

ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN PSICOTERAPEUTAS DE ADICCIONES

PERSONAL STYLE OF THE THERAPIST IN THERAPISTS OF DRUG ADDICTION

*Leandro Casari**, *Susana Albanesi***,
*Mariana Maristany**** y *Mirta Ison*****

Resumen

Estudios previos afirman la importancia de investigar el Estilo Personal del Terapeuta (EPT) en psicólogos que se aboquen al tratamiento de grupos específicos de pacientes, como por ejemplo pacientes severos. El propósito de este artículo es comparar el Estilo Personal del Terapeuta entre dos grupos de profesionales: uno dedicado a la atención de pacientes drogodependientes (grupo en estudio) y otro a la atención clínica en general. La muestra estuvo formada por 60 profesionales: 30 pertenecientes a cada grupo. Como resultado se obtuvieron diferencias significativas en la función Expresiva, la cual está relacionada con la comunicación emocional como aspecto nuclear de la empatía, siendo menor en el grupo en estudio.

Palabras clave: *estilo personal del terapeuta, pacientes drogodependientes, psicoterapia, relación terapéutica.*

Abstract

Previous studies claim about the importance of researching the Personal Style of the Therapist (PST) in psychologists who work in the treatment of specific groups of patients, for example, several distress patients. The purpose of this paper was compare the PST between two groups of professionals: one specialized in the psychological treatment of drug addict patients (study group) and the other one dedicated to clinical treatment in general. 60 professionals formed the sample: 30 belong to each group. Significant differences were found in the Expressive function, which was related to the emotional communication as a main aspect of empathy, being minor in the study group.

Key words: *Personal Style of the Therapist, drug addict patients, psychotherapy, therapeutic relationship.*

Recibido: 08-04-13 | Aceptado: 05-12-15

Estilo Personal del Terapeuta

En la tradición de la investigación en psicoterapia, se ha avanzado progresivamente hacia la determinación de cuáles son los terapeutas más adecuados, para qué pacientes y en qué condiciones específicas (Corbella-Santomá, 2002; Rial, Castañeiras, García, Gómez y Fernández-Álvarez, 2006; Soares, Botella, Corbella, Serra de Lemos y Fernández, 2013). Estos estudios han concluido que de acuerdo a un determinado estilo de terapeuta, se utilizarán intervenciones específicas y esto beneficiaría más a un tipo particular de pacientes influyendo en el resultado de la psicoterapia (Beutler y Harwood, 2004; Conn, Medrano y Moretti, 2013; Malik, Fleming, Penela, Harwood,

Best, et al., 2002; Nissen-Lie, Monsen, Ulleberg y Helge Rønnestad, 2013; Vides-Porras, Grazioso y García de la Cadena, 2012).

En este sentido, desde la Fundación Aiglé en Buenos Aires, se ha desarrollado una línea de investigación sobre el Estilo Personal del Terapeuta (en adelante EPT). El EPT se conceptualiza como un constructo multidimensional que está presente en todo proceso terapéutico y describe un conjunto de funciones integradas que en la práctica expresan las disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en juego en su ejercicio profesional (Fernández-Álvarez y García, 1998; Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella-Santomá, 2003). 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 EPT condiciona por lo tanto, los alcances del modelo teórico empleado por el psicoterapeuta y las técnicas específicas que aplica en cada tratamiento. Es decir, es una variable moderadora (Baron y Kenny,

* *Leandro Casari, CONICET, CCT, Mendoza, Argentina*
** *Susana Albanesi, Universidad Nacional de San Luis*
*** *Mariana Maristany, Fundación Aiglé, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina*
**** *Mirta Ison, Universidad del Aconagua, INCIHUSA, CONICET Mendoza, Argentina*
E-Mail: leandromartincasari@gmail.com
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXV p.p. 17-26
© 2016 Fundación AIGLÉ.

1986) de los procesos que incide sobre los resultados de las acciones terapéuticas, aunque dependiendo del tipo de paciente, patología y contexto de aplicación específico (Castañeiras, Ledesma, García y Fernández-Álvarez, 2008; Fernández-Álvarez, 2008). Las intervenciones del terapeuta son las diferentes técnicas y procedimientos proporcionados por las distintas orientaciones psicoterapéuticas. De este modo el EPT 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 (Corbella-Santomá, Fernández-Álvarez, Saúl, García y Botella, 2008; Corbella-Santomá, Balmaña, Fernández-Álvarez, Saúl, Botella y García, 2009).

El EPT no es rígido sino que va modificándose con el tiempo por distintas razones: el entrenamiento recibido, modificaciones en las condiciones de trabajo, y por factores relacionados a la vida personal del terapeuta, como cambios de tipo evolutivo (Fernández-Álvarez et al., 2003). De esta manera, debería esperarse que este conjunto de rasgos personales se manifiesten en las distintas funciones terapéuticas, tengan un impacto sobre el proceso terapéutico e influyan sobre el resultado del tratamiento. Estos patrones estilísticos son regulados y/o modificados por aspectos directamente relacionados con la esencia de la psicoterapia, como la orientación teórico-técnica de los terapeutas y la experiencia adquirida en el tiempo de ejercicio profesional (Castañeiras, 2003; Castañeiras, Rial, García, Farfallini y Fernández-Álvarez, 2006; Corbella-Santomá et al., 2009; Estrada Aranda, 2014; Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella-Santomá, 2000; Fernández-Álvarez et al., 2003; Fernández-Álvarez, Gómez y García, 2015; Vázquez y Gutiérrez, 2015). A su vez, el conocimiento del propio estilo personal puede permitir a los terapeutas trabajar sobre ello y/o hacer los ajustes necesarios para optimizar su calidad profesional (Castañeiras et al., 2008).

El equipo de trabajo de la Fundación Aiglé, ha desarrollado un cuestionario para medir el estilo personal del terapeuta, cuyo nombre es "EPT-C" y además de ser utilizado en Argentina, ha sido traducido a diferentes idiomas como inglés y portugués (García y Fernández-Álvarez, 2007). El mismo evalúa 5 grandes funciones (Fernández-Álvarez y García, 1998):

- **Función Instruccional:** Se refiere a las conductas que lleva a cabo el terapeuta para establecer y regular el dispositivo de la terapia. Incluye el establecimiento del sistema de normas y reglas, así como la prescripción de las tareas que deben cumplirse en el curso de las sesiones. Como ejemplos pueden citarse: determinación de los horarios, honorarios, ámbito de trabajo y formas de negociar cambios en el dispositivo. Las puntuaciones oscilan en dos polos: flexibilidad-rigidez. Esta función tiene un papel moderador sobre las

demás funciones, de modo que un terapeuta más flexible tendrá más facilidad para adaptar su estilo a las necesidades de cada paciente.

- **Función Expresiva:** Se refiere a las acciones que emprende el terapeuta para sostener la comunicación emocional con el paciente como aspecto nuclear de la empatía. Se manifiesta en el terapeuta por medio de situaciones como la intensidad del intercambio afectivo que facilita, o el nivel de tolerancia a la exposición frente a sus propios estados o ante las reacciones emocionales del paciente. Las puntuaciones en esta dimensión oscilan entre distancia-proximidad emocional.

- **Función de Involucración:** Alude las conductas explícitas e implícitas vinculadas con el compromiso que está dispuesto a asumir el terapeuta en su actividad y con sus pacientes. Incluye también el lugar que ocupa su trabajo como terapeuta en el contexto de su experiencia vital. Las respuestas van desde menor grado de involucración-menor grado de involucración.

- **Función Atencional:** Se trata de la búsqueda de información necesaria para operar terapéuticamente. Es decir, en qué medida cada terapeuta moviliza los mecanismos atencionales y su capacidad receptiva frente a lo que manifiesta el paciente, y a hacerlo de una manera más o menos activa. Escuchar y preguntar son las acciones dominantes. Los puntajes se clasifican en las dimensiones de apertura-focalización de la atención.

- **Función Operativa:** Incluye las acciones directamente vinculadas con las intervenciones terapéuticas específicas y con las técnicas utilizadas. Se expresa a través del grado de influencia o de directividad con que el terapeuta opera o por la preferencia que muestra para utilizar procedimientos pautados o espontáneos. Los puntajes fluctúan entre los polos de espontáneo-pautado.

Una línea de investigación indaga si existe un perfil característico del terapeuta de acuerdo al tipo de población que asiste. Hasta el momento se han realizado cuatro investigaciones con terapeutas que se desempeñan en: neonatología (Vega, 2006), la atención de pacientes severamente perturbados (Rial et al., 2006), problemáticas relacionadas al maltrato infantil (Casari, Magni y Morelato, 2014) y en el abordaje de pacientes oncológicos (Gómez, 2015). En las mismas, se siguió una metodología similar: se compararon 2 grupos de terapeutas, homologando ambos grupos de acuerdo a variables socio profesionales, acorde con un diseño ex post facto, retrospectivo, de 2 o más grupos, uno cuasi-control (Montero y León, 2007).

En el primer caso, los terapeutas que trabajan en este campo (Unidades de Cuidados Intensivos Neo-

natales) presentan una mayor flexibilidad en la función Instruccional, esto se debe a las condiciones de la tarea ya que el contexto institucional condiciona el dispositivo terapéutico. No se encontraron diferencias significativas según la orientación teórica, lo cual permite pensar que las prácticas con determinadas poblaciones clínicas modulan el estilo sobre las diferencias teóricas. Sí, se encontraron diferencias al considerar la orientación teórica comparando con los terapeutas del grupo control, en las funciones Expresiva, Atencional y Operativa: los psicoanalistas se describieron menos pautados, de atención más abierta y más distantes emocionalmente (Vega, 2006).

En el caso de los terapeutas de pacientes severos se encontraron diferencias significativas en el EPT entre ambos grupos, en 3 dimensiones, las cuales fueron menores en el grupo de estudio. En primer lugar, en la función Operativa, actúan de modo más pautado, con mayor estructuración en los aspectos operativos de la psicoterapia; presentan menor grado de involucración; y son más distantes emocionalmente (función Expresiva).

Casari et al. (2014) realizaron una investigación sobre el EPT de profesionales que trabajaban en problemáticas relacionadas al maltrato infantil, contando con un total de 64 psicoterapeutas, 32 de ellos pertenecientes a un programa estatal de atención clínica a casos de maltrato infantil. 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 ($t=-2,474$; $p<0,05$; $d=-0,714$).

Finalmente, Gómez (2015) realizó su estudio con un total de 154 terapeutas divididos en tres grupos según la población específica de atención clínica: pacientes oncológicos, pacientes con enfermedades físicas crónicas y pacientes sin enfermedades crónicas. Se encontró que los terapeutas de pacientes oncológicos presentaron las puntuaciones significativamente inferiores en las funciones instruccional, atencional y operativa.

Los autores recomiendan interpretar con cautela los resultados debido al tamaño de la muestra y realizar estudios en muestras más amplias, con otras poblaciones clínicas y también con terapeutas de diferentes regiones geográficas (Rial et al, 2006). En este sentido, podría estudiarse si existen adaptaciones específicas en el EPT de psicoterapeutas que trabajan en el campo de las adicciones, ya que las características, en estos casos, del tratamiento psicosocial reúnen ciertas particularidades.

Psicoterapia de Adicciones

Los trastornos adictivos han representado un serio desafío para la atención en salud mental, lo que ha llevado a un descrédito de los tratamientos

tradicionales, ya que el porcentaje de deserción es elevado (Kooyman, 1993). Guajardo y Kushner (2004) sostienen que una de las razones que explican esta alta proporción de fracasos está en el hecho de que la sintomatología del trastorno adictivo se presenta en pacientes altamente disfuncionales y que comprometen prácticamente todos los subsistemas de la personalidad, lo que genera síntomas de manipulación, mentira, negación, minimización y ausencia de conciencia de enfermedad.

Por tal motivo, los autores refieren la dificultad que se presenta para establecer un vínculo terapéutico, por cuanto el paciente busca crear una atmósfera terapéutica con el objeto de consolidar su consumo. Como consecuencia, es frecuente que el terapeuta termine siendo manipulado y engañado, lo que explica los fracasos usuales. Pero para cualquier proceso psicoterapéutico es necesario el desarrollo de un vínculo en primera instancia (Kleinke, 1998; León, Gómez y Labourt, 2011; Molina, Ben-Dov, Diez, Farrán, Rapaport y Tomicic, 2013; Weinstein, 1999), por lo cual los autores antes mencionados proponen el concepto de distancia operativa, que implica establecer un vínculo con una fuerte connotación afectiva, pero restringiendo los componentes de la empatía, es decir que la empatía se va modificando en función del avance de la terapia. La creación del vínculo conlleva un mayor esfuerzo e involucración emocional y a la vez permite transmitir al paciente que no está siendo juzgado en ningún momento (Guajardo y Kushner, 2004).

La investigación sobre tratamiento de adicciones, en su mayoría está dirigida a la eficacia empírica de técnicas de intervención (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003), en donde el enfoque cognitivo-conductual prevalece claramente, cuando es combinado en programas multimodales de atención (Pereiro, 2010).

La importancia de estos estudios tiene un trasfondo económico, ya que son realizados para las empresas aseguradoras de la salud que necesitan saber qué tratamientos van a costear (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2011). Esto, aunque la guía propuesta por el National Institute of Drug Abuse [NIDA] (2009) mencione en uno de sus principios, que no hay un solo tratamiento apropiado para todas las personas.

Y a su vez, los estudios sobre relación terapéutica en el curso de un tratamiento por adicciones, son prácticamente escasos en comparación con la literatura destinada a técnicas de mayor eficacia (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2011) y son poco valorados pesar de su gran importancia como instancia fundamental del proceso terapéutico (León et al., 2011). Sí, es reconocida como una parte muy importante, pero no se le dedica tanta investigación como a las técnicas propiamente dichas (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2011).

A nivel país existen 592 instituciones de atención a pacientes con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. En la región de Cuyo existen 54 centros, representando un 9 % (Observatorio Argentino de Drogas [OAD], 2009). En el 86 % de los centros de atención abocados a drogodependencias, se brinda psicoterapia. De acuerdo a la cantidad de profesionales por especialidad, son los psicólogos aquellos que ocupan el primer lugar: 1061 psicólogos (representando el 43 % de los profesionales), y en segundo lugar por Operadores Terapéuticos (30 %). Coincidiendo con la centralidad del tratamiento psicológico planteada por Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás (2011).

En el informe antes mencionado, se sostiene que las diferentes orientaciones teóricas en las que se posiciona el terapeuta tienen un correlato directo sobre el modo de abordaje al paciente y el tipo de psicoterapia que se establezca (OAD, 2009). Se plantea que el enfoque precede a un estilo y modalidad de abordaje, y no que la población atendida modifique el mismo por sobre el enfoque teórico, contrario a los postulados anteriores (Castañeiras et al, 2008; Fernández-Álvarez, 2008). Las corrientes teóricas más frecuentes son: psicodinámica (38 %), ecléctica (27 %), Cognitiva (20 %), Sistémica (19 %) y Conductual (16 %) (OAD, 2009) (Ver Figura 1).

INSERTE FIGURA 1 AQUÍ

Este dato discrepa con lo informado por el NIDA, que recomienda a los tratamientos cognitivos conductuales como aquellos más efectivos para el abordaje de problemáticas relacionadas al consumo de sustancias. Pero coincide con algunos estudios donde se destaca que la mayoría de los psicólogos clínicos de Argentina son efectivamente psicoanalistas (Alecsiuk, 2015; Casari, 2012; García y Morales, 2006; Muller y Palavezzatti, 2015; Parisí, 2011; Saforcada, 2008).

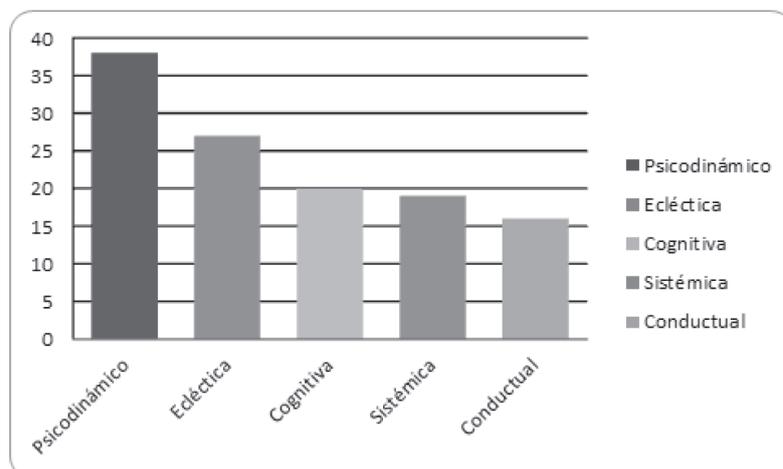
En esta problemática hay que destacar el rol central que ocupan los diferentes tratamientos psicoló-

gicos, dentro de los denominados programas integrales de intervención (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2011); de hecho en el 86 % de los centros de atención se brinda psicoterapia y el 43 % de los profesionales son psicólogos (OAD, 2009). Lo cual conlleva una necesidad constante de evaluar la efectividad de tales programas al servicio de la población destinataria (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2011; Moncada-Bueno y Palmerín-García, 2007; NIDA, 2009).

En relación al tratamiento de adicciones, el trabajo terapéutico resultará efectivo cuando el profesional sepa trabajar de acuerdo a la fase de motivación en que se encuentra el paciente. Por ejemplo, con pacientes pre-contemplativos no hablar de los efectos perjudiciales sobre la salud de su comportamiento de consumo, porque es muy probable que ya lo sepan y el conocimiento de esta información no ha cambiado su conducta. Es mejor centrarse en problemas vitales que sean motivo de su preocupación, como su bajo rendimiento laboral o la falta de progreso en su profesión y luego tratar la relación del consumo con su problemática (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999; Prochaska, Di Clemente y Norcross, 1992; Sánchez-Hervas, Tomás y Morales, 2004; Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

Como se mencionó anteriormente, el EPT suele modificarse en función de la población clínica con la cual trabaja el terapeuta (Rial et al., 2006), incluyendo aspectos técnicos, como aquellos relacionados con los aspectos emocionales de la psicoterapia. En el caso del tratamiento de pacientes drogodependientes, Beck et al., (1999) mencionan características del encuadre terapéutico: como una definición estricta del mismo, donde se aclaren los límites de la confidencialidad y que no se toleraran estallidos de ira durante las sesiones; también advierten que el terapeuta debe permanecer alerta ya que siempre existe la posibilidad de que el paciente esté mintiendo acerca de lo que hace fuera del espacio terapéutico.

Figura 1. Orientaciones teóricas de los terapeutas de adicciones. Fuente: Observatorio Argentino de Drogas, 2009



Los autores también recalcan sugerencias a la hora de establecer la relación terapéutica, tales como: fomentar la confianza, mantener la credibilidad y un espíritu de colaboración, resistir la manipulación y la lucha de poder. Se proponen técnicas más bien directivas para mantener el encuadre y hacen referencia a psicoterapia individual. A su vez, se mencionan características bastante negativas de los pacientes drogodependientes, como su tendencia a la manipulación, agresión y confrontación.

Por esta razón, sumando a los postulados iniciales de Guajardo y Kushner (2004) acerca de las complicaciones de lograr empatía con estos pacientes, es que surge la pregunta de si el estilo personal del terapeuta presentaría características particulares en los profesionales que se abocan a esta temática.

Anteriormente, los investigadores del presente artículo realizaron una investigación, incluyendo a 19 terapeutas de pacientes drogodependientes, comparando las funciones del EPT con un grupo clínico de terapeutas que no se dedique al tratamiento de estos pacientes específicamente. Se encontró que el grupo en estudio puntuaba significativamente menor en la función Expresiva y que también existían diferencias significativas en ítems de la función Involucración e Instruccional. En segundo lugar, se realizaron pruebas de correlación para determinar aumentos o disminuciones significativas en función de la edad de los profesionales. Se detectó que la función Expresiva tendía a disminuir en relación a esta variable, es decir, a mayor edad mayor distancia emocional a diferencia del segundo grupo, donde la correlación manifestó un sentido opuesto; por otro lado, el aumento de la edad coincidió con el incremento del valor en la función Instruccional en ambos grupos, es decir, mayor rigidez en los profesionales (Casari, Albanesi y Maristany, 2012).

El propósito de este artículo es comparar el Estilo Personal del Terapeuta entre dos grupos de profesionales: uno dedicado a la atención de pacientes drogodependientes (grupo en estudio) y otro a la atención clínica en general. La presente investigación, se incluyó en el marco del plan de tesis doctoral "Estilo Personal del Terapeuta en Profesionales que se abocan al campo de las Drogodependencias."

Objetivos

1. Comparar las dimensiones del EPT en profesionales que trabajan en adicciones con psicoterapeutas que no se aboquen específicamente al tratamiento de pacientes drogodependientes.
2. Comparar los ítems que componen las diferentes funciones del EPT en los grupos de terapeutas antes mencionados.

Hipótesis

Ho: No existen diferencias significativas entre terapeutas de adicciones y psicólogos clínicos en gene-

ral, tanto en las funciones del EPT como en los ítems que componen el cuestionario.

H1: Existen diferencias significativas entre terapeutas de adicciones y psicólogos clínicos en general, tanto en las funciones del EPT como en los ítems que componen el cuestionario.

Metodología

Diseño y tipo de estudio

La investigación se abordó a través de un diseño no experimental transeccional, de carácter exploratorio descriptivo (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2010).

Participantes

El grupo de terapeutas que asisten a pacientes con problemas de drogodependencia quedó conformado por un total de 30 profesionales (en adelante grupo adicciones), provenientes de instituciones públicas y privadas en las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis. Los criterios de exclusión considerados implicaban: profesionales que trabajaban con pacientes drogodependientes de manera independiente (por fuera de una institución) y que poseyeran menos de 3 meses de experiencia profesional. Una vez recolectados los datos del grupo adicciones, se constituyó intencionalmente un segundo grupo de terapeutas que no trabajen en la atención de pacientes drogodependientes (en adelante grupo clínico), con el propósito de homologar las variables sociodemográficas y poder comparar los resultados, tal como fue realizado en una investigación previa sobre el EPT (Rial et al, 2006). El único criterio de exclusión era trabajar en una institución de atención a pacientes drogodependientes. La muestra total quedó conformada por 60 psicólogos clínicos. En la tabla 1 puede observarse las principales variables sociodemográficas y profesionales del total de terapeutas.

Como puede observarse, existe coincidencia en la mayoría de las variables en ambos grupos, únicamente difieren en el contexto de trabajo. Vale aclarar que esta consigna se agregó al Cuestionario EPT-C para indagar posibles diferencias entre aquellos terapeutas que son empleados en instituciones (públicas o privadas), de quienes ejercen la profesión de forma autónoma. De todos modos, en el caso de los terapeutas de adicciones, sólo se consideraron aquellos que desempeñan su labor en instituciones especializadas de atención a drogodependientes.

Para identificar el tamaño de la muestra, se consideró el último censo realizado por el OAD (2009) en las provincias de Cuyo, el cual establece que se encontrarían 155 psicólogos trabajando en instituciones de adicciones, considerando aquellas específicas como inespecíficas (éstos últimos hospitales polivalentes que cuentan con programas de tratamiento para pacientes adictos entre sus servicios). Enton-

Tabla 1. Variables sociodemográficas y profesionales del total de terapeutas (n=60)

	GRUPO ADICCIONES (n=30)	GRUPO CLÍNICO (n= 30)
Género	Femenino (67 %)	Femenino (67 %)
Edad	32 ± 7	32 ± 7
Provincia	Mendoza (80 %)	Mendoza (80 %)
Universidad de egreso	Univ. del Aconcagua (57 %)	Univ. del Aconcagua (53 %)
Años de experiencia profesional	5 ± 6	5 ± 6
Grupo etario de pacientes	Adultos (60 %)	Adultos (63 %)
Tipo de abordaje	Individual (80 %)	Individual (70 %)
Enfoque teórico	Psicoanalítico (40 %)	Psicoanalítico (50 %)
Contexto de trabajo	Público (57 %)	Autónomo (50 %)
Duración de los tratamientos	Intermedio (47 %)	Intermedio (77 %)

ces, considerando un margen de error del 5% y un intervalo de confianza del 95 %, el tamaño muestral recomendado sería 111. Pero debido a que el presente artículo intenta lograr una primera aproximación a la temática como parte de una tesis doctoral y coincidiendo con dos estudios previos en donde se comparó el EPT de 30 terapeutas abocados a una población específica de pacientes (Rial et al., 2006, Vega, 2006), se optó por considerar una muestra de 60 terapeutas en total para el presente estudio.

Instrumentos

1. Cuestionario para evaluar el Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) (Fernández-Álvarez et al., 2003). Es un instrumento autoadministrable. La versión original consta de 36 ítems, presentados como afirmaciones a las que cada terapeuta debe responder según su grado de acuerdo con cada una de ellas, en una escala tipo Likert que va desde 1 (totalmente en desacuerdo), hasta 7 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones totales de las escalas del EPT-C se obtienen por sumatoria simple de los ítems que componen cada una de ellas.

A nivel general el EPT puede ser evaluado a través de dos dimensiones hipotéticas básicas: una relacionada con lo predominantemente técnico y otra asociada con la relación terapéutica. La primera dimensión hace referencia a los mecanismos atencionales de búsqueda y selección de información y a las operaciones terapéuticas. La segunda, está asociada con los aspectos motivacionales, la relación terapéutica o los factores comunes en psicoterapia, como la regulación emocional y el ajuste en el grado de involucración en la relación con el paciente y con la terapia (Castañeiras et al., 2008).

Los autores aclaran que las 5 funciones antes mencionadas son las más significativas que emprende un profesional en todo acto psicoterapéutico,

pero no explica la totalidad de acciones que ocurren en un proceso tan complejo, sino que busca ofrecer una visión lo más amplia posible del modo en que un terapeuta le imprime su sello personal a la manera de cumplir con su tarea (Corbella-Santomá et al, 2008; Castañeiras et al, 2008).

El EPT-C presenta condiciones psicométricas satisfactorias con respecto a su confiabilidad tanto para la consistencia interna como para la estabilidad temporal: alpha de Cronbach superior a 0,70 en todas las funciones y correlaciones significativas al nivel de 0,05 en el re-test. El procedimiento de análisis factorial (componentes principales, rotación Viramax y normalización Kaiser) determinó una composición de cuatro factores que sugirió una validez teórica adecuada para las dimensiones propuestas, que explica en su conjunto el 40% de la varianza (Castañeiras et al., 2006; Fernández-Álvarez et al., 2003; Fernández-Álvarez, García, Castañeiras y Rial, 2005).

Procedimiento

Los profesionales del grupo adicciones, fueron contactados en instituciones públicas y privadas de las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis. En primer lugar, se realizó una breve entrevista con el coordinador de cada centro asistencial y se explicó el propósito de la investigación. Posteriormente, el objetivo fue detallado a los profesionales psicólogos solicitando su colaboración voluntaria. Se aclaró que el cuestionario es anónimo y que los datos sólo son conocidos por el investigador, para resguardar de este modo la privacidad de la información.

En cuanto a los profesionales del grupo clínico, fueron contactados a través de un muestreo intencional tal como fue realizado en estudios previos sobre el EPT (Castañeiras et al., 2008, Rial et al., Vega, 2006). Debido a que el objetivo no es lograr una muestra representativa o aleatoria, intencionalmente se determinó por similitud de características

Tabla 2. Prueba t de Student según grupo de trabajo

	GRUPO CLÍNICO (n= 30)		GRUPO ADICCIONES (n= 30)		t	p	d
	M	DE	M	DE			
Atencional	29,06	6,66	26,63	5,44	1,548	0,127	0,400
Operativa	38,3	8,62	28,53	5,72	5,168	0,000	1,336
Involucración	30,03	6,93	32,96	4,64	-1,925	0,060	0,981
Expresiva	24,16	6,02	23,36	5,95	0,517	0,607	0,134
Institucional	21,2	6,52	19,7	5,87	0,936	0,353	0,242

sociodemográficas la conformación de este grupo de terapeutas, tal como se expresó en la tabla 1. Del mismo modo que con los profesionales del grupo en estudio, se aclaró el carácter anónimo de la prueba y el estricto resguardo de los datos de identificación del profesional como también de los resultados individuales.

Resultados

En primer lugar, se realizó una prueba T de diferencias de medias para determinar si existen variaciones significativas en las puntuaciones de ambos grupos en las distintas funciones del EPT (ver tabla 2).

Los terapeutas de pacientes drogodependientes se consideraron significativamente más distantes en la comunicación emocional con sus pacientes, $t = 5,168$; $p < 0,001$. En las demás funciones se observaron discrepancias en relación a qué grupo obtuvo puntajes superiores, con diferencias leves que no alcanzan a ser significativas. El puntaje en la función Instruccional es mayor en el grupo en estudio, mientras que las demás funciones del EPT son superiores en el grupo control, sin oscilar demasiado en los valores.

En el análisis del tamaño del efecto, las funciones Expresiva e Instruccional obtuvieron un puntaje grande ($p < 0,80$) (Cohen, 1988). Posiblemente al aumentar el tamaño de la muestra ésta última función podría alcanzar puntajes significativos.

A continuación se realizó un análisis por ítem, para determinar específicamente ante qué consignas se produjeron diferencias significativas en las respuestas de ambos grupos. Los resultados se sintetizan en la tabla 3.

De los 36 ítems analizados, se detectaron diferencias significativas en consignas referidas a 2 de las 5 funciones del EPT: Expresiva e Instruccional, siendo mayores en la primera.

Discusión

En función del primer objetivo propuesto, se detectó una diferencia estadísticamente significativa en

la función Expresiva del EPT, donde el grupo control obtuvo puntuaciones superiores.

Este resultado coincide con la investigación previa realizada por los autores (Casari et al., 2012) ampliando el número de la muestra e incluso utilizando diferentes sujetos de los que participaron anteriormente. Y a su vez, también coincide parcialmente con la investigación de Rial et al. (2006) y Casari et al. (2014) donde el puntaje en la función Expresiva fue inferior en los terapeutas en estudio.

En este caso podemos decir que los terapeutas de Adicciones son más distantes emocionalmente que sus colegas del grupo Control. Esto podría explicarse por el concepto de distancia operativa que proponen Guajardo y Kuchner (2004), para sobreponerse a un tipo de pacientes que con frecuencia miente e intenta manipular al terapeuta (Beck et al., 1999; Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2011). Por lo cual es una adaptación que se realiza para el establecimiento y mantenimiento del vínculo terapéutico.

También puede pensarse que los terapeutas estén más centrados en la tarea y por ende, más próximos al rol del terapeuta que se propone desde abordajes cognitivo-conductuales (Beck et al., 1999).

Si analizamos en detalle los ítems de las diferentes funciones, casi todos los que pertenecen a la función Expresiva se expresaron con diferencias significativas en las medias de ambos grupos. A continuación se analizan según su expresión estadística de mayor a menor:

- “Me resulta útil revelar algunos aspectos personales en las sesiones” (Ítem 17).

Este ítem, de puntaje mayor en el grupo control, alude a un mayor uso de auto revelaciones (Kleinke, 1998) como herramienta terapéutica. Esto quizás pueda explicarse con que no existe tanta similitud de experiencias para poder compartir con el paciente, o bien con la confianza que se genera entre ambos en la relación terapéutica (Beck et al., 1999).

En segundo lugar, aquellos ítems que alcanzaron un nivel de significación intermedia, fueron los siguientes:

Tabla 3. Diferencias de medias en los ítems del Cuestionario EPT

	GRUPO CLÍNICO	GRUPO ADICCIONES	t	FUNCIÓN
Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre.	4,06	2,96	2,482*	Instruccional
Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento.	3,96	2,63	2,768**	Expresiva
Evito comunicarme a través de gestos y expresiones muy emotivas.	2,83	3,76	-2,266	Expresiva
La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio.	5,7	4,2	3,288**	Expresiva
Muchos cambios importantes en el curso de un tratamiento requiere que el terapeuta opere con un bajo tono emocional.	3,26	4	-2,143	Expresiva
Me considero un terapeuta que trabaja con un encuadre flexible.	5,5	4,46	2,624*	Instruccional
Me resulta útil revelar algunos aspectos personales en las sesiones.	3,86	2,1	3,99***	Expresiva
Evito revelar a mis pacientes mis estados emotivos.	4,43	5,66	-2,441	Expresiva
Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos.	3,9	2,8	2,522*	Expresiva

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

•“Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento.” (Ítem 6)

•“La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio.” (Ítem 11)

Ambos pertenecen a la función Expresiva y fueron significativamente menores en el grupo de terapeutas de adicciones. Vuelve a repetirse la primacía del aspecto conductual sobre el emocional como herramienta de cambio. De hecho, la NIDA establece en uno de sus principios, que los tratamientos más eficaces a nivel psicoterapéutico, son específicamente conductuales (NIDA, 2009). Sería lógico pensar entonces, que la inclinación de los terapeutas a ser más reticentes a trabajar los aspectos emocionales de los pacientes, obedece al trabajo específico de la problemática, que demanda mayor estructuración y puesta de límites, especialmente en las etapas iniciales del abordaje (Beck et al., 1999, Sánchez-Hervás et al., 2004)

Los ítems restantes, que alcanzaron niveles de significación bajos, pertenecen a la función Expresiva, pero también Instruccional. En el primer caso, son los siguientes:

•“Evito comunicarme a través de gestos y expresiones muy emotivas.” (Ítem 8)

•“Muchos cambios importantes en el curso de un tratamiento requiere que el terapeuta opere con un bajo tono emocional.” (Ítem 12).

•“Evito revelar a mis pacientes mis estados emotivos.” (Ítem 24)

•“Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos”. (Ítem 29)

Sólo el último de los ítems mencionados, es menor en el grupo de terapeutas de pacientes drogodependientes. De todos modos, apuntan a una mayor distancia emocional en el vínculo terapéutico. El ítem 8 refleja la distancia a nivel de lenguaje corporal de los terapeutas, el ítem 12 reafirma la idea de prevalecer los objetivos del tratamiento sobre la cercanía emocional y el ítem 24 retoma el rol de las auto-revelaciones como herramientas de cambio. El último de los ítems apunta a la alta proximidad emocional como promotor del cambio terapéutico, el cual es valorado como recurso más importante por los terapeutas del grupo control. Vale aclarar, que de estos 4 ítems, uno de ellos (ítem 12) se repite de la investigación anterior sobre EPT en terapeutas de adicciones (Casari et al., 2012).

Por otro lado, en el análisis por reactivo, surgieron dos ítems que reflejan diferencias significativas en la función Instruccional, por poseer puntajes menores los terapeutas del grupo de adicciones. Los mismos son:

•“Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre.” (Ítem 5)

•“Me considero un terapeuta que trabaja con un encuadre flexible.” (Ítem 16)

Considerando la función Instruccional en su conjunto, podemos observar que es relativamente superior en el grupo de terapeutas en estudio sobre el grupo control, evidenciando levemente una

tendencia hacia la rigidez en el establecimiento del encuadre terapéutico. Los dos reactivos que reflejan diferencias significativas son menores en sus valores que el grupo control, lo que va en esa misma línea si analizamos el contenido de cada afirmación.

En el primer caso se refiere a la gratificación que provoca el cambio en el encuadre terapéutico, siendo mayor el valor en el grupo clínico. Y el ítem 16 alude, a la definición del terapeuta en utilizar un encuadre flexible, repitiéndose la tendencia anterior. Este último, también fue detectado en el trabajo anterior realizado por los autores (Casari et al., 2012)

Podríamos pensar que los resultados son coherentes con la teoría, si retomamos la idea de rigidez e hincapié en la puesta de límites que plantean Beck et al. (1999), y en los modelos estructurados de tratamiento (Becoña Iglesias y Cortés-Tomás, 2011; NIDA, 2009; Sánchez-Hervás et al., 2004). Fundamentalmente por las características de la patología, pareciera existir un consenso en trabajar a través de encuadres más pautados y rígidos, porque es una patología compleja que demanda un elevado esfuerzo terapéutico (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2011; NIDA, 2009).

Conclusiones

Al realizar la comparación entre dos grupos de terapeutas, se puede corroborar la hipótesis propuesta por la existencia de diferencias significativas a nivel de las funciones del EPT y de los reactivos que componen el cuestionario.

Sin embargo este estudio cuenta con algunas limitaciones tales como el tamaño reducido de la muestra, la escasa experiencia en la temática de adicciones de algunos terapeutas y el hecho que el estudio es transversal, el cual no permite valorar si dichas variables se mantienen estables.

En estudios posteriores podría compararse si el enfoque teórico de los terapeutas influye en las funciones que evalúa el EPT, manteniendo constante la influencia del grupo de trabajo clínico, tal como fue realizado en estudios previos (Rial et al., 2006; Vega, 2006). Así mismo comparar la influencia de variables socio profesionales en ambos grupos, estudiadas anteriormente en el EPT tales como género, edad, nivel de experiencia profesional, duración del tratamiento y correlaciones intra test (Castañeiras et al., 2008; Corbella et al., 2009; Vidas-Porras et al., 2012). También sería interesante realizar estudios longitudinales para analizar la evolución del EPT en la muestra en estudio.

REFERENCIAS

Alecsiuk, B. (2015). *Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24 (1), 43-56.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategies and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1173-1182.

Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Becoña-Iglesias, E. y Cortés-Tomás, M. (2011). *Guías clínicas Sodirolgaalcohol*. Madrid: España.

Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Telebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 227-306). Washington: Wiley.

Casari, L. (2012). Psicoterapia como actividad privada en Argentina. *Eureka: Revista Científica de Psicología*, 9 (1), 98-105.

Casari, L., Albanesi, S. y Maristany, M. (2012). Análisis de las características del terapeuta de adicciones y de la relación terapéutica, desde el marco de la psicoterapia integrativa. VIII Congreso Internacional sobre abordaje de las adicciones. San Juan, 9-11 de Agosto (paper).

Casari, L. M., Magni, X. y Morelato, G. S. (2014). Estilo Personal del Terapeuta en Profesionales que trabajan en situaciones de Maltrato Infantil. Trabajo presentado en el *Primer Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica*. Buenos Aires, 15-18 de Octubre.

Castañeiras, C. (2003). The influence of Experience and Theoretical-Technical Orientation on the Personal Style of the Therapist. Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Weimar.

Castañeiras, C., Rial, V., García, F., Farfallini, L. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Auto-Percepción de los terapeutas sobre su estilo personal: Un estudio longitudinal. XII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur "Paradigmas, Métodos y Técnicas." Buenos Aires, 10-12 de Agosto (paper).

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 (001), 5-13.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, 1 (3), 98-101.

Conn, H., Medrano, L. A. y Moretti, L. (2013). Adaptación del cuestionario de alianza de ayuda revisado versión paciente (HAQ-II-P) para la población de cordobeses. *Terapia Psicológica*, 31 (2), 165-174

Corbella-Santomá, S. (2002). Compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y el perfil personal del paciente. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, Ciéncies de l' Educació i de l' Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llul, Barcelona.

Corbella-Santomá, S. y Fernández-Álvarez, H. (2006). El terapeuta, posiciones, actitudes y estilos personales. En L. Botella (Ed.), *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia*. Barcelona: Edebe.

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

Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L., Botella, L. y García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (2), 125-133.

- 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. Ibáñez, I. Mosca y P. L. R. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Pelotas: Educat.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. (2000). Estilos personales en terapeutas psicoanalíticos, cognitivos e integrativos. *II Congresso Latinoamericano de Pesquisa em Psicoanálise e Psicoterapia*. Gramada, Brasil, 14-17 de Septiembre (paper).
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., & Corbella-Santomá, S. (2003). Assesment Questionnaire on The Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Castañeiras, C. y Rial, V. (2005). Normalización del cuestionario de evaluación sobre el estilo personal del terapeuta (EPT) en una población de psicoterapeutas de Argentina. XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 7-10 de Noviembre (paper).
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Fernández-Álvarez, H., Gómez, G., & García, F. (2015). Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle's Program. *Psychotherapy Research*, 25 (1), 84-94. doi: 10.1080/10503307.2013.856047.
- García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (2), 121-128.
- García, H. y Morales, C. (2006). Modelos teóricos de psicoterapia en Argentina: actitudes y creencias en sus adherentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (003), 381-396.
- Gómez, B. M. M. (2015). *El Estilo Personal del Terapeuta en psicooncología*. Tesis doctoral (inédita). Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Universidad del Salvador.
- Guajardo, H. y Kushner, D. (2004). Psicoterapia Integrativa en Trastornos Adictivos. En Héctor Fernández Álvarez y Roberto Opazo Castro (Comps.) *La Integración en Psicoterapia* (pp. 315-351). Barcelona: Paidós.
- Kleinke, C. (1998). *Factores comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for Addicts*. Amsterdam: Swees & Zeithinber B.V.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación (5ª Edición)*. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana.
- León, O. G. y Montero, I. (1993). *Diseño de investigaciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- León, V., Gómez, B. y Labourt, J. (2011). La alianza terapéutica. En H. Fernández-Álvarez (Comp.), *Paisajes de la psicoterapia: Modelos, aplicaciones y procedimientos* (pp. 45-73). Buenos Aires: Polemos.
- Malik, M., Fleming, J., Penela, V., Harwood, M. T., Best, S., & Beutler, L. E. (2002). *Which Therapist for Wich Client? The interaction of Therapist Variation and Client Characteristics in Affecting Rates of Change: An Effectiveness Study*. Ponencia presentada en el "Annual Meeting of The Society for Psychotherapy Research", San Francisco.
- Molina, M. E., Ben-Dov, P.; Diez, M. I., Farrán, Á., Rapaport, E. y Tomicic, A. (2013). Vínculo Terapéutico: Aproximación desde el diálogo y la co-construcción de significados. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 22 (1), 15-26.
- Moncada-Bueno, S. y Palmerín-García, A. (2007). La prevención del consumo de drogas en España: el papel de los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1), 21-28.
- Muller, F. y Palavezzatti, M. C. (Abril, 2015). Orientación teórica y práctica clínica: los psicoterapeutas de Buenos Aires (2012). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24 (1), 13-21.
- Nissen-Liea, H. A., Monsena, J. T. Ulleberga, P., & Rønnestada, M. H. (2013) Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*. 23 (1) 86-104. DOI:10.1080/10503307.2012.735775
- NIDA (2009). *Enfoques de tratamiento para la drogadicción*. NIDA InfoFacts. Disponible en: www.drugabuse.gov.ar/PDF/InfoFacts/Metodos10.pdf.
- Observatorio Argentino de Drogas (2009). *Censo Nacional de Centros de Tratamiento en Argentina, 2008*. Buenos Aires: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.
- París, E. (2011). Universidades públicas en Argentina y la formación del psicólogo. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 9 (25), 71-75.
- Pereiro, C. (2010). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1986). The transtheoretical approach, en J. Norcross (Comp.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 163-200). New York: Bruner-Mazel.
- 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.
- Saforcada, E. (2008). La Psicología en la Argentina: desarrollo disciplina y realidad nacional. *Interamerican Journal of Psychology* 42 (3), 70-89.
- Sánchez-Hervas, E.; Tomás, V. y Morales, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6 (3), 159-166.
- Secades-Villa, R. y Fernández-Hermida, J. (2003). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13 (3), 365-380.
- Soares, L., Botella, L., Corbella, S., Serra de Lemos, M. y Fernández, M. (2013). Diferentes Estilos de Clientes y Construcción de la Alianza con un Terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22 (2), 27-36.
- Vázquez, L. y Gutiérrez, M. (2015). Orientación teórico técnica y Estilo Personal del Terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV (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.
- Weinstein, X. (1999). Variables del paciente que influyen en la alianza terapéutica. Tesis para optar al título de Psicólogo y grado de Licenciado en Psicología, no publicada, Universidad de Chile. Santiago de Chile.