente señalado, además la diferencia de medias que se aprecian es significativa en casi todas las orientaciones teóricas.

Tabla 14*Comparación entre orientaciones teóricas para función operativa.*

Orientación teórica		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Cognitiva	Humanista	5,571	,460	,000	4,66	6,48
	existencial					
	Psicoanálisis	5,588	,494	,000	4,61	6,57
	Sistémico	2,556	1,012	,000	1,71	3,40
Humanista existencial	Integración	6,786	,422	,000	5,95	7,62
	Psicoanálisis	,017	,550	,976	-1,07	1,10
	Sistémico	-3,016	,490	,642	-3,99	-2,05
	Integración	1,214	,486	,014	,25	2,18
Psicoanálisis	Sistémico	-3,033	,522	,000	-4,07	-2,00
	Integración	1,197	,518	,022	,17	2,22
Sistémico	Integración	4,230	,455	,000	3,33	5,13

CAPITULO V. CONCLUSIONES.

5.1 Discusión y conclusiones:

El EPT-C se ha aplicado en diferentes ámbitos y condiciones, analizando, por ejemplo, el papel del enfoque teórico en el Estilo Personal del Terapeuta (Castañeiras et al., 2008). En la presente investigación buscamos indagar en otras variables que podían ser significativas para describir el fenómeno en la Universidad de las Américas sede Los Castaños.

En base a los resultados podemos decir que la función preponderante en los titulados de la muestra es la expresiva, siendo la que mayor puntaje tuvo en relación a las demás. Se entiende en cuanto a esto que los terapeutas en la muestra tienen puntajes que los muestran como empáticos y regulados emocionalmente, además de que la dimensión en la que se mueve esta función es de distancia v/s proximidad emocional, siendo esta última la dominante y marcada en los terapeutas encuestados.

En cuanto a las demás variables demográficas, no se encontraron relaciones significativas que nos ayuden a explicarlos en cuanto al fenómeno estudiado, a excepción de la orientación teórica de los entrevistados, por lo que será esta la dimensión en la que nos centraremos.

Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco & Corbella (2000) analizaron el papel de la orientación teórica y la experiencia profesional en 206 terapeutas de Argentina. Como resultados, obtuvieron diferencias significativas entre las orientaciones teóricas de los profesionales.

En esta investigación la orientación teórica toma un claro papel en los resultados, en tanto pudimos encontrar los siguientes resultados al comparar las funciones más y menos desarrolladas en terapeutas de distintas orientaciones teóricas:

Los terapeutas cognitivos poseen la atención más focalizada y una mayor preferencia por tratamientos pautados, además de tener altas tasas de involucración y son mayormente rígidos en el encuadre terapéutico. Los psicólogos humanistas predominan en la flexibilidad del encuadre, se destacan por una mayor proximidad emocional y cuentan con una atención más bien focalizada. Los eclécticos se destacan por tener un alto grado de involucración, poseen la mayor apertura atencional y son los más espontáneos en las intervenciones terapéuticas. Los psicoanalistas, por su lado, son los terapeutas que poseen una de las atenciones más abierta, que optan en primer lugar por tratamientos e intervenciones más espontáneas, que son los más distantes a nivel emocional y que se involucran menos en la tarea. Por último, los terapeutas sistémicos son los que se encuentran más balanceados ya que cuentan con puntajes que no van a los extremos.

El estudio realizado por Vides-Porras et al. (2012) sobre las dimensiones del EPT en 101 profesionales de Guatemala presenta algunos resultados diferentes a la hora de contrastar las variaciones del enfoque teórico. Por ejemplo, los psicoanalistas aparecen como los más cercanos a nivel afectivo y los más flexibles en la determinación del encuadre; los terapeutas sistémicos son los más rígidos en esta última variable, como también quienes presentan mayor involucración, pero mayor preferencia por tratamientos espontáneos; mientras que los psicólogos cognitivos optan por intervenciones directivas y son los más distantes emocionalmente. Esto refleja la variación académica y cultural que

puede existir entre terapeutas que refieren adscribir a similares enfoques teóricos, pero en diversos contextos geográficos.

Ahora bien, a pesar que los autores de las investigaciones antes mencionadas no intentan explicar las causas que producirían las diferencias en el EPT, estas pueden explicarse siguiendo algunos lineamientos principales de las formas de intervención de cada enfoque teórico. Por ejemplo, la función Atencional en psicoanálisis adquiere una particularidad en el concepto de atención flotante, el cual estaría relacionado con la consigna de no focalizar la atención, pues, según este enfoque, todo el material que produce el paciente es importante (Mordoh, Gurevich, Thompson, Mattera & Lombardi, 2004; Schkolnik, 2008). ¿Por qué esta diferencia en relación con los terapeutas cognitivos? Quizás se deba a factores relacionados con la muestra, ya que en los estudios mencionados no existe una representación equitativa de profesionales por enfoque teórico, debido, precisamente, al fenómeno antes explicado de la primacía del psicoanálisis sobre las demás corrientes teóricas en Argentina, donde se realizaron dichos estudios.

Sin embargo, quizás esta diferencia se deba a que, por tratarse de terapias más estructuradas y focalizadas, consecuentemente la atención tienda a direccionarse más hacia el objetivo terapéutico (Baringoltz, 2009).

Según lo reseñado, la afinidad teórico-técnica muestra a los terapeutas más afines entre sí en algunas dimensiones. Podría considerarse, entonces, que ciertas orientaciones moldean el EPT o que, de acuerdo con la personalidad de los terapeutas, se eligen ciertas orientaciones teóricas (García & Fernández-Álvarez, 2007; Opazo, 2001).

En cuanto a esto, es importante seguir investigando para determinar causalidad y así determinar que variable influye en la otra.

Es importante destacar como conclusión final que el estudio es de corte descriptivo y por lo mismo necesita de profundización, realización de hipótesis y correlaciones. Sería importante para futuras investigaciones realizar estudios longitudinales para determinar también si el ETP de los encuestados en esta oportunidad se mantiene estable en el tiempo.

5.2 Limitaciones:

Las limitaciones que pudieron ser observadas tienen relación con las características mismas del estudio. Al ser de corte descriptivo no se puede inferir una causalidad sobre las pautas de ETP en toda la población de titulados de la universidad de las Américas sede Los Castaños. De la misma forma que el alcance de los resultados no es posible generalizarlos al resto de la población de titulados, ya que el cuestionario sólo se aplicó a la muestra seleccionada.

En relación con lo anterior, cabe destacar, que otro de los limitantes del estudio es concerniente al tiempo de la investigación, ya que sólo es aplicable a la población seleccionada en este periodo (años 2015 a 2018) y de una facultad en particular, lo que hace sugerir una realización de estudios posteriores de forma similar en otros periodos académicos y en diversas sedes de la universidad, con el propósito de contrastar los resultados obtenidos y así poder construir conclusiones más representativas.

Finalmente, la limitante con mayor importancia en consecuencia directa con la investigación ocurre en el plano del acceso a la información, ya que al no contar con la base de datos de los alumnos titulados oficial de la institución se debió acceder a los candidatos

muestrales a través del método de “bola de nieve” y en pro del tiempo final de entrega de la investigación se debió acotar el estudio, que en un principio aspiraba a realizarse con una muestra representativa del total de la población de la institución de la Universidad de las Américas en Chile.

5.3 Proyecciones:

Al ser este un estudio de corte descriptivo es correcto señalar que la información recolectada del fenómeno puede ser mucha más precisa y contrastada con diversas variables que entreguen luces sobre el fenómeno en diversas dimensiones a largo plazo y que puedan beneficiar a la población objetivo del estudio.

En cuanto a futuras investigaciones sería interesante poder realizarlas enfocadas en conocer el EPT de los alumnos de pregrado en psicología para tenerlo en consideración como recurso formativo y como facilitador de la alianza terapéutica en contexto de práctica profesional. En investigaciones anteriormente citadas pudimos apreciar que el EPT es relevante en la alianza terapéutica, siendo un factor importante de la finalización exitosa de la psicoterapia. Parece relevante, por lo tanto, poder investigar a fondo en las instancias de práctica clínica que presentan los alumnos de la Universidad de las Américas como primer acercamiento a la práctica clínica, ya que en estas se presentan altas tasas de deserción de los pacientes, entorpeciendo el normal desarrollo de las prácticas clínicas. Si se pudieran determinar las causas directas relacionadas al ETP y la vinculación terapéutica, podrían desarrollare herramientas que refuercen lo último y así bajar las tasas de deserción en terapia.

Ligado a lo anterior, se estaría abriendo una oportunidad para todo un campo de investigaciones ligadas a la persona del terapeuta (vínculo con el paciente, las motivaciones a la hora de escoger la carrera de psicología, supervisión y terapia personal en el quehacer clínico, técnicas de autocuidado, etc.) que podrían ser provechosas no solo como recurso formativo dentro de los estudiantes de pregrado sino también para realizar seguimientos a los egresados y titulados de la universidad entregando una retroalimentación que no se da en otras instancias, así como también motivar a los alumnos de la universidad al ámbito de la especialización.

Además de lo anterior, sería relevante poder investigar la importancia del papel del enfoque teórico en el ETP de los terapeutas. Según los análisis realizados en la presente investigación, pudimos determinar que hay relación entre la orientación teórica y el EPT por lo que sería necesario consignar si la relación directa es que ciertas orientaciones moldean el EPT o que, de acuerdo con la personalidad de los terapeutas, se eligen ciertas orientaciones teóricas.

BIBLIOGRAFÍA.

Botella, L. y Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de psicoterapia*, 61, 77-104.

Cariaga, M. L. y Casari, L. M. (2014). La incidencia de Rasgos de Personalidad en Estudiantes Avanzados en Psicología hacia la elección de una Línea Teórica. *Revista Psicogente*. Órgano de difusión científica de la Universidad Simón Bolívar, 32 (17), 379-396.

Casari, L. M., Magni, X. y Morelato, G. S. (octubre, 2014). Estilos Personal del Terapeuta en profesionales que trabajan en situaciones de maltrato infantil. Presentación realizada en 1º Congreso Latinoamericano de Ciencia Psicológica. Buenos Aires, Argentina.

Casari, L., Ison, M., Albanesi, S. y Maristany, M. (2017a). Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento Psicológico*, 15 (1), 7-17. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.FEPT

Casari Cobo, L., Albanesi Nasetta, S., & P, M. (2013). Influencia del enfoque teórico en el estilo personal del terapeuta. *Psicogente*, 16(29). Recuperado a partir de <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1946>

Casari, L. M., Morán, V. E. y Ison, M. S. (2017b). Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta: análisis factorial confirmatorio de modelos rivales con psicoterapeutas argentinos. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 11 (2), 69-84. doi: 10.21500/19002386.2725

Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F. y Fernández-Álvarez, h.(2008). Evaluación del estilo personal del terapeuta: presentación de una versión abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 5-13. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100001>

Corbella, S., Botella, L., Fernández-Álvarez, h., Saúl, L., & García, F. (2009). *Developing the Therapist's Personal Style*. Presentación realizada en *40th International Meeting of the Society for Psychotherapy Research.*, Santiago de Chile, Chile.

Corbella, S., Fernández-Álvarez, h., Saúl Gutiérrez, L. A., García, F. y Botella García del Cid, L. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de psicología*, 26 (2), 281-289.

Da Silva, M., Tellet, M., Fernández-Álvarez, h., e García, F. (2006). *Estilo pessoal do terapeuta: Dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q*. *Revista Psico*, 37 (3), 241-247.

Estrada Aranda,B. (2014). Correlaciones entre el Estilo Personal del Terapeuta y Escalas Clínicas del MMPI-II. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23 (2), 153-162.

Fernández-Álvarez, h. y García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. En S. Gril, A. Ibañez, I. Mosca & P. L. R. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Pelotas: Educat.

Fernández-Álvarez, García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. C. (septiembre, 2000). Estilos personales en terapeutas psicoanalíticos, cognitivos e integrativos. Presentación realizada en II Congresso Latinoamericano de Pesquisa em Psicoanalise e Psicoterapia. Gramado, Brasil.

Fernández-Alvarez, h., García, F., Lo Bianco, J., & Corbella, S. C.(2003). *Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 116 – 125. doi: 10.1002/cpp.358.

Fernández-Álvarez, h., Castañeiras, C., Curtarelli, A., García, F.,Gómez, B., Lichtenberger, A. y Corbella, S. (2015). Presentación de una Guía para la Observación y Clasificación de la Conducta Verbal de los Terapeutas. *Terapia psicológica*, 33(1), 23-34.

Fernández-Álvarez, J., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, h. (2017). Investigando el estilo personal del terapeuta: Correspondencia entre las autodescripciones y la observación de jueces externos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 207-217. doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18238

Fernández-Álvarez, h., García, F., Castañeiras, C. y Rial, V. (noviembre, 2005). Normalización del cuestionario de evaluación sobre el estilo personal del terapeuta (EPT) en una población de psicoterapeutas de Argentina. Presentación realizada en XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Ferreira, P., García, F. y Tute, V. (octubre, 2016). Estilo Personal del Terapeuta (EPT), en terapeutas que desempeñan la profesión en Uruguay, con distintos grados de experiencia y que adscriben a dos orientaciones teórico- técnicas (Psicoanalítica-Cognitiva). Presentación realizada en el 2º Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

García Rizzo, C. (2008). Estudio piloto sobre el vínculo entre el Estilo Personal del Terapeuta, la alianza terapéutica y las características psicopatológicas del paciente. Tesina de Licenciatura en Psicología. Facultad de humanidades, universidad de Belgrano.

García, F. y Fernández-Álvarez, h. (2007). Investigación empírica sobre el Estilo Personal del Terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26 (2), 121-128.

Genise, G. (2015). Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta. *Psicodebate*, 15 (1), 9-22. Gómez, B. (2015). El Estilo Personal del Terapeuta en Psicooncología. Tesis de doctorado en psicología (inédita). Universidad del Salvador, Argentina.

Grzona, S., Muñoz, M., Casari, L. y Videla, R. (2016). Estilo Personal del Terapeuta en estudiantes. Comparación pre-post prácticas clínicas. Presentación realizada

en 2° Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica. Buenos Aires, Argentina.

Hermosa Bosano, C. A. (2010). Influencia de los Rasgos de Personalidad y el Estilo Personal del Terapeuta Aprendiz sobre las Percepciones de la Alianza Terapéutica. Tesis de grado de Lic. en Psicología Clínica. Colegio de Artes Liberales, universidad de San Francisco de Quito. Lee, J. A.; Neimeyer, G. J., & Rice, K. G. (2013). *The Relationship between Therapist Epistemology, Therapy Style, Working Alliance, and Interventions use. American Journal of Psychotherapy*, 67 (4), 323-345.

Moura de Carvalho, h., Corbella, S., & Mena Matos, P. (2011). *Confirmatory Factor Analysis of the Portuguese Brief Version of the Personal Style of the Therapist Questionnaire (PST-Q)*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 20 (1), 79-90.

Moya Cortés, L. (2015). Influencia del Estilo Personal del Terapeuta en la calidad de la alianza. Tesis de Lic. en Psicología. Pontificia universidad de Comillas de Madrid.

Garfield (Eds), handbook of psychotherapy and behavior change (4th Ed.) (pp. 270–376). New york: Wiley.

Quiñones Bergeret, A.; Melipillán Araneda, R. y Ramírez Azócar, P. (2010). Estudio Psicométrico del Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) en Psicoterapeutas Acreditados en Chile. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 19 (3), 273-281.

Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, h. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 26 (98), 191-208.

Silva Palma, E. M. y Guedes Gondim, S. M. (2016). *Questionário Reduzido do Estilo Pessoal do Terapeuta: evidências de validade. Avaliação Psicológica*, 15 (3), 298-307. DOI: 10.15689/ap.2016.1503.02

Vázquez, L. y Gutiérrez de Vázquez, M. (2015). Orientación teórico-técnica y EPT. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 24 (2), 133 - 142.

Vega, E. (2006). El psicoterapeuta en neonatología. Rol y estilo personal. Buenos Aires.: Lugar Editorial.

Vides-Porras, A., Grazioso, M. y García de la Cadena, C. (2012). El Estilo Personal del Terapeuta Guatemalteco en el interior del país. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 21 (1), 33-43.

ANEXOS.

Ficha demográfica

Por favor complete los datos siguientes:

Nombre y apellido:

(Sólo si desea consignarlo)

FECHA:

1) Edad: _____ 2) Sexo: _____ 3) Nacionalidad: _____

Ejercicio de la psicoterapia:

4) Años de experiencia: _____ 5) Año de egreso: _____

6) Régimen de estudios: _____ 7) Región residencia: _____

8) Estudios de posgrado, postítulos, diplomados: _____

(Señale con una X)

9) Orientación teórica

1) cognitiva	
2) human.- existencial	
3) psicoanálisis	
4) sistémico	
5) otra:	
6) integración de varias	

10) Edad pacientes

1) niños y adolescentes	
2) adultos	
3) 3° edad	

11) Modalidad terapéutica

1) individual	
2) pareja	
3) familia	
4) grupos	

Cuestionario de evaluación del estilo personal del terapeuta (EPT-C)

De Héctor Fernández Álvarez – Fernando García

El presente inventario está destinado a conocer su estilo personal como terapeuta.

No hay respuestas buenas ni malas, ya que diferentes estilos pueden ser igualmente beneficiosos.

Más allá de que su labor varía con los diferentes pacientes, debe responder según sea su modo más general y frecuente de llevar adelante su trabajo. No piense demasiado en el significado de cada afirmación; la respuesta más espontánea será la más valiosa.

Cómo puntuar:

Un 1 en la escala significa su total desacuerdo con la afirmación.

Un 7 indica que usted está totalmente de acuerdo con la afirmación

Todos los números intermedios reflejan matices en su opinión.

Total desacuerdo // 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 - 7 \\ Total acuerdo

01	Suelo mantener mi escucha abierta y receptiva más que concentrada y focalizada	
02	Procuro que los pacientes se adecuen al formato habitual de mi trabajo.	
03	Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión	
04	Mantengo un bajo nivel de involucración con los pacientes para actuar con más objetividad	
05	Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre.	
06	Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento	
07	Me siento más inclinado a acompañar al paciente en su exploración que a señalarle los caminos a seguir	
08	Evito comunicarme a través de gestos y expresiones muy emotivas	
09	Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios	
10	Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración	
11	La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio	
12	Muchos cambios importantes. en el curso de un tratamiento requieren que el terapeuta opere con un bajo tono emocional.	
13	Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes.	
14	Los cambios de consultorio afectan negativamente los tratamientos.	
15	Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso	
16	Me considero un terapeuta que trabaja con un encuadre flexible.	
17	Me resulta útil revelar algunos de mis aspectos personales en las sesiones.	

18	Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas	
19	Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio.	
20	Las mejores intervenciones en un tratamiento surgen de modo espontáneo.	
21	Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal	
22	En mis intervenciones soy predominantemente directivo.	
23	Pienso bastante en mi trabajo, aun en mis horas libres.	
24	Evito revelar a mis pacientes mis estados emotivos	
25	Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia.	
26	La distancia emocional con los pacientes favorece los procesos de cambio	
27	Nunca modifico la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible	
28	Si algo me irrita durante una sesión puedo expresarlo	
29	Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos.	
30	Prefiero saber de antemano a qué cosas debo prestar atención en las sesiones.	
31	Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir.	
32	Me interesa trabajar con pacientes que presentan problemas focalizados.	
33	Procuro dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones	
34	Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá de las sesiones	
35	Soy bastante laxo con los horarios.	
36	Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención	