Tesis Doctorales
en Psicología
sobresalientes
Colección (2016–2019)

ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES

Leandro Martín Casari

Facultad de psicología
Universidad Nacional de San Luis
neu nueva editorial universitaria

Universidad Nacional
de San Luis
Facultad de Psicología

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN PSICOLOGÍA
CALIFICADA SOBRESALIENTE

“Estilo personal del terapeuta en profesionales que trabajan en el campo de las adicciones”

Doctorando: Lic. Leandro Casari
Directora: Dra. Susana Albanesi
Co-directora: Dra. Mariana Maristany

Tribunal Evaluador:

Dr. Leandro Medrano (Universidad Siglo XXI)
Dr. Andrés Roussos (Universidad de Buenos Aires)
Dr. Horacio García (Universidad Nacional de San Luis)

San Luis - Argentina
2017

Casari, Leandro Martin
Estilo personal del terapeuta en profesionales que trabajan en el campo de las adicciones / Leandro Martin Casari. - 1a ed. San Luis: Nueva Editorial Universitaria - UNSL, 2019.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-733-180-6

1. Psicoterapeuta. 2. Adicciones. I. Título.
CDD 150.72

Universidad Nacional de San Luis
Rector: Dr. Félix Daniel Nieto Quintas
Vicerrector: Dr. José Roberto Saad

Secretario de Coordinación y Planificación Institucional:
CPN Víctor Moriñigo

Comité editorial de Colección:
Tesis Doctorales en Psicología sobresalientes (2016-2019)
Directora: Doctora Alejandra Taborda
Editor: Doctor Fernando Polanco
Colaboradores: Josiane Sueli Beria
Martín Gonzalo Zapico
Diseño de tapa: Macarena Velasco

Nueva Editorial Universitaria
Avda. Ejército de los Andres 950 - Subsuelo Rectorado
Tel. (+54) 0266-4424027 Int. 5110
www.neu.unsl.edu.ar
E mail: neu@unsl.edu.ar

Prohibida la reproducción total o parcial de este material sin permiso expreso de NEU

REUN RED DE EDITORIALES DE UNIVERSIDADES NACIONALES
neu nueva editorial universitaria
Universidad Nacional de San Luis

Agradecimientos

En primer lugar, a mi esposa Celeste por todo su apoyo afectivo y científico a lo largo de todo el proceso de tesis, sin ella no hubiese sido posible. A mi hija Camila por ser el motivo para concluir esta etapa. Y a mi familia, que siempre estuvo presente, especialmente a mi mamá que me impulsó a ser becario en CONICET.

A mi directora de tesis, Dra. Susana Albanesi porque me aceptó desde un comienzo de forma incondicional y siempre estuvo presente con sus aportes a lo largo de todo el proceso.

También a mi co-directora, Dra. Mariana Maristany, quien me orientó en la confección de la idea de investigación y me brindó el contacto con el maravilloso grupo de profesionales de la Fundación Aiglé.

A mi co-directora de beca, Dra. Mirta Ison, por aceptarme como becario e introducirme en el ámbito científico profesional, ofreciéndose constantemente para responder mis inquietudes.

A todos los profesionales que participaron de mi investigación, cediendo parte de su tiempo y mostrándose interesados por los resultados. Especialmente a los coordinadores de los centros de atención en drogodependencia que colaboraron amablemente.

Al Dr. Marcos Cupani, por su asesoramiento estadístico en la etapa final de este proceso, de quien pude aprender valiosos recursos de análisis de datos. Así como también, a aquellas personas que me asesoraron ante inquietudes estrictamente estadísticas en la etapa final de mi tesis: Lic. Javier Sánchez Rosas, Dra. Gilda Di Fabio y Dra. María Elena Brenlla.

Por último, a todos mis colegas, becarios de CONICET y psicólgos clínicos, que solidariamente me ayudaron con sus aportes técnicos en diferentes consultas que tuve, y con quienes compartí la mayor parte mí tiempo durante el doctorado: Dra. Celina Korzeniowsky, Lic. Valeria Morán, Lic. Paula Moretti, Dra. Luciana Mariñelarena, Lic. Karen Castillo, Lic. Gabriela Caligiore Gei, Lic. Jimena Arroyo, Lic. María Eugenia Bazzara, Lic. Natalia Putrino, Dr. Juan Manuel Monteoliva. Así como también a las investigadoras, Dra. Gabriela Morelato y Dra. Carolina Greco, quienes me orientaron con su sabiduría a través de esta etapa de inicio a la investigación.

Índice

Agradecimientos 7

Índice 9

Resumen 13

Abstract 15

Introducción 17

1. Estilo Personal del Terapeuta 21

1.1. Investigación en psicoterapia: historia y perspectivas actuales. 22

1.1.1. Inicios de la investigación en psicoterapia 24

1.1.2. La década del 50´: Los inicios formales de la investigación en psicoterapia 27

1.1.3. Los años 60´: críticas a la investigación en psicoterapia y auge de los diseños analógicos. 30

1.1.4. Años 70´: Revisiones sistemáticas y meta análisis 36

1.1.5. Años 80: Estudios multicéntricos y debates en torno a factores específicos versus inespecíficos. 41

1.1.6. Década del 90´: Los tratamientos empíricamente validados 46

1.1.7. Tendencias actuales en la investigación en psicoterapia 50

1.2. Introducción al estudio de las variables del terapeuta 53

1.1.8. Formas de evaluar dimensiones del terapeuta 60

1.3. El Estilo Personal del Terapeuta 62

1.1.9. Aspectos conceptuales del EPT 62

1.1.10. Propiedades psicométricas del instrumento 67

1.1.10.1. Estudio de variables profesionales del terapeuta: Enfoque teórico y EPT 70

1.1.10.2. Otras variables socio profesionales: duración del tratamiento, años de experiencia profesional, entrenamiento del terapeuta y concepción epistemológica. 73

1.4. EPT y variables de personalidad del terapeuta. 76

1.5. Interacción entre el EPT y variables del paciente 77

1.6. Estudios en otros países. 80

1.7. Desarrollo de la guía GOTA-v 81

1.8. EPT en poblaciones clínicas 83

1.9. Conclusiones sobre el EPT 87

2. Abordaje psicológico de las adicciones 91

2.1. Adicciones: conceptos claves y criterios diagnósticos. 92

2.1.1. Trastornos por consumo de sustancias 95

2.1.2. Vulnerabilidad a las adicciones. 98

2.2. Dispositivos terapéuticos institucionales y técnicas psicológicas para las adicciones. 104
2.2.1. Modelo transteórico del cambio. 104
2.2.2. Dispositivos institucionales 112
2.2.3. Técnicas psicológicas para el tratamiento de las adicciones 121
2.3. El terapeuta y sus variables en el campo de las adicciones 133
2.4. Reflexiones finales. 139
2.5. Objetivos 141
3. Metodología 143
3.1. Diseño y tipo de estudio 144
3.2. Participantes 144
3.3. Instrumentos 147
3.3.1. Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta, versión abreviada (Castañeiras et al. 2008). 147
3.3.2. Cuestionario de Personalidad Big Five (BFQ) (Castro-Solano, 2005) 152
3.4. Procedimiento 155
3.5. Análisis de Datos 155
4. Resultados 157
4.1. Preparación de los datos 158
4.2. Análisis de variables socio demográficas sobre el EPT: género, provincia de residencia y edad. 161
4.2.1. Análisis por género 161
4.2.2. Análisis por provincia de residencia 161
4.2.3. Análisis por edad 162
4.2.4. Interacción entre variables socio demográficas: edad, género y provincia de residencia 164
4.3. Análisis de variables socio profesionales sobre el EPT: universidad de egreso, enfoque teórico, años de experiencia profesional, duración predominante de los tratamientos, tipo de abordaje, grado de especialización, grupo etario de trabajo y contexto de trabajo 165
4.3.1. Análisis por universidad de egreso 165
4.3.2. Análisis por enfoque teórico 165
4.3.3. Análisis por años de experiencia profesional 167
4.3.4. Análisis por duración predominante de los tratamientos 168
4.3.5. Análisis por tipo de abordaje predominante 169
4.3.6. Análisis según grado de especialización 170
4.3.7. Análisis según gruto etario de trabajo 170
4.3.8. Análisis según contexto de trabajo 171
4.3.9. Análisis según institución de trabajo en el Grupo Adicciones 172

4.3.10. Interacción entre variables socio profesionales: enfoque teórico, duración predominante de los tratamientos y años de experiencia profesional……..173

5. Discusión 179

5.1. Comparación de las funciones del EPT en profesionales de distintos campos clínicos 180

5.2. Análisis de las variables socio demográficas y profesionales en la muestra total y parcial en relación al EPT 186

5.3. Análisis de la relación entre la personalidad con el EPT 199

6. Conclusiones.....203

7. Referencias 209

8. Anexos.....233

8.1. Protocolo de consentimiento informado para profesionales de adicciones……..233

8.2. Cuestionario para psicólogos.....235

8.3. EPT-C Cuestionario de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (Fernández-Álvarez y García, 1998).....237

8.4. Cuestionario de Personalidad “Big Five” (Adaptación argentina de Castro-Solano, 2005). 239

Resumen

El Estilo Personal del Terapeuta (EPT) es 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. Existen diversas líneas de investigación en relación al EPT, una de ellas está destinada a conocer la presencia de perfiles característicos de los profesionales que brindan asistencia clínica a pacientes con patologías específicas.

Los objetivos de esta tesis fueron: describir el perfil de EPT en psicólogos que trabajan en instituciones de adicciones, indagar si variables demográficas y profesionales influyen sobre el EPT, y analizar si existen relaciones entre la personalidad de los terapeutas con el tipo de población clínica de trabajo. Para ello se trabajó con una muestra de 429 psicólogos clínicos divididos en dos grupos: Grupo Adicciones (n= 102) y Grupo Clínico (n= 327). Como instrumentos se emplearon el Cuestionario de Estilo del Terapeuta (Castañeiras, Ledesma, García, & Fernández-Álvarez, 2008) y el Cuestionario de Personalidad Big Five (Castro-Solano, 2005).

A nivel de resultados se obtuvieron diferencias significativas en la función de Involucración ($p < .05$), donde los terapeutas de adicciones obtuvieron puntajes superiores. También se encontró que el EPT está relacionado con diversas variables demográficas y profesionales como enfoque teórico, años de experiencia, edad, contexto de trabajo. Y, por último, se detectaron diferencias significativas en las dimensiones de personalidad entre ambos grupos de terapeutas.

Palabras claves: Estilo Personal del Terapeuta – Adicciones – Psicoterapia – Personalidad.

Abstract

The Personal Style Therapist (EPT) is a multidimensional construct that is present in every therapeutic process and describes a set of integrated functions that in practice express provisions, traits and attitudes that every therapist is at stake in their professional practice. There are several lines of research related to PST, one of them is destined to know the presence of characteristic profiles of professional who provide clinical care to patients with specific diseases.

The aim of this thesis were: describe the profile of PST in psychologist who work in drug addiction institutions, investigate if the demographic and professional variables influence the PST, and analyse if there are differences between the personalities of the therapist according the kind of clinical population of work. For this we work with a sample of 429 psychologists divided in two groups: Addiction Group (n= 102) and Clinical Group (n= 327). As instruments we use the Personal Style of the Therapists Questionnarie (Castañeiras, Ledesma, García, & Fernández-Álvarez, 2008) and the Big Five Personality Questionarie (Castro-Solano, 2005).

At Results level it was obtained significant differences in the Engagement function ($p < .05$), where the scores of the therapist of Addiction Group were higher. It was also found that the PTS was related to several demographic and professional variables as theoretical frame work, years of experience, age, work context. Finally, it was detected significant differences in the personality dimensions between both groups of therapists.

Key words: Personal Style of the Therapist – Addictions – Psychotherapy – Personality.

Introducción

La psicoterapia como práctica de salud y servicio profesional, es efectiva y recomendable en términos de costo – beneficio, por lo que se justifica su inclusión como prestación en el sistema de salud al ser una práctica basada en principios científicos (American Psychological Association [APA], 2012). Esto se ha demostrado a través de cientos de estudios de eficacia, realizados durante varias décadas donde se examinaron diversos formatos de terapia para distintos trastornos psicológicos (Lambert, 2013).

Entonces, los debates actuales no están centrados en demostrar la eficacia de la psicoterapia sino en tratar de comprender cómo se produce el cambio en los pacientes, cuáles son los principios responsables de los resultados de tratamiento, cómo operan los moderadores y mediadores del cambio, qué factores tiene mayor peso en el éxito terapéutico (Beutler, Someah, Kimpara & Miller, 2016; Heinonen, 2014; Moldovan & Pintea, 2015; Sánchez-Bahíllo, Aragón-Alonso, Sánchez-Bahíllo & Birtle, 2014; Wampold & Imel, 2015). Entre los factores que se han sugerido, se encuentran las técnicas específicas, alianza terapéutica, variables del terapeuta y pacientes.

Los meta análisis han reflejado diversidad de porcentajes en sus estudios, por lo que no puede afirmarse de un modo definitivo cuál es el factor de mayor peso, pero sí puede considerarse que dichas variables estarían implicadas (Baldwin & Imel, 2013; Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012; Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010; Elliot, Bohart, Watson & Greenberg, 2011; Heinonen, 2014; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen & Rønnestad, 2013; Norcross & Lambert, 2011). Esta disparidad de resultados en los meta-análisis, se debe a que a pesar de ser los métodos de mayor confiabilidad a nivel científico (Basler & Medrano, 2011), también son propensos a tres principales errores metodológicos: la tendencia a que estudios con pequeño o nulo efecto no sean publicados, la mezcla en el análisis de estudios con diferente grado de rigurosidad metodológico, y la combinación de artículos que investigan distintos grados del fenómeno (Lambert, 2013).

Tal como se mencionó, el terapeuta y sus dimensiones, serían entonces algunas de las variables señaladas como influyentes en el cambio en psicoterapia. Las investigaciones nos muestran que existen resultados diferenciales de acuerdo al terapeuta (Baldwin & Imel, 2013).

A nivel de variables del terapeuta, se han encontrado evidencias de aspectos profesionales y personales que influirían en el resultado. Entre ellas, la empatía (quizás la más importante), entrenamiento, años de experiencia, respeto por el paciente, ciertas conductas no verbales, optimismo, sentido del humor, capacidad de auto cuestionarse, habilidades interpersonales y estilo terapéutico (Elliot et al.,

2011; Heinonen et al., 2013; Holdsworth, Bowen, Brown & Howat, 2014; Watson, Steckley & McMullen, 2014)

En este sentido, el estilo terapéutico es un concepto que se ha desarrollado desde la década del 90´ por autores reconocidos en el campo de la investigación en psicoterapia, como Larry Beutler y David Orlinsky. Para este último, se trataría de rasgos establecidos vinculados a la personalidad del terapeuta que tienen un impacto en la relación terapéutica e influencian los resultados del tratamiento (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004, citado en Fernández Álvarez, García, Lo Bianco & Santoma, 2003). Mientras que para Beutler, Machado & Neufeldt (1994), el estilo del terapeuta sería un estado objetivo altamente estable en el tiempo y que modula la forma específica en que cualquier procedimiento o técnica es aplicada (citado en Fernández Álvarez et al., 2003). Es en base a estos postulados que, en el año 1998, Fernández Álvarez y García definen el Estilo Personal del Terapeuta (EPT) como el factor más idiosincrático del profesional, relacionado a modos particulares de comunicación que se plasman en una serie de funciones que imponen un sello personal a la hora de ejercer la práctica. Estos modos de comunicación están influidos por las características de personalidad del terapeuta y también por su orientación teórica. El EPT se compone de cinco funciones: Atencional (búsqueda de información), Operativa (intervenciones terapéuticas), Instruccional (establecimiento del encuadre terapéutico), Expresiva (grado de expresividad emocional) y de Involucración (compromiso) (Fernández Álvarez et al., 2003).

Desde su surgimiento como constructo formal en 1998 hasta la actualidad, se encuentran alrededor de 40 publicaciones sobre aplicaciones teóricas y prácticas. Siempre ha existido un interés en relacionar el constructo a una forma de evaluación empírica, a través de un cuestionario psicométrico específico: Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) (Castañeiras, Ledesma, García & Fernández-Álvarez, 2008; Fernández Álvarez et al., 2003).

Entre las líneas de investigación sobre el EPT se encuentran: aspectos conceptuales del EPT, propiedades psicométricas del instrumento, estudio de variables profesionales y personales del terapeuta, investigaciones sobre el EPT y la alianza terapéutica, adaptaciones en otros países del inventario, desarrollo de una guía de observación de la actividad terapéutica, y finalmente, el EPT en poblaciones específicas de pacientes. Sobre esta última, hasta el momento se han realizado cuatro investigaciones con terapeutas que se desempeñan en: neonatología (Vega, 2006), la atención de pacientes severamente perturbados (Rial, Castañeiras, García, Gómez & Fernández-Álvarez, 2006), problemáticas relacionadas al maltrato infantil (Casari, Magni & 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 dos o más grupos, uno cuasi-control (Montero & León, 2007).

Siguiendo esta línea de investigación, una población específica de terapeutas que aún no ha sido abordada, son los psicólogos que se dedican a la atención de pacientes drogodependientes.

La elección de esta temática obedece a diversos factores:

En primer lugar, las adicciones constituyen un problema de salud pública que demanda grandes cantidades de dinero al sistema sanitario (Espada Salado, Fernández Rodríguez & Laporte Puig, 2012; Marín-Navarrete et al., 2013; Pacheco Trejo & Martínez Martínez, 2013; Rehm et al., 2009), por lo que es importante avanzar en el conocimiento de variables del tratamiento que pueden influir sobre los resultados (Blonigen, Finney, Wilbourne & Moos, 2015; Miller & Moyers, 2015).

En segundo lugar, hay que considerar al abordaje de las adicciones como un campo multidisciplinar (Gómez, 2012), de aquí que el título de la presente tesis es Estilo Personal del Terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. Se toma la postura teórica de que las drogodependencias deben ser tratadas asistencialmente por un equipo interdisciplinario y en instituciones, aclarando que el profesional psicólogo posee un rol central en el tratamiento (Becoña Iglesias & Cortés Tomas, 2008). La variable institución impone ciertas reglas al abordaje terapéutico, un marco de trabajo más estructurado en relación al encuadre, que puede influir sobre el EPT (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999; Blonigen et al., 2015; López-Fernández, Román-Jiménez, Castello-Cullell & García-Claver, 2012; Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico [SEDRONAR], 2009).

Por otro lado, también se agrega que existe una elevada tasa de deserción (abandono terapéutico), y esto motiva fuertemente el estudio de cuáles son los factores implicados en dicho fenómeno (Llorente, Meza & Barrutia, 2011; López-Goñi, Fernández-Montalvo & Arteaga, 2012; Miller & Miller, 2009; National Institute of Drug Addiction [NIDA], 2010; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011; Secades Villa & Benavente, 2000; Sánchez-Hervás, Gradolí & Gallús, 2004)

Por último, están los factores relacionados al vínculo terapéutico. Aparentemente, existen ciertas dificultades para consolidar el mismo, posiblemente por la psicopatología asociada al trastorno adictivo, que compromete múltiples esferas de la vida del sujeto. Entonces, sabiendo de la importancia de la alianza terapéutica para el éxito de un tratamiento, es muy importante poder conocer factores del terapeuta que pueden estar relacionados con la misma, en profesionales que trabajan con pacientes drogodependientes (American Psychiatric Association, 2014; Casares-López et al., 2010; Casari, Ison, Albanesi & Maristany, 2014;

Guajardo & Kushner, 2004; López Goñi et al., 2012; Llorente et al., 2011; McCrady, 2008; Miller & Miller, 2009; NIDA, 2010; Secades Villa & Benavente, 2000)

Por todos estos factores, es que el estudio del EPT puede resultar una variable de interés al estudio tanto del tratamiento de las adicciones, como hacia el mayor conocimiento del terapeuta en psicoterapia.

1. Estilo Personal del Terapeuta

1.1. Investigación en psicoterapia: historia y perspectivas actuales.

Previo a desarrollar el constructo central de este capítulo, el Estilo Personal del Terapeuta, es necesario hacer una contextualización del marco en el cual se realiza este estudio, la investigación en psicoterapia. Por ello, se presenta a continuación un panorama histórico y actual.

Fernández Álvarez y Opazo Castro definen a la psicoterapia como: "un conjunto de procedimientos que puede brindar alivio ante numerosas situaciones donde existe alguna forma de padecimiento (no sólo psicológico) y que también puede colaborar en el desarrollo personal de los individuos que consultan" (2004, p. 13). Es interesante mencionar esta definición, porque rescata una doble vertiente de la psicoterapia, orientada tanto al alivio de síntomas como hacia la promoción del desarrollo personal. Sin embargo, como veremos a lo largo de este apartado, la historia de la investigación en psicoterapia estuvo orientada principalmente hacia la primera de estas vertientes: comprender cómo se originan los desajustes psicológicos y proponer alternativas para modificarlos (Fernández Álvarez & Opazo Castro, 2004).

Por momentos, el impulso por investigar estuvo centrado en demostrar la superioridad de un enfoque o técnica, y en otras oportunidades el incentivo provino desde las instituciones de salud que buscaban brindar el mejor tratamiento en el menor tiempo posible (Feixas & Botella, 2004). En palabras de Beutler, Moleiro y Panela el campo de la psicoterapia transitó "de la era de la teoría a la era de la evidencia" (2004, p. 69). Por ello, hablar de los inicios de la investigación en psicoterapia está ligado a la historia de la psicoterapia en sí misma, la cual es muy remota y hemos transitado años de debate hasta llegar al consenso actual y al establecimiento formal de la psicoterapia como práctica cultural orientada a la salud, con reconocimiento de su eficacia (APA, 2012).

Fernández Álvarez (1992) comenta que el uso de la palabra como modo de producir ayuda en las personas que sufrían, es antiguo en la historia de la humanidad. Señala a Freud como el pionero en utilizar este recurso en una aproximación científica, dando origen a una nueva era en la asistencia de trastornos psíquicos. Menciona una conferencia de 1904 titulada *Sobre la psicoterapia*, que fue brindada ante el Colegio de Médicos de Viena, como el hito fundamental donde enuncia los principios generales de una nueva forma de abordar las perturbaciones psicológicas. Freud refiere al inicio de la misma la siguiente frase:

La psicoterapia sigue pareciéndoles a muchos médicos un producto del misticismo moderno, y por comparación con nuestros recursos terapéuticos físico – químicos, cuya aplicación se basa en conocimientos fisiológicos, un producto directamente acientífico, indigno del interés de un investigador de la naturaleza (1904, p. 248).

El autor presenta ante sus colegas un método para el abordaje de las neurosis, distinto a otras formas de psicoterapia del momento, que denominaba "analítico" (1904, p. 249) y que contaba con aparente eficacia, reservándolo para pacientes con determinadas características como: cierto grado de cultura, motivación propia para someterse al análisis, estructuras neuróticas, cuya edad ronde desde la pubertad hasta los 50 años, y que no exista urgencia por eliminar una patología que revista riesgo inminente para el sujeto. Freud creía en base a su experiencia clínica que "la cura analítica realizada con discernimiento no puede hacer temer daño alguno para el enfermo" (1904, p. 254).

Con el tiempo, la psicoterapia fue expandiéndose y ganando cada vez mayor aceptación. Jaspers (1954) comentaba sobre la popularidad de la misma y cómo se fue desprendiendo paulatinamente de la medicina, encontrando para la década del 50´ psicoterapeutas sin formación médica (citado en Fernández Álvarez, 1992). De hecho, hacia el final de la década de 1950, los psicólogos norteamericanos lograron obtener una legislación que no restringiera la psicoterapia a los médicos, lo cual conllevó un aumento de los recursos humanos disponibles para la intervención social sobre la salud mental (Vilanova, 1990, citado en García, 2008).

Así también fueron creciendo la diversidad de enfoques y técnicas terapéuticas. Distintos relevamientos mostraban 136 variantes de psicoterapia en el año 1959 (Norcross, 1986, citado en Fernández Álvarez, 1992), mientras que para la década del 80 Karazu (1986), llegó a identificar más de 400 enfoques diferentes en psicoterapia, donde sus respectivos adherentes postulaban no sólo la diferencia de su enfoque al resto sino su mayor eficacia, cuando en realidad no existían estudios que los respalden (Hersen, Michelson & Bellack, 1984; Martínez-Nuñez, Primero & Moriana, 2011; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).

La progresiva pluralidad de enfoques produjo dos grandes resultados: "la búsqueda de los puntos comunes entre los diferentes modelos y la confrontación de resultados" (Fernández Álvarez, 1992, p. 23). Dicho autor señala que estas consecuencias están relacionadas, sólo que la primera en el campo de la teoría y la segunda en terreno empírico.

Uno de los primeros autores que llamó la atención sobre este punto, fue Rosenwieg quien publicó en 1936 un ensayo titulado S*ome implicit common factors in diverse methods of psychotherapy*. Donde trataba de explicar el supuesto empate que existía entre las diversas formas de psicoterapia de la época, a través de factores no reconocidos formalmente y que quizás eran más importantes que las técnicas empleadas (Wampold et al., 1997). Los mismos estaban relacionados con aspectos de la relación terapéutica, la posibilidad de lograr una catarsis de los conflictos, la personalidad del terapeuta, el ofrecimiento de interpretaciones que funcionaban como un punto de vista alternativo al problema, entre otros. Además, el autor reconocía que había ciertas formas de terapia más efectivas para determinados problemas, y que ciertos pacientes funcionarían mejor en un proceso con terapeutas específicos (algo que luego se llamará *matching*). Es importante destacar que

Rosenwieg agregó como subtítulo una frase del libro *Alicia en el país de las Maravillas* de Lewis Carroll, tomada del siguiente pasaje:

Estando los amigos completamente mojados, el pájaro Dodo propuso una carrera que ganaría el primer que se secara. Se inició la carrera, cada uno partiendo cuando quisiera, y después de algún tiempo el pájaro Dodo anuncia que la carrera terminó. -¿Quién ganó? Preguntan. El pájaro contesta- Todos ganaron y todos deben recibir premios (Sales, 2009, p. 389).

Es la última frase, la que Rosenwieg eligió como subtítulo. En los años 70' esta oración será retomada como lema de la tradición de los factores comunes en psicoterapia, también conocida como *dodo bird* (Sales, 2009). En resumen, el autor escribió dicho ensayo basado en conjeturas sobre la supuesta efectividad similar de las diversas formas de psicoterapia, pero la investigación propiamente dicha comenzaría en la década del 30' y la investigación de resultados llegaría en los años 50' (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975).

Existen diversos autores que se han ocupado de realizar un recorrido histórico de la investigación en psicoterapia (Beutler et al., 2004; García, 2008; Hersen et al., 1984; Hill & Colbert, 1993; Sales, 2009), por lo que los principales hitos de esta temática se tomarán según la perspectiva de dichos autores.

1.1.1. Inicios de la investigación en psicoterapia

Con la llegada de las grabaciones de audio, los terapeutas tuvieron la oportunidad de contar con un registro detallado de lo que ocurría durante la sesión con independencia de los reportes individuales del profesional (Kiesler, 1973, citado en Hill & Corbett, 1993). Dietes (1959) señala a dos pioneros en el uso de grabaciones con propósitos investigativos: Earl Zinn y Percival Symonds (citado en Hill & Corbett, 1993).

Zinn realizó grabaciones de las entrevistas de los profesionales con sus pacientes, pero no llegó a realizar análisis de las mismas. Mientras que Symonds grabó entrevistas de consejeros escolares en el año 1938, donde encontró que éstos hablaban más del 70 % de la duración de la entrevista.

Los pioneros en las grabaciones tuvieron que enfrentarse a preguntas como: ¿los clientes se sentirán incómodos al ser grabados?, ¿se les podrá asegurar que la grabación no afectará el desarrollo del proceso terapéutico? Las primeras investigaciones demostraban que no había efectos perjudiciales en registrar el material auditivo, pero luego se encontró que podía llegar a inhibir al paciente dependiendo de la naturaleza de su problema y sus características de personalidad (Gelso, 1974, citado en Hill & Corbett, 1993). Se aclara que ya en esa época, los profesionales del área de la consejería preferían utilizar el término cliente en vez de paciente, para diferenciarse del modelo médico y optar por una palabra que enfatizara los recursos en lugar de los problemas de una persona.

Otro investigador contemporáneo fue Frank Robinson, quien inició el primer programa de investigación de proceso en consejería psicológica en 1938 en la Universidad de Ohio. Mientras enseñaba procedimientos de consejería, surge la necesidad en sus estudiantes de supervisión. Pero como él no podía realizar supervisiones, propuso realizar grabaciones en cintas de acetato para darles una oportunidad a los profesionales de escucharse ellos mismos. Así fue, que a lo largo de 10 años se grabaron más de 100 sesiones. Uno de los estudiantes de Robinson, Elias Porter, desarrolló categorías de análisis tanto para el profesional como para el cliente, como los momentos de silencios, uso de reflejos, análisis tentativo e interpretación (Porter, 1943, citado en Hill & Corbett, 1993). Los resultados de los 10 años de análisis de entrevistas indicaban que las intervenciones del consejero tenían un impacto en la conducta del cliente (Robinson, 1950, citado en Hill & Corbett, 1993). Además, se le atribuye al grupo de investigación liderado por Robinson haber sido los primeros en indagar la conducta del profesional en categorías de análisis: escucha, diagnóstico, interpretación, etc. Sin embargo, como este grupo no desarrolló una teoría que pudiera dar un marco de explicación a la actividad del terapeuta, con frecuencia no es reconocido en la literatura de historia de la investigación en psicoterapia (Hill & Corbett, 1993).

Mientras el grupo de Robinson realizaba su investigación, Carl Rogers llega al programa de psicología clínica de la Universidad de Ohio (Fernández Álvarez, 2015). Inicialmente su objetivo era similar, comenzó a desarrollar un sistema de clasificación de la conducta verbal del paciente y terapeuta. Así se fueron consignando patrones de interacción, por ej. Snyder (1945) observó que cada vez que el terapeuta mostraba aceptación de los sentimientos del cliente, éste tendía a realizar conductas de *insight* (citado en Hill & Corbett, 1993).

En el año 1942 Rogers publica un artículo donde explica el novedoso procedimiento de grabado de las entrevistas psicológicas, que transcribía instantáneamente las interacciones verbales. Comienza explicando que con los discos fonográficos se puede lograr un registro detallado de todo lo que ocurre en la sesión, incluyendo el tono y las inflexiones de la voz con que se pronuncia cada palabra. El material provenía de: entrevistas de consejería con estudiantes secundarios, que narraban en general problemas con el estudio y dificultades de adaptación; entrevistas realizadas a padres de niños con problemas de comportamiento; y sesiones de terapia de juego con niños.

Rogers (1942) mencionaba diversas utilidades del registro de las entrevistas, como por ej., enseñar conceptos del proceso terapéutico. A través del desgrabado del material descubrieron que la resistencia del cliente era comúnmente una respuesta a un terapeuta que preguntaba demasiado o que esbozaba interpretaciones de forma precoz.

En segundo lugar, Rogers agregaba la gran importancia que tiene esta tarea para la supervisión. Frecuentemente, cuando los consejeros escuchaban sus propias entrevistas, reconocían sus propios errores sin intervención del supervisor. También les permitía a éstos tomar conocimiento de que eran mucho más directivos de lo

que ellos creían. Sin embargo, además del reconocimiento de errores, la escucha de las entrevistas también permitía identificar las intervenciones que habían funcionado.

La última utilidad que Rogers comenta en su artículo, es para tareas de investigación, la cual considera como una gran oportunidad para un estudio objetivo del proceso terapéutico. Menciona dos investigaciones que se han desarrollado hasta ese momento (año 1942).

En primer lugar, la investigación de Porter que fue comentada anteriormente, producto de su tesis doctoral concluida en el año 1941. El autor desarrolló una escala que indagaba alrededor de 20 categorías de respuestas de las intervenciones del consejero, que podían dividirse en directivas o no directivas. Su escala resultó un método confiable para evaluar las entrevistas. De este modo los consejeros podían diferenciarse de acuerdo a su grado de directividad, así se encontró que los profesionales más directivos tendían a hablar hasta tres veces más que sus clientes, mientras que los consejeros con una inclinación no directiva hablaban menos de la mitad que sus clientes.

La segunda investigación indagó los patrones de interacción entre el consejero y cliente, tratando de identificar qué tipo de intervenciones producían respuestas de *insight* o resistencia, entre otras.

Rogers (1942) concluye diciendo que el programa de grabación ha dado la posibilidad de comenzar a entender los elementos básicos de la terapia, lo cual permitirá avanzar en la investigación del proceso para entrenar terapeutas más especializados. El autor tenía una visión muy optimista sobre el futuro de la psicoterapia: "… la psicoterapia no necesita más ser imprecisa, las habilidades terapéuticas no pueden continuar siendo un don intuitivo. La psicoterapia se puede convertir en un proceso basado en principios conocidos y probados, con técnicas validadas para implementar esos principios" (p. 434, *la traducción me pertenece*).

Entre los años 1942 y 1957, Rogers desarrolla su teoría sobre las condiciones necesarias para la terapia, donde menciona que el terapeuta debe ser empático, genuino y aceptar incondicionalmente los sentimientos del cliente. Es así que con los años surgieron formas de evaluar estas condiciones. Por un lado, a través de observaciones, donde jueces entrenados determinaban el compromiso afectivo del cliente en el proceso terapéutico a través de la escucha de sesiones terapéuticas; y por otro, a través de inventarios auto administrables donde tanto cliente como terapeuta, evaluaban el grado de empatía, congruencia, aceptación (citado en Hill & Corbett, 1993).

1.1.2. La década del 50´: Los inicios formales de la investigación en psicoterapia

La década del 50´ se la reconoce como fundacional en el inicio de la investigación en psicoterapia, dejando de lado el estudio de casos clínicos que no contaban con control de variables, para hacer énfasis en el diseño de investigaciones donde se intentaba indagar el resultado. A medida que se fueron desarrollando nuevas herramientas de análisis, por primera vez se plantean las posibles limitaciones de la psicoterapia, "que en el pasado era considerada como la panacea para todos los pacientes" (Hersen et al., 1984, p. 13, *la traducción me pertenece*). Es la década en que se plantea también cierto escepticismo hacia las formas de terapia tradicionales como el psicoanálisis, y cuando se da la expansión de otros abordajes terapéuticos como la terapia centrada en el cliente, el conductismo y la terapia racional emotiva de Ellis (Hersen et al., 1984).

En los años 50´, se produce un fuerte impulso a la investigación en psicoterapia, cuando después de la Segunda Guerra Mundial la misma pasa a formar parte de los sistemas de salud en EE.UU. y en el Reino Unido. Allí surgen diversas instituciones nacionales e internacionales que van a intentar dar respuesta a la salud mental de las víctimas y veteranos de guerra, entre ellas la Federación Mundial de Salud Mental (Dagfal & Vezzetti, 2007, citado en García, 2008; Hill & Corbett, 1993; Valdés, 2014).

Por esta década, predominaban estudios motivados por los propios psicoterapeutas y no por instituciones, especialmente casos clínicos, donde el contexto de investigación era naturalista, se correspondía a la situación natural o real de tratamiento. Los casos de estudio provenían de una demanda real de los pacientes, con cuadros clínicos complejos, y sus profesionales contaban con libertad de actuación clínica, no cambiaban adrede su intervención por el hecho de investigarla (Golfied & Wolfe, 1996, citado en Sales, 2009). Con el tiempo, los estudios de caso se fueron dejando de lado y comenzaron a surgir estudios experimentales y encuestas clínicas, que relacionaban el rol de los factores inespecíficos con variables de proceso y de resultado en psicoterapia (Hersen et al., 1984).

Beutler et al. (2004) señalan al artículo de Hans Eysenck *The effects of psychotherapy: An evaluation* (1952) como el inicio formal de la investigación empírica en psicoterapia, cuando se introduce la estadística al estudio de resultados. El trabajo de Eysenck surge ante una recomendación de la APA en promover el entrenamiento de psicólogos clínicos en psicoterapia. El autor consideraba que para estudiar el efecto de la psicoterapia se debía comparar pacientes que hayan recibido dicho tratamiento, con grupos sin tratamiento. Entonces, a través de una investigación de tipo teórica, tomó en consideración 3 estudios diferentes.

Los dos primeros estudios sirvieron como línea base, en donde se realizó un seguimiento a pacientes neuróticos que no recibieron psicoterapia (Strupp, 1963).

El primero de ellos analizó el porcentaje de pacientes neuróticos que fueron dados de alta anualmente de hospitales estatales de New York (Denker, 1946, citado en Eysenck, 1952). El segundo es una encuesta a 500 pacientes que presentaban algún grado de discapacidad y eran diagnosticados como psiconeuróticos, los mismos eran tratados por médicos generalistas con sedantes y drogas similares (Landis, 1938, citados en Eysenck, 1952). La conclusión es que luego de dos años, el 72 % de los pacientes fueron dados de alta, donde los criterios eran: regreso al trabajo y capacidad para proveer de ingresos económicos por al menos cinco años, no realizar nuevas consultas por la misma dificultad y reincorporación a la vida social de forma satisfactoria.

Por otro lado, analizó el informe de resultados de 19 estudios publicados donde en total sumaban más de 1000 pacientes tratados con psicoterapia psicoanalítica o ecléctica, y tratamiento médico. La tasa de mejoría era: 44 % en los pacientes tratados con terapia psicoanalítica, para los pacientes tratados de forma ecléctica 64 %, y 72 % para quienes recibieron tratamiento por parte de médicos. Además, los resultados mostraban que, a mayor cantidad de sesiones de psicoterapia, la posibilidad de mejoría disminuía. Se aclara que, en todos los casos, los resultados provenían de los informes que realizaban los profesionales. Con el propósito de argumentar el rigor metodológico de su comparación, el autor sostenía que había cierta semejanza en las condiciones de diagnóstico de los pacientes (igual grado de gravedad) y en los criterios de mejoría.

Eysenck concluía que no había evidencia a favor de la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de pacientes neuróticos. Además, el 66 % de estos pacientes se recuperarían al cabo de dos años, hagan o no psicoterapia. El autor refería la necesidad de continuar investigando la eficacia de la psicoterapia, con métodos más rigurosos como estudios experimentales (Eysenck, 1964). Alertaba a los terapeutas que no se dejen guiar por su creencia de que la psicoterapia es exitosa, sino que lo demuestren con evidencias. Y concluye recomendando que no se insista en el entrenamiento de psicólogos clínicos en psicoterapia, hasta que no haya evidencias de su eficacia. Estas conclusiones Eysenck las mantuvo en un artículo posterior (Eysenck, 1964), inclinándose hacia la utilización de la terapia conductual como aquella forma de psicoterapia más efectiva.

Posteriormente a su publicación del año 1952, surgieron importantes críticas y reacciones en la comunidad de investigadores, estimulando fuertemente la investigación en psicoterapia (Beutler et al., 2004; Eysenck, 1964; García, 2008; Hersen et al., 1984; Moretti & Basler, 2011; Strupp, 1963). Algunas de las principales críticas a Eysenck, llegarían en la década del 60´y 70´ (Bergin, 1963; Bergin & Lambert, 1978 citado en Hill & Corbett, 1993; Smith & Glass, 1977; Strupp, 1963). Strupp (1963) argumentó una serie de críticas:

- Es incorrecto afirmar la supuesta homogeneidad de criterios diagnósticos para los pacientes que conformaban ambos grupos, ya que el criterio de alta de un hospital público dista bastante del que se utiliza para concluir un tratamiento psicológico (el autor se refiere específicamente al tratamiento psicoanalítico).
- El carácter espurio del concepto de recuperación espontánea en psicoterapia.
- Cuestiona la visión simplista del resultado. Eysenck concluyó que, si un paciente no cumplía el tratamiento, se consideraba un fracaso. A lo que Strupp responde que esto no implica necesariamente el fracaso de la técnica, ya que intervienen otras variables. Cita como ejemplo la prescripción médica de insulina para un paciente diabético: en caso de que éste no siga con las indicaciones, considerar a la insulina como responsable del fracaso terapéutico sería erróneo, porque en realidad fue producto del bajo compromiso en la adherencia terapéutica.
- La consideración de la neurosis como una enfermedad médica, que uno puede contraer durante un momento de su vida, que tiene un tiempo estimado de duración y del cual las personas se pueden recuperar a través de un tratamiento psicológico o de forma espontánea.
- La adopción de un criterio más ligado al ámbito médico de eficacia: la remisión de síntomas. Cuando en realidad los objetivos de la psicoterapia son más amplios.

Otra crítica surgiría años después, cuando Bergin y Lambert (1978, citado en Hill & Corbett, 1993) cuestionarían la forma en que Eysenck analizó los datos, ya que diferentes porcentajes de mejoría se podían entender de acuerdo al criterio y al método usado para tabular los resultados. Así, el autor registró los valores más bajos de mejoría posibles para la terapia, mientras que hizo lo opuesto a la hora de considerar los efectos de la remisión espontánea.

Más allá de estas críticas, Sales (2009) comenta que la investigación de Eysenck (1952) produjo dos grandes consecuencias.

En primer lugar, la necesidad de investigar los efectos de la psicoterapia y relegar mientras tanto los estudios de proceso, esta distinción entre estudios de proceso y resultado surgió a inicios de los años 60´ y dominaría la atención hasta finales de los años 80´ (Elkin, Parloff, Hadley & Autry, 1985; Hersen et al., 1984, Hill & Corbett, 1993).

En segundo lugar, se cuestionó los métodos de investigación tradicionales de caso a caso, promoviendo la comparación de grupos control y experimental, donde se demuestre que existen diferencias estadísticamente significativas, algo que Eysenck anhelaba. Y, además, se procedió a dejar de lado la investigación naturalista, para investigar en laboratorios capaces de simular un contexto terapéutico, donde se tuviera mayor control experimental: situaciones de aislamiento y control de variables. También estos estudios contaban con la ventaja de ser menos costosos y evitaban los inconvenientes éticos que se producían en el

trabajo de campo (Hersen et al., 1984). Esto se conoce como investigación analógica, modelos que reproducen artificialmente la situación que se pretende estudiar (Kazdin, 1986, citado en Sales, 2009).

Además de la publicación del artículo de Eysenck en 1952, otros hechos significativos ocurrieron durante la década del 50´.

En primer lugar, en 1954 Roger y Dymond (citado en Hersen et al., 1984) publicaron un estudio en el que postulaban los resultados exitosos de la terapia centrada en el cliente, estableciendo el modelo desarrollado por Rogers. A pesar de que años después se criticaría su investigación por no haber considerado un grupo control apropiado (Paul, 1967a), se reconoce a este autor haber realizado una contribución significativa a la importancia de la investigación en psicoterapia, especialmente tratando de evaluar aquellas características del terapeuta que influían en la efectividad del tratamiento con independencia del modelo teórico. Consideraba a estas condiciones como necesarias y suficientes para el cambio terapéutico, las mismas eran: calidez, empatía, aceptación positiva incondicional y genuinidad. Además, Rogers postulaba que estas condiciones podían llegar a definirse operacionalmente y de este modo estudiarse científicamente (Hersen et al., 1984; Rogers, 1957).

En segundo lugar, en el año 1958 se desarrolló en Washington una conferencia bajo los auspicios de la División de Psicología Clínica de la APA y del *National Institute of Mental Health*. La misma contaba con dos objetivos principales: 1) evaluar el estado actual de la investigación en psicoterapia; 2) Estimular la investigación futura. Entre los asistentes estaban investigadores reconocidos como Lester Luborsky, Jerome Frank, Joseph Matarazzo, Morris Parloff, Carl Rogers y Hans Strupp. Las conclusiones de esta conferencia y la siguiente que se realizó en 1961, intentaban brindar un marco estándar de investigación en psicoterapia, alentando la evaluación de resultados, especialmente por medio de jueces independientes (Hersen et al., 1984).

1.1.3. Los años 60´: críticas a la investigación en psicoterapia y auge de los diseños analógicos.

En esta década, diversos autores trataron de hacer un llamado de atención sobre la forma en que se estaba investigando e intentaron proponer nuevas alternativas, como también posibles explicaciones a los resultados negativos que se habían observado.

El panorama negativo en relación a resultados, es decir la falta de evidencia empírica que demuestre la efectividad de la psicoterapia, llevaba a sostener dos grandes explicaciones: 1) Que la psicoterapia no funcionaba como forma de tratamiento; 2) que existían errores metodológicos en los estudios. La hipótesis que prevaleció fue la segunda (Paul, 1967a).

Rotter (1960, citado en Hersen et al., 1984) sostenía que la investigación debía enfocarse en cuatro variables: paciente, terapeuta, técnicas de intervención y evaluación. Luego se agregaría la relación paciente – terapeuta. Y aunque al inicio de esta década las variables eran consideradas en el contexto del resultado, luego se examinaron de forma independiente (Hersen et al., 1984).

Un artículo destacado en la revisión de Hersen et al. (1984), es el ensayo escrito por Allan Bergin en 1963 titulado *The Effects of Psychotherapy: Negative Results Revisited*, donde el autor intentó aportar diferentes explicaciones a los resultados negativos que se venían observando en estudios previos, realizando un detallado análisis de las limitaciones de cada investigación. Bergin se enfocó específicamente en la escasa diferencia de resultados que se venían produciendo entre los sujetos controles y experimentales, tal como Eysenck observó al concluir que los pacientes mejorarían su estado de salud al cabo de dos años, independientemente de si recibían algún tipo de tratamiento.

Entonces, la primera conclusión a la que arribó Bergin es que los sujetos del grupo control tienden a buscar ayuda en ámbitos no profesionales. El hecho de participar en un grupo control no implicaba que se tratara de sujetos estáticos que no deseaban recibir algún tipo de ayuda para sus problemas, porque de hecho lo hacían. "Esto puede indicar que lo que de hecho sea el ingrediente efectivo del proceso psicoterapéutico quizás no sea específico de la psicoterapia" (Bergin, 1963, p. 247, *la traducción me pertenece*). Es decir, puede asegurarse que las personas efectivamente cambian en psicoterapia, pero quizás el principio activo del cambio, no sea algo exclusivo de ésta, sino que pueda encontrarse en otros ámbitos no profesionales.

La segunda conclusión que podía explicar los resultados negativos, estaba relacionada a la variable del terapeuta. Descubrió que mientras algunos terapeutas tendían a producir resultados positivos, otros hacían lo contrario (es decir, sus pacientes empeoraban). Entonces, si existían profesionales que tendían a producir efectos positivos y negativos entre las distintas formas de terapia, se podría explicar por qué se consideraba a la psicoterapia en general como no efectiva, porque el resultado favorable que podían lograr ciertos terapeutas, era cancelado por el resultado negativo de otros. Entre las características que se habían observado como positivas en los terapeutas se encontraban: experiencia clínica; las variables rogerianas: comprensión empática, congruencia y aceptación positiva incondicional; cualidades actitudinales como ser no directivos en su rol, democráticos, no interpretativos y muy perceptivos sobre la experiencia interna de los pacientes.

Siguiendo esta lógica, Bergin (1963) proponía:

> Los terapeutas que logran resultados positivos son aquellos que tienen ciertas cualidades personales y formas de responder a los otros más que un arsenal bien entrenado de técnicas; por lo tanto no es en vano (…) hipotetizar que nuestros así llamados sujetos controles que cambian a pesar de ser controles estén buscando ayuda y estén siendo influenciados por personas que tienen las mismas cualidades personales que aquellos terapeutas que producen cambios de personalidad positivos (p. 248, *la traducción me pertenece*).

Debía llegarse además a un acuerdo en la comunidad científica sobre lo que significaba resultado y psicoterapia, porque en los estudios revisados por el autor de la década del 50´ y 60´, ambas palabras eran consideradas de forma diferente, lo cual podía explicar también los resultados negativos. La forma en que la investigación científica respondería a estas dificultades es con la llegada de las investigaciones analógicas (Bergin, 1963).

Unos años después, Kiesler (1966) publicó *Some myths of psychotherapy research and the search for a paradig*m, en el cual menciona tres supuestos mitos metodológicos en la investigación en psicoterapia que podían explicar por qué los resultados sobre la eficacia fueran negativos. Uno de ellos es el mito de uniformidad, referido a los pacientes, la terapia y los terapeutas.

Sobre los pacientes que participaban en los estudios, el autor expresa: "los pacientes al inicio del tratamiento son más parecidos que diferentes" (Kiesler, 1996, p. 100, *la traducción me pertenece*). Es decir, que no se controlaban las variables del paciente que podían influir en el resultado, sabiendo desde aquella época que determinadas características del mismo estaban relacionadas al fracaso en psicoterapia. El autor proponía que en los estudios experimentales se debían distribuir aleatoriamente pacientes con determinadas características, o bien tratar de homologar variables importantes de los mismos en ambos grupos a través de la técnica del emparejamiento (*matching*).

En segundo lugar, se cuestionaba la supuesta uniformidad en los terapeutas y en la terapia. De este modo, en las investigaciones la psicoterapia se tomaba como una práctica homogénea y donde la variable del terapeuta no era importante en el resultado. Raimy argumentaba que los terapeutas estuvieron en un supuesto encierro que denominó *egg – shell era*, donde no se pensaba en grabar las sesiones porque los pacientes eran seres endebles que podían resultar heridos si su privacidad era comprometida (1952, citado en Kiesler, 1966). Esta etapa fortaleció la idea mística del proceso terapéutico, donde se sabía que la terapia podía ayudar a las personas, pero sin poder explicar cómo.

Fue con la llegada de las grabaciones y el estudio de las sesiones terapéuticas, que se comenzaron a percibir diferencias entre los terapeutas, más allá de que adhirieran al mismo enfoque teórico (Hersen et al., 1984). También se sabía que había formas de terapia más efectivas que otras, y que ciertas variantes de tratamientos eran más perjudiciales que el no tratamiento. Kiesler (1966)

recomendaba que se tuvieran en cuenta las variables del terapeuta que podían influir en el resultado (como características de personalidad, factores técnicos, relación terapéutica, rol y expectativas), y que se atendiera a las mismas en los diseños experimentales del mismo modo que sugirió con las variables del paciente (distribución aleatoria o emparejamiento de terapeutas).

Diversos autores (incluso antes de la publicación del artículo de Eysenck, 1952) argumentaban que no tenía sentido preguntarse si la psicoterapia era efectiva, la pregunta era incorrecta, porque esta respuesta estaba en función del paciente, contexto y el tipo de intervención terapéutica (Hill & Corbett, 1993; Kiesler, 1966). De hecho, se ignora que los creadores de distintas escuelas teóricas, postularon sus teorías en base al tipo de paciente con el que se encontraron: por ej. Freud con pacientes histéricas o Rogers con estudiantes universitarios. Es decir, que los modelos teóricos fueron propuestos en base a un tipo particular de paciente (Kiesler, 1966).

En ese sentido Edwards y Cronbach (1952 en Kiesler, 1966) habían recomendado la incorporación de diseños factoriales a la investigación clínica donde distintos tipos de pacientes fueron asignados a diferentes formas de terapia o terapeutas, para comenzar a descubrir las variables del cambio. Sin embargo, no era tan sencillo aplicar diseños experimentales al ámbito terapéutico, debido a la gran cantidad de variables que se debían controlar y también a la complejidad de las mismas (Paul, 1967 a).

Entonces, Paul (1967 a) plantea que la psicoterapia debía responder a la pregunta "¿Cuál tratamiento, impartido por quién, es más efectivo para este individuo con este problema específico y bajo estas circunstancias?" (p. 111, *la traducción me pertenece*).

Es en la misma década del 60´, cuando la noción de la psicoterapia como un proceso místico fue derribada, ya que según Hersen et al. (1984) ocurrieron dos grandes desarrollos que demostraron la posibilidad de analizar qué ocurría en detalle en la psicoterapia: las investigaciones analógicas y el auge de la terapia conductual. Ambos desarrollos estaban relacionados (Sales, 2009).

Peter Lang y su equipo en la década del 60´ publicaron dos investigaciones, donde empleaban modelos analógicos para el tratamiento de la fobia a las serpientes implementando la desensibilización sistemática. Y para tratar de atender a las críticas de investigaciones pasadas, tomaron en consideración diferentes recaudos metodológicos (Hersen et al., 1984; Sales, 2009).

En la primera investigación (Lang & Lazovik, 1963) participaron 24 sujetos divididos aleatoriamente en dos grupos: experimental y control. Previamente se constató que ninguno de los participantes tuviese una patología mental intensa, utilizando inventarios y entrevistas, como también que no estén bajo tratamiento psicológico. Eran todos estudiantes universitarios que voluntariamente aceptaron participar, es decir que a diferencia de los estudios anteriores no eran pacientes que acudían al profesional por ayuda, sino personas que tenían un problema de gravedad

media y que no requería tratamiento por el impacto en su vida actual, como por ejemplo fobia a las serpientes.

Para cerciorarse que los sujetos efectivamente tuvieran fobia a las serpientes, utilizaron diversos procedimientos de evaluación. Primeramente, un inventario llamado *Fear Survey Schedule*, que indagaba un listado de fobias, el cual era utilizado como pre – post test, y aplicado a los seis meses de finalizada la intervención. Y luego utilizando una prueba conductual de exposición directa y gradual al objeto fóbico, se evaluaba la reacción del sujeto frente a una serpiente, una prueba que los autores llamaron *fear thermometer*. Finalmente había una extensa entrevista, que era grabada. Es importante aclarar que los profesionales a cargo de la evaluación previa y posterior, no participaban de la intervención propiamente dicha, para mantener mayor objetividad durante el proceso. Quienes aplicaban el tratamiento eran profesionales experimentados.

La intervención consistía en dos partes: entrenamiento y desensibilización. La primera parte eran cinco sesiones donde se construía la jerarquía de ítems a trabajar, desde las situaciones menos a las más ansiógenas. Luego, los sujetos eran entrenados en relajación muscular profunda según el método de Jacobson, para trabajar posteriormente con imaginería en una vivencia de estas situaciones sin ansiedad, tal como propone el método de la desensibilización sistemática. En total se trabajó con cada sujeto once sesiones.

Como resultado se lograron diferencias significativas en la reducción de la ansiedad en el grupo experimental, mientras que el grupo control mantuvo sus valores en el mismo nivel.

Dos años después, Lang, Lazovik & Reynolds (1965) publican una segunda investigación, enfocada en comparar la eficacia de la desensibilización sistemática, con variables placebo. En aquel tiempo, existía la creencia de que el cambio en psicoterapia se debía principalmente a la acción de la relación terapéutica, del vínculo que se creaba entre el cliente y terapeuta, que era llamado dependiendo de cada autor como transferencia, sugestión o efecto placebo. El problema es que, a diferencia de la medicina, tratar de aislar el efecto placebo en psicoterapia es más complicado.

En esta investigación se trabajó con un grupo de participantes (que cumplieran con los mismos requisitos del estudio anterior), que recibió una intervención bajo el nombre de pseudoterapia. La diferencia entre estos sujetos y los experimentales, es que eran entrenados en relajación, pero no se trabajaba sobre la lista de situaciones ansiógenas construidas en la jerarquía de ítems a desensibilizar.

El procedimiento de evaluación e intervención fue similar a la investigación anterior con todos los participantes, siendo un total de 44 sujetos. El objetivo era comparar los resultados de la intervención con este grupo, con los obtenidos anteriormente del grupo experimental y del grupo no tratamiento.

Como resultado, no hubo diferencias entre el grupo placebo y de no tratamiento, por lo que fueron combinados en un único grupo control. Entre las conclusiones se destaca el hecho de que no basta con estar en terapia y formar una buena relación terapéutica, para que se produzca un cambio significativo (como ocurrió con el grupo placebo). Los autores sintetizan las ventajas de estos diseños analógicos:

> El tratamiento puede ser específico. El número de sesiones se puede controlar arbitrariamente. La responsabilidad moral de elegir el mejor tratamiento no está involucrada. Como esta fobia no es un problema central en la vida y estos sujetos están generalmente más estables que los pacientes, es menos frecuente que incidentes extra-terapéuticos interfieran con el procedimiento. Y más importante, el rigor necesario de un procedimiento experimental puede ser estrechamente respetado (Lang et al., 1965, p. 50, *la traducción me pertenece*).

Otra investigación similar fue realizada por Gordon Paul (1967 b), quien puso a prueba en un estudio experimental cuál era la intervención más eficaz para reducir la ansiedad en sujetos que padecían miedo a hablar en público. Para ello constituyó con los participantes cinco grupos experimentales: el primero sería tratado a través de Desensibilización Sistemática, el segundo con psicoterapia orientada hacia el *insight*, el tercer grupo recibiría una intervención placebo, el cuarto sería un grupo control por lista de espera, y el último actuaría también como grupo control, pero por no contacto. A su vez, las mediciones de control de síntomas provenían de tres fuentes: auto registro, activación fisiológica y comportamiento motor. Paul concluyó la clara superioridad de la desensibilización y el mantenimiento de los resultados al cabo de dos años.

Kazdin (1986, citado en Sales, 2009) sintetiza las principales características de los estudios analógicos. Los pacientes eran estudiantes universitarios que recibían algún incentivo para su participación y sus problemas eran específicos. Los terapeutas también eran estudiantes que estaban finalizando sus estudios, por lo que su experiencia profesional era reducida. Y los tratamientos eran estandarizados en relación al tipo de intervención, duración y cantidad de sesiones, para preservar la homogeneidad dentro de cada grupo experimental.

Pero como contrapartida, se comenzó a cuestionar estos resultados y su posibilidad de ser extrapolados al contexto clínico cotidiano (Kazdin, 1978, citado en Stiles, Shapiro & Elliot, 1986; Hersen et al., 1984). Al ser investigaciones cuyos procedimientos no podían aplicarse en la práctica clínica cotidiana y debido a que eran realizados en centros académicos, comenzó la brecha entre clínicos e investigadores, una división que perdura hasta la actualidad, y que será comentada en el final de este capítulo (Castonguay, Youn, Xiao, Muran & Barber, 2015; Fernández Álvarez, Gómez & García, 2015; Kazdin, 2008).

Otro hito importante de la década del 60´, fue la publicación del libro *The investigation of psychotherapy: Commentaries and readings* de Goldstein y Dean

(1966, citado en Hersen et al., 1984), en donde se realizó la distinción entre investigación de proceso y de resultado.

La primera línea apuntaba a conocer cómo funcionaba la psicoterapia y qué variables intervienen en el transcurso de la misma. Entre los fundamentos de investigar esta línea, los autores proponían: 1) Evidentemente la psicoterapia debía funcionar, entonces no tenía sentido estudiar el resultado sino qué terapeutas eran eficaces; 2) Para entender cómo funciona la psicoterapia se debían estudiar primero los elementos claves: variables del paciente, del terapeuta y de la relación terapéutica.

En tanto que la investigación de resultado apuntaba a la finalización, a conocer si la psicoterapia había logrado un cambio significativo. Estudiar el resultado tenía como desventajas el elevado costo y la dificultad en su diseño: selección de medidas de evaluación, criterios de inclusión / exclusión de los participantes, estandarización de la intervención, etc.

Por último, a nivel de instituciones científicas, en el año 1966 se crea la *Society for Psychotherapy Research* [SPR] en Chicago, dedicada a la investigación en psicoterapia (Beutler et al., 2004), la cual organiza eventos científicos desde el año 1970 hasta el presente (SPR, 2016).

1.1.4. Años 70´: Revisiones sistemáticas y meta análisis

Hersen et al. (1984) se refieren a la década del 70` como una época de muchos desarrollos interesantes. Y sintetizan los mismos en torno a diferentes temáticas: el auge de los estudios de caso; estudios comparativos sobre la eficacia de distintas modalidades terapéuticas; el intento por estandarizar medidas de evaluación de resultado; estudios comparativos de eficacia entre psicoterapia y farmacoterapia; investigaciones sobre los resultados negativos en terapia; y finalmente, la preocupación en torno a la rentabilidad de la psicoterapia como práctica de salud financiada con fondos públicos.

En primer lugar, la investigación de casos únicos se volvió muy popular utilizando el modelo *skinneriano* de análisis, siendo el modelo básico: línea base – intervención – evaluación. El método exigía repetidas mediciones para ir evaluando el curso del tratamiento, lo cual otorgaba una gran flexibilidad al investigador para ir ajustando su intervención, y a la vez podía ofrecerse como un potente paquete de técnicas a utilizar para los clínicos. Aunque los estudios de caso se convirtieron en una metodología sólida para investigar, su principal limitación radicaba en el escaso seguimiento que podía hacerse del paciente una vez concluido el tratamiento (Hersen et al., 1984; Kazdin, 1978).

A inicios de los 70´ se publican dos libros con el propósito de sintetizar los conocimientos existentes en materia de investigación en psicoterapia (Beutler et al., 2004).

El primero es *Research in psychotherapy* de Meltzoff y Kornreich (1970 citado en Beutler et al., 2004). Los autores resumieron el conocimiento existente en investigación en psicoterapia y llamaron la atención sobre la forma en que se estaba evaluando el proceso terapéutico, exclusivamente a través de los informes de los terapeutas.

Un año después, Bergin y Gardfield publican en el año 1971 la primera edición del *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, donde concluyen que la psicoterapia no sólo era efectiva, sino que aumentaba la probabilidad de cambio (Beutler et al., 2004; Fernández Álvarez, 2015). Dicho manual tuvo varias ediciones posteriores, las últimas dos estuvieron a cargo de Michael Lambert, siendo la edición más actual del año 2013. Este manual se ha convertido en un documento único que brinda una completa actualización, tanto a investigadores en psicoterapia como a psicoterapeutas, sobre la evidencia empírica en el tema (Valdés, 2014).

En 1975 aparece el libro de Sloane, Stapples, Cristol, Yorkston y Whipple (1975 citado en Beutler et al., 2004), titulado *Psychotherapy versus behavior change* donde realizaron el primer estudio comparativo controlado, con asignación aleatoria entre psicoanálisis y terapia conductual. Este estudio fue el primero en aplicar la metodología de investigación más popular hasta la actualidad para demostrar resultados en psicoterapia, los ensayos clínicos controlados (Sales, 2009). Los participantes presentaban problemas de ansiedad y trastornos de personalidad, y el tratamiento se extendió por un periodo de 4 meses (Hersen et al., 1984). Los pacientes fueron asignados a tratamientos y a observaciones directas tanto del proceso terapéutico, como a medidas de cambio sintomático, en lugar de basarse en los métodos habituales de informe de satisfacción realizados por pacientes y/o terapeutas (Sales, 2009). En esta investigación quienes aplicaron los tratamientos fueron terapeutas expertos de cada enfoque teórico, entre ellos Joseph Wolpe (Hersen et al., 1984).

Como resultado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos brindados por cada enfoque teórico. Sin embargo, pudo observarse que para pacientes con mayor grado de psicopatología la terapia conductual producía mejores resultados, mientras que los pacientes con un grado intermedio de psicopatología se beneficiaban de igual modo con ambos abordajes y de manera superior a los pacientes del grupo control (Hersen et al., 1984).

Algunas limitaciones de este estudio fueron: que el tratamiento se aplicó a pacientes con una amplia gama de diagnósticos psiquiátricos; y que las técnicas empleadas fueron muy diversas (desensibilización, entrenamiento asertivo, detención del pensamiento, etc.). Entonces la propuesta de Paul de responder qué tipo de tratamiento era adecuado para un tipo de paciente, no podía responderse (Hersen et al., 1984).

La investigación de Sloane et al. (1975 citado en Beutler et al., 2004) fue el prototipo de estudio de resultado con pacientes psiquiátricos a través de ensayos

clínicos, muy diferente a las investigaciones analógicas de los años 60`. Kazdin (1986, citado en Sales, 2009) propone que los estudios analógicos y ensayos clínicos, pueden ser clasificados en un continuum de cercanía a las condiciones clínicas reales, en cuanto a los siguientes criterios: naturaleza del problema tratado, perfil y forma de reclutamiento de los participantes, características de los terapeutas, selección del tratamiento (gravedad de la patología), expectativas del participante hacia el tratamiento, formato y contexto de las intervenciones (Hersen et al., 1984). Los estudios analógicos estarían situados en el extremo de semejanza mínima a la práctica real y los ensayos clínicos estarían en el extremo de semejanza elevada.

En el mismo año y con el auspicio del *National Institute of Mental Health* se publica *Psychotehrapy Change Measures* en un intento de proponer medidas estandarizadas para evaluar resultados en psicoterapia, escrito por Waskow y Parloff. Allí se proponía el uso de la *Core Battery*, un instrumento que evaluaba el cambio desde cuatro perspectivas diferentes: paciente, terapeuta, evaluadores independientes y otros significativos (Meltzoff, 1978).

Cuatro años después, Luborsky et al., (1975) publican *Comparative studies of psychotherapies. Is It True That Everyone Has Won and All Must Have Prizes?* retomando el postulado de Rosenwieg de 1936. Comienzan su artículo declarando que es un hecho afirmar que todas las psicoterapias producen algún tipo de beneficio en sus pacientes, pero aún no puede decirse si existen formas de terapia que funcionen mujer para ciertos pacientes.

Para intentar responder a este interrogante los autores realizaron una revisión sistemática de los estudios experimentales disponibles hasta el momento (aproximadamente 40), tomando diversos criterios de inclusión para clasificar de acuerdo a la rigurosidad metodológica empleada, algunos de ellos fueron: asignación controlada de los pacientes a cada grupo, participación de pacientes reales, tamaño adecuado de la muestra, similitud de competencias en los terapeutas, que se trabaje con al menos dos opciones de tratamiento diferentes pero con similar duración, evaluación por jueces independientes del resultado, etc. De este modo, la revisión era superior a las realizadas anteriormente. Los criterios que se propusieron para el análisis fueron: tratamiento individual y grupal, psicoterapias de tiempo limitado e ilimitado, psicoterapia centrada en el cliente en comparación con otras formas tradicionales de terapia, terapia conductual y psicoterapia, farmacoterapia y psicoterapia, en enfermedades psicosomáticas se comparó si era mejor la psicoterapia y el régimen médico por separado o en combinación, psicoterapia y grupos controles.

Entre las conclusiones se encontró que, si bien en su mayoría los pacientes mejoraban, no había diferencias significativas en los resultados entre las distintas formas de psicoterapia. Por lo que concluyen: "…Es tanto por esto como porque todas las psicoterapias producen un alto porcentaje de beneficios (…) que podemos alcanzar el veredicto del pájaro dodo (…), es usualmente cierto que todos ganaron

y todos merecen premios" (Luborsky et al., 1975, p. 1003, *la traducción me pertenece*).

No había diferencias en cuanto a variables del formato terapéutico como el hecho de ser individual o grupal, o en relación a la duración del mismo; tampoco se registraban diferencias cuando se comparaba la eficacia de diversas formas de terapia. Los resultados positivos se encontraron al mostrar el claro beneficio de los tratamientos combinados: psicoterapia más farmacoterapia y psicoterapia más régimen médico, que por separados; como también al comparar psicoterapia versus grupos controles, dejando atrás las conclusiones de Eysenck (1952) sobre la efectividad de la misma.

Los autores refieren las dificultades metodológicas de muchos de los estudios revisados, sin embargo, las conclusiones de sus resultados son explicadas con otro tipo de conjeturas. Argumentaba que podían existir elementos comunes a todas las formas de psicoterapia que influían en el supuesto empate, algo que había sido desarrollado por otros autores (Bergin, 1963; Frank, 1965 citado en Luborsky et al., 1975; Rosenzweig, 1936) Entre ellos la presencia de una relación de ayuda, donde las características del terapeuta (cualidades rogerianas) juegan un rol importante, como también la posibilidad de brindar explicaciones alternativas a sus problemas y una guía para el cambio de las conductas. Concluían su investigación diciendo: "Estos factores comunes de las psicoterapias pueden ser mucho más potentes que los específicos por lo que es erróneo agruparlos todos juntos en el sentido de otórgales el mismo peso" (Luborsky et al., 1975, p. 1006, *la traducción me pertenece*).

Esta investigación es destacada por presentar una revisión exhaustiva de los estudios controlados disponibles hasta el momento. Y además es un hito importante en la batalla que se dio entre los partidarios de factores comunes versus factores específicos en psicoterapia (Beutler et al., 2004). Omer & Dar, (1992, citado en Wampold et al., 1997) sostienen que fue quizás la metáfora del *Dodo Bird*, que, al sostener la idea de una carrera, lo que volvió a la investigación en psicoterapia intensamente pragmática, diseñada para detectar ganadores y perdedores. Aunque según autores más recientes, en esta carrera que se inició para buscar ganadores no todos participaron, ya que muchos enfoques no fueron adecuadamente evaluados en su eficacia (Martínez-Nuñez et al., 2011; Wampold et al., 1997).

También durante la década del 70´ comenzaron a aparecer tratamientos específicos para diferentes patologías en la forma de manuales de intervención, que incluían esquemas generales de cómo debía ser el tratamiento, objetivos, duración y relación terapéutica. Las revisiones mostrarían la eficacia de determinadas intervenciones para ciertas patologías (Hersen et al., 1984).

En 1977 Smith & Glass realizaron un meta análisis de los estudios de resultados disponibles hasta el momento. En palabras de Glass un meta análisis puede definirse como "la integración de investigación a través del análisis estadístico de los análisis de estudios individuales" (Glass, 1976, citado en Smith

& Glass, 1977, p. 752, *la traducción me pertenece*). Los meta-análisis utilizan un estadístico propio que es el tamaño del efecto, el cual es definido como:

> …la diferencia media entre los sujetos experimentales y controles divididos por la desviación estándar del grupo control (…) Entonces, un tamaño del efecto de +1 indica que una persona que se encuentra en la media del grupo control sería esperable que alcance el percentil 84 del grupo control después del tratamiento (Smith & Glass, 1977, p. 753, *la traducción me pertenece*).

En total se revisaron 375 estudios, donde el criterio de exclusión no fue tan estricto como las revisiones anteriores (Bergin & Lambert, 1971, citado en Smith & Glass, 1977; Luborsky et al., 1975) y se incluyeron además resultados de investigaciones analógicas. Como criterio de inclusión se consideró que fueran estudios controlados donde al menos existiera un grupo control y experimental, o bien dos grupos experimentales.

Entre los resultados era claro el beneficio positivo que se obtenía de los tratamientos estudiados, aproximadamente el 80 % de los pacientes tratados mejoraban. Pero al igual que la revisión de Luborsky et al. (1975), tampoco pudieron encontrarse diferencias significativas entre las diversas escuelas de psicoterapia, no podía entonces afirmarse la superioridad de una forma de psicoterapia sobre las demás, alentando nuevamente las investigaciones en la dirección del *dodo bird* (citado en Feixas & Botella, 2004).

Un año después, Bergin y Lambert (1978 citado en Beutler et al., 2004) publicaron la segunda edición del *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change.* Allí analizaron los estudios de resultados realizados entre los años 1953 y 1969, donde encontraron que por lo general en los clientes se producía un cambio alrededor de los 2 meses de comenzar con la terapia, en comparación con grupos de espera que llevaban hasta 2 años. Además, reportaron que sólo en un 43 % de los casos se producía remisión espontánea, aunque consideraban cuestionable la aplicación de este concepto en psicoterapia debido a que mientras las personas se encuentran en lista de espera, también tienden a buscar formas alternativas de ayuda (Lambert, 1976), algo que Bergin (1963) ya había señalado anteriormente en 1963 (citado en Hill & Corbett, 1993).

Para ese entonces, existía un consenso en la literatura sobre la efectividad de psicoterapia, así como también de la existencia de factores comunes a todas las terapias, por ello la etapa siguiente fue intentar demostrar qué producía el cambio y si existía una eficacia diferencial entre las formas de psicoterapia (Fernández Álvarez & Opazo Castro, 2004; Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986; Sales, 2009).

Un último punto que se destaca en la revisión histórica de Hersen et al. (1984) de la década del 70´, es la relación de la práctica de la psicoterapia con cuestiones económicas, es decir, la psicoterapia como práctica de salud incluida en las compañías aseguradoras. En los años 70´se dio una amplia difusión de la psicoterapia, por lo que muchas personas comenzaron a utilizar este servicio y las

compañías debían decidir qué tipo de prácticas iban a costear y por cuánto tiempo. Y es allí cuando la investigación en psicoterapia entra en juego, ya que los tratamientos que serían financiados debían tener evidencias de su eficacia.

Es diferente la situación cuando un individuo particular utiliza este servicio costeado por sus propios medios, a cuando una compañía aseguradora debe decidir qué tipo de tratamientos psicológicos va a subsidiar y administrado por quién, más aún cuando las situaciones económicas sean complicadas (Parloff, 1979).

A su vez, dicho autor llama la atención sobre la discrepancia que existe entre los lugares en dónde se realizan las investigaciones (instituciones académicas, laboratorios) y donde se atienden a la mayoría de los pacientes (clínicas privadas, hospitales generales y consultorios particulares). Esto podría explicar la brecha entre clínicos e investigadores.

Parloff (1979) también proponía que los resultados obtenidos en los estudios analógicos deberían ser replicados en ensayos clínicos (*clinical trials*), es decir en contextos terapéuticos reales (Kazdin, 1978b, citado en Stiles et al., 1986).

1.1.5. Años 80: Estudios multicéntricos y debates en torno a factores específicos versus inespecíficos.

Es complejo intentar resumir en un subtítulo cuál fue la temática de esta década. Ya existía en la literatura un consenso sobre la eficacia de la psicoterapia, entonces las principales obras de la década tuvieron entre sus objetivos: continuar el debate en torno a factores específicos o inespecíficos, la realización del primer gran estudio multicéntrico sobre la efectividad de la psicoterapia, y la revisión de investigaciones para intentar establecer si existe un patrón de cambio consistente.

En 1980 Rachman y Wilson (1980) en el libro *The effects of psychological therapy*, postularían la efectividad de las terapias conductuales en comparación con las terapias no conductuales (citado en Wampold et al., 1997), lo cual reeditó la temprana comparación realizada por Eysenck entre terapias conductuales y psicodinámicas, y propuso que los investigadores en psicoterapia se dividían en dos grandes grupos: los partidarios de los factores comunes y quienes eran partidarios del valor de técnicas específicas, generalmente conductuales. Dichos grupos fueron representados respectivamente por los académicos y los clínicos, distinción que hasta el día de hoy existe tal como fue mencionado anteriormente (citado en Beutler et al., 2004).

Seis años después, la polémica en torno a este tema continúa en el ensayo publicado por Stiles et al., (1986) titulado: *Are all psychotherapies equivalent*?; donde revisan la evidencia disponible hasta el momento para intentar responder al interrogante del *dodo bird*. Sintetizan que las posturas en relación a la paradoja de equivalencia de resultados a pesar de las diferencias de contenido, se pueden

agrupar en tres grandes grupos: cuestionamientos metodológicos, búsqueda de factores comunes y propuestas meta teóricas de integración.

En primer lugar, meta análisis posteriores al de Smith & Glass (1977) encontrarían resultados significativos en favor de terapias cognitivas conductuales por sobre las terapias dinámicas y humanísticas. Sin embargo, diversas investigaciones demostraban cómo la adherencia de los investigadores a un determinado enfoque teórico estaba relacionada con los resultados favoreciendo el mismo.

Otra alternativa, proviene del paradigma de la matriz. Este postulado está basado en los aportes de la década del 60´ de Kiesler (1966) al hablar del mito de la uniformidad y especialmente en el escrito de Paul (1967a) al reflexionar que en la investigación en psicoterapia se debían considerar variables del paciente, terapeuta, tratamiento y contexto. Entonces, la explicación de la paradoja se debía a que los resultados no estaban focalizados en estas variables, sino que se presentaban de forma general, mostrando el efecto promedio (algo similar a la explicación de Bergin de 1963 sobre los resultados negativos). Así, la máxima eficacia se podría responder cuándo se atienda a la pregunta formulada por Paul (1967a) anteriormente citada. Por ello se intentó seguir este modelo de investigación tomando ciertos recaudos metodológicos: los sujetos eran seleccionados rigurosamente utilizando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; la conformación de los grupos se realizaba aleatoriamente; los tratamientos fueron protocolizados, basados en los manuales de intervención que existían desde 1976 e incluso se evaluaba la adherencia de los terapeutas a los tratamientos manualizados; para controlar la posible variable del efecto del terapeuta sobre el resultado, se proponía que se trabaje con un mínimo de 10 terapeutas por intervención (o enfoque teórico) cuando se compare la efectividad de un tratamiento (Hill & Corbett, 1993; Sales, 2009). Sin embargo, era muy complejo poder diseñar una investigación que atendiera a todas estas variables y más aún poder replicar estos resultados en condiciones similares de intervención (Elkin et al., 1985).

Otro punto que se propuso como alternativa para explicar esta paradoja, cuestionaba las medidas que se utilizaban para evaluar los resultados, que era similar al modelo médico: ausencia de síntomas. A diferencia de la medicina, la normalidad en salud mental es un concepto heterogéneo que incluye múltiples perspectivas, no sólo la individual, sino también aspectos culturales. Hill y Gronsky (1984citado en Hill & Corbett, 1993)) criticaban que, en el afán de intentar considerarse científicos, los profesionales de la psicología adoptaron métodos de las ciencias médicas y que no eran necesariamente idóneos para la evaluación psicológica, cuyos supuestos incluían: lógica inductiva, causalidad lineal, diseños experimentales, análisis estadísticos complejos, muestras grandes y análisis del cambio en mediciones pre – post tratamiento. Las técnicas psicológicas administradas producían efectos específicos (dependiendo del abordaje terapéutico) más que una mejora global de la persona; además la medición del cambio debía realizarse desde múltiples medidas,

no sólo el auto reporte, sino también desde la perspectiva del profesional y otros significativos (Strupp & Hadley, 1977, citado en Stiles et al. 1986). También se recomendaba atender no sólo a la significancia estadística de los resultados, sino también la inclusión de la significancia clínica del resultado (Jacobson, Follete & Revenstorf, 1984).

Las explicaciones antes aportadas (nuevos meta análisis, paradigma de la matriz y medidas holísticas de resultado), iban en la línea de que el veredicto del *dodo bird* era incorrecto por algún error metodológico. Sin embargo, otra postura teórica consideraba que el empate de eficacia entre las distintas formas de psicoterapia se debía a la existencia de factores comunes a todas ellas, a pesar de las supuestas diferencias teóricas (Stiles et al., 1986).

En primer lugar, estaba la figura del terapeuta donde la existencia de ciertas cualidades que eran comunes a todas las formas de psicoterapia podía explicar la paradoja de resultados. La investigación en esta línea se centraba en la calidez del profesional y en la posibilidad de ofrecer una visión alternativa de los problemas, como también en las cualidades rogerianas. Sin embargo, la evidencia disponible hasta el momento no arrojaba resultados certeros sobre el rol de las variables del terapeuta en el resultado, especialmente por la dificultad en operacionalizar estas variables para ser evaluadas. Y, además, investigaciones de proceso revelaban que evidentemente los terapeutas de diferentes enfoques se comportaban distinto entre ellos.

En segundo lugar, la investigación también se centró en el cliente. Existía un acuerdo en la importancia de su compromiso con la terapia, como también de sus expectativas. Pero al igual que el caso anterior, aún no podía demostrarse una asociación directa de estas variables del paciente con los resultados.

De la combinación de estudios sobre el terapeuta y el paciente, surgió paralelamente el estudio de la alianza terapéutica como factor común. Así, ciertos autores otorgaban un peso significativo en la misma en los resultados, aún mayor que las técnicas específicas. Para ese entonces ya existían inventarios para evaluar la misma, encontrando evidencias de su relación con el resultado terapéutico. Sin embargo, existían cuestionamientos, principalmente porque quizás se confundía resultados con beneficios prematuros del paciente, y en segundo lugar un cuestionamiento de tipo conceptual, ya que el constructo de alianza terapéutica englobaba aspectos del cliente y del terapeuta sin poder discriminar qué aportaba cada uno.

La tercera posición adoptada, no rechazaba ni aceptaba el veredicto del *dodo bird*, trataba de lograr una integración de ambas posturas. Son los modelos eclécticos como el de Beutler (Beutler et al., 2004), y la propuesta transteórica de Prochaska y colaboradores (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011), que buscaban integrar en un marco teórico común las intervenciones técnicas ya existentes. Para

aquella época estos modelos eran muy recientes por lo que no presentaban aún estudios de resultados.

A modo de síntesis y luego de exhaustiva revisión, los autores concluyen:

> A pesar de las dificultades, la búsqueda de respuestas para la pregunta de nuestro título no puede ser dada (…) Vemos razones para apelar el veredicto del Dodo en la nueva evidencia traída por varias de las soluciones propuestas, pero cada una es actualmente balanceada por suficientes incertidumbres para garantizar la reserva del juicio. Y estamos de acuerdo en que si todas las psicoterapias se basan en un fondo común de mecanismos de cambio, identificarlos y evaluarlos requerirá un análisis que es mucho más fino que la carrera juzgada por el Dodo (Stiles et al., 1986, p. 176, *la traducción me pertenece*).

Otro aspecto que permitió avanzar en la investigación en psicoterapia fue el desarrollo de guías metodológicas, que comenzaron en los años 1975 con el libro de Waskow y Parloff, y continuaron con publicaciones periódicas hasta el año 1992 donde se abordaron temáticas tales como: entrenamiento de jueces expertos, elección de instrumentos para evaluar el cambio, etc. Anteriormente, los profesionales que deseaban emprender una investigación debían confiar en el criterio de un guía con experiencia debido a que los procedimientos no estaban apropiadamente sistematizados (Hill & Corbett, 1993).

En otra dirección, y en el mismo año del artículo de Stiles et al (1986), Michael Lambert (1986, citado en Lambert & Barley, 2001) indagó la contribución de diferentes factores en el resultado en psicoterapia. Para ello analizó más de 100 estudios que informaban a través de análisis estadísticos, cuál eran los predictores del cambio. Luego se promedió el efecto de cada predictor hacia el resultado final. Así encontró que el mayor porcentaje era producto del cambio extra terapéutico (40 %), seguido de factores comunes (30 %), y en igual proporción representado por técnicas terapéuticas (15 %) y el efecto placebo (15 %). Este resultado indicaría que la mayor contribución al resultado de la psicoterapia es del cliente, por lo que la psicoterapia no sería un tratamiento que un técnico experto administra a un paciente pasivo, sino una forma de relación que se le ofrece al cliente para que éste cambie (Feixas & Botella, 2004).

Por otro lado, en 1985 el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. lanza el *NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program*. Se trató del primer estudio multicéntrico de los distintos modelos psicoterapéuticos a cargo de Elkin et al. (1985), considerado el estudio experimental más costoso y exhaustivo de la investigación en psicoterapia (Wampold et al., 1997). Del estudio participaron tres instituciones, con veinte pacientes cada uno diagnosticados con depresión. Aleatoriamente los mismos fueron asignados a cuatro modalidades de tratamiento: terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, farmacoterapia y

grupo placebo. Para controlar la influencia de la variable del terapeuta, los profesionales fueron entrenados en un protocolo específico de aplicación de cada terapia. En total participaron 240 pacientes y alrededor de 30 terapeutas. Esta iniciativa introdujo formalmente el uso de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y de tratamientos manualizados, como método estándar de investigación para evaluar la efectividad y especificidad de los tratamientos (Beutler et al., 2004; Seligman, 1995).

En 1989 se publican los primeros resultados de este estudio, donde se encontró que los efectos de la psicoterapia y farmacoterapia eran similares y ambos favorables, en comparación con el uso de placebo y el apoyo emocional. Se puede afirmar que esta investigación terminó reforzando el veredicto del *dodo bird,* y a la vez cuestionó a los ECA como modelo de investigación, lo cual derivó en la combinación de paradigmas de investigación naturales y controlados (Beutler et al., 2004).

Otra investigación importante de la época fue la publicación en 1986 de Howard et al., donde analizaron a través de un meta análisis, la relación existente entre la cantidad de sesiones de psicoterapia y los beneficios para el paciente. Los autores analizaron 2431 casos de investigaciones publicadas durante 30 años, constituyendo una muestra bastante heterogénea en relación a: tipo de pacientes (edad y diagnóstico), tipo de terapeutas, enfoque teórico, contexto de tratamiento y medidas de evaluación de resultados. A pesar de esta variedad, se detectó un patrón de cambio: entre el 10 y 18 % de los pacientes en psicoterapia mejoraban después de la primera sesión, entre el 48 y 58 % a partir de la 8° sesión, y el 75 % después de seis meses con sesiones de terapia semanales.

Los autores proponen que, en la investigación en psicoterapia, se considere como paciente tratado (o para ser incluido en el grupo experimental) a aquel que supere el mínimo de 6 sesiones, de lo contrario que se lo excluya de dicho grupo.

También se pudo comprobar que en al menos el 15 % de los pacientes se observaba un proceso de remisión espontánea, antes de la primera sesión. Es decir, que el hecho de haber solicitado atención psicológica y concretar una fecha para la consulta producía cierta sensación de alivio.

Finalmente, Howard et al. (1986) concluyen acerca de la utilidad de estos resultados para establecer ciertas guías de tratamiento, referidas a la duración de los mismos, especialmente cuando la psicoterapia está mediada por empresas aseguradoras de salud. En los estudios posteriores se debe prestar mayor atención a las características de los pacientes y a las medidas de resultado para establecer con mayor certeza los beneficios de cada tratamiento.

1.1.6. Década del 90´: Los tratamientos empíricamente validados

A partir de la década de 1990, en EE.UU. comenzó a gestionarse la implementación de un plan nacional de salud mental, pero previo a ello se debían conocer cuáles eran los tratamientos efectivos para cada trastorno mental para determinar qué tipo de terapias se iban a costear con dicho plan. De lo contrario, si la decisión no estaba basada en criterios de eficacia, se determinaría por otros criterios inexactos, por ejemplo, económicos (Sales, 2009). Por otro lado, también surgió la necesidad de establecer listas de tratamientos eficaces por dos motivos: a nivel jurídico, para regular casos de mala praxis donde los profesionales no apliquen tratamientos con base científica; y, en segundo lugar, debido a la proliferación de enfoques terapéuticos, que postulaban una supuesta eficacia (Martínez-Nuñez et al., 2011).

Es así que, en el año 1992, la Sociedad de Psicología Clínica de la APA propone la creación de un grupo de trabajo para la identificación y difusión de tratamientos validados empíricamente con tres grandes objetivos (Martínez-Nuñez et al., 2011):

> Definir qué criterios deberían ser usados para evaluar las evidencias científicas de los efectos del tratamiento psicoterapéutico.
> Revisar la literatura de investigación sobre el tratamiento psicológico, con el objetivo de, aplicando dichos criterios de evaluación, identificar los Tratamientos con Apoyo Empírico (*Empirically Supported Treatments* –EST).
> Asegurar medios para que la información sobre los EST llegase no sólo a entidades externas -la clase política, directores y gestores de los sistemas de salud y de seguridad social, el público en general - sino también a los terapeutas para que su práctica clínica fuera orientada, a semejanza de lo que acontece en la medicina, por las evidencias empíricas derivadas de la investigación (Sales, 2009, p. 392).

Otro motivo estuvo relacionado con el avance de la psiquiatría "si la psicología clínica [piensa] sobrevivir en este apogeo de la psiquiatría biológica, [la] APA debe actuar para enfatizar las fortalezas de lo que tenemos para ofrecer, una variedad de psicoterapias de eficacia comprobada" (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995, p. 203, *la traducción me pertenece*).

El primer informe se publica en el año 1995 por dicho grupo de trabajo: *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (citado en Chambless et al., 1996). Allí se los llamaba *Empirically Validated Treatments* (tratamientos empíricamente validados), pero luego se modificó la denominación a *Empirically Supported Treatments* (tratamientos con evidencia empírica), ya que el primer término sugería que la investigación sobre un tratamiento estaba concluida. Según Chambless & Hollon (1998) un EST es "un tratamiento psicológico claramente especificado que muestra su eficacia en investigaciones controladas con

una población específica" (p. 7, *la traducción me pertenece*). En dicho informe, se mencionaban los criterios que debían cumplir los mismos, para ser clasificados como tratamientos bien establecidos o tratamientos posiblemente eficaces.

En el primer caso, debían poseer al menos dos estudios de grupos experimentales que demostraran la eficacia de una modalidad terapéutica, o al menos nueve estudios de caso experimentales. A su vez se recomendaba que estos experimentos se realicen siguiendo un manual de tratamiento, que se especifiquen las características de los clientes, y que los efectos sean demostrados por al menos dos investigadores diferentes.

Mientras que para que un tratamiento sea considerado como probablemente eficaz, necesita: dos estudios experimentales que muestren la superioridad del mismo sobre pacientes en lista de espera, o estudios de casos experimentales (menos de 9 publicados).

Un año después, los autores de dicho grupo de trabajo, publican un artículo (no ya como miembros del *Task Force*), sino con sus propios nombres donde realizan un listado de los tratamientos que cumplirían con los requisitos antes expuestos (Chambless et al., 1996). Debido a las críticas e interpretaciones erróneas que surgieron de dicho informe (Beutler et al., 2004; Chambless et al., 1998), se realizaron algunas aclaraciones:

- El listado de tratamientos incluidos no es definitivo y tampoco debe usarse para tomar decisiones en el ámbito económico. Que un tratamiento esté ausente no significa que no sea efectivo, sino que no hay estudios científicos publicados que reúnan los criterios pautados.
- El listado tampoco sustituye el juicio clínico del profesional, él mismo debe considerar dada la particular del caso si el tratamiento recomendado es el más adecuado. Se sugiere que se investigue más sobre las variables del paciente que influyen, hasta el momento se consideraba como más importante la resistencia o reactancia.
- Se explica detalladamente el procedimiento mediante el cual se incluye a un tratamiento en el listado.
- Aclara también, que el foco está puesto en la eficacia y no en la efectividad. El primero término implica la demostración del beneficio para un paciente en situaciones controladas, mientras que la efectividad incluye la posibilidad de que los estudios de eficacia se puedan trasladar a situaciones naturales.

Los aspectos más importantes de los ECAs eran (Chambless & Hollon, 1998; Seligman, 1995):

- Tipo de diseño: Ensayos clínicos aleatorizados o estudios de caso experimentales. El diseño más común de ECA incluye cuatro modalidades: intervención farmacológica, placebo, tratamiento psicológico y farmacoterapia, tratamiento psicológico y placebo. Es muy importante la replicación de resultados por equipos independientes

de investigación. También que en los estudios exista un grupo control que no reciba el tratamiento a estudiar.

- Muestra: descripción detallada de acuerdo a un criterio diagnóstico de los participantes (una patología o problema específico similar en todo el grupo) y asignación aleatoria a cada grupo.
- Evaluación de resultados: Utilización de instrumentos psicométricos confiables, y se recomienda también no solamente una evaluación sintomática, sino de funcionamiento general. No emplear únicamente medidas de auto reporte. La evaluación debía ser realizada por otros profesionales (no por quienes administraron el tratamiento), y no deben conocer en cuál grupo participó cada sujeto. En estos tratamientos no existe la evaluación doble ciego, porque terapeuta y paciente sí saben en qué tratamiento están participando (Cazabat, 2014; Seligman, 1995). El seguimiento de los sujetos es también importante, aunque no hay consenso acerca de cuánto tiempo es el mínimo considerado.
- Implementación de tratamientos manualizados: de lo contrario los estudios no se pueden replicar. También es importante evaluar si los terapeutas fueron adecuadamente entrenados, porque a veces la incorrecta aplicación de una intervención puede alterar el resultado (las sesiones eran filmadas para corroborar este aspecto). Sobre este último punto, los autores recalcan que no son los años de experiencia del terapeuta la variable central, sino su nivel de entrenamiento.
- Análisis de datos: Se utilicen las últimas herramientas estadísticas disponibles y se analice el tamaño del efecto.
- Estudios de caso experimentales: Existen dos tipos de diseños principales: modelo de línea base – intervención – evaluación (A – B – A); o modelos que utilizan múltiples medidas de línea base.
- Límites de la eficacia: Si bien los ECA tienen una adecuada validez interna, el problema radica en la validez externa de los resultados (Fernández Álvarez, 2015). Se ha criticado a los mismos, entre otros aspectos, porque los participantes representan a ciudadanos con un alto nivel educativo y cuya sintomatología es homogénea, a comparación de la complejidad sintomática que presentan los pacientes en contextos naturales. Se reflexiona sobre este punto en relación a la efectividad, la posibilidad de extrapolar estos resultados a contextos no controlados.

Los autores exponen en sus artículos (Chambless et al., 1996, 1998) un listado con 25 tratamientos eficaces organizados en forma de tabla con el tipo de problema a resolver, (por ejemplo, ansiedad y estrés), técnicas de intervención (p. ej., terapia cognitivo conductual para trastorno de pánico) y un estudio publicado donde se dé cuenta de su evidencia de eficacia. La mayoría de estos tratamientos eran conductuales y cognitivo conductuales. Finalmente, concluyen con la importancia ética de utilizar procedimientos científicos y de evaluar constantemente sus intervenciones, en el marco de la psicología como ciencia.

Paralelamente a los desarrollos en EE.UU. de la mano de investigadores de la APA, en el Reino Unido Roth y Fonagy (1996 citado en Beutler et al., 2004) publicaron el libro *What Works for whom?*, el estudio de un grupo de trabajo que fue financiado por el Servicio Ejecutivo de Salud Nacional del Departamento de Salud del Reino Unido. Entre sus conclusiones destacaban que algunos tratamientos eran superiores a otros. Estas investigaciones también se llevaron a cabo en países con organizaciones sanitarias disímiles como Canadá y Alemania (Kichic, 2004, Mustaca, 2004, citados en García, 2008).

A pesar de que en esta década hubo un auge importante de los tratamientos con evidencia empírica, también surgieron críticas y estudios que señalaban hallazgos en otra dirección. Los principales fueron los artículos de Seligman (1995) *The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study* y el artículo de Wampold et al. (1997) titulado *A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, All Must Have Prizes*.

Martin Seligman (1995), quien en 1998 sería presidente de la APA, comienza su artículo exponiendo las características de la psicoterapia en contextos naturales, para demostrar cuán distanciados están los ECA.

Las principales discrepancias giraban en torno a:

- Duración: Los ECA suelen rondar las 12 sesiones, mientras que en la psicoterapia no hay un límite pautado.
- Posibilidad de auto corrección: En los ECA únicamente se pone a prueba una técnica con un tratamiento manualizado, mientras que en psicoterapia si la técnica no funciona se puede modificar.
- Pacientes activos versus pasivos: En psicoterapia, un paciente suele activamente buscar a un profesional (por recomendación por ej.), y en los ECA se asume un rol pasivo.
- Complejidad diagnóstica de los pacientes en contextos naturales, en comparación con un diagnóstico central y único de los participantes de los ECA.
- Mejoramiento sintomático de los ECA versus un mejoramiento global que se busca en psicoterapia.

Seligman (1995) no discrepa en la visión científica de la psicoterapia, propone que la eficacia se evalúe de una forma alternativa, como por ejemplo a través de encuestas de opinión. El autor cita los hallazgos de una encuesta a gran escala que realizó la revista *Consumer Reports* (citado en Seligman, 1995), en el año 1994. En ella participaron un total de 2900 personas que habían acudido al menos una vez, a un profesional de salud mental. En lugar de emplear medidas de eficacia, se utilizaron otro tipo de evaluaciones que indagaban el grado de mejoría específica y global, como también el nivel de satisfacción de los usuarios.

Entre sus conclusiones menciona: los tratamientos generalmente funcionaban y sin diferencia entre las distintas formas de terapia, cuanto más larga era la psicoterapia mejor eran los resultados, y que no había diferencia en los resultados entre la psicoterapia sola o combinada con farmacoterapia. Por otro lado, también existían mejores resultados cuando los clientes tenían un rol activo en el

tratamiento que un rol pasivo (por ej., cuando fueron ellos quienes buscaron a un profesional y no cuando fueron derivados); al igual que cuando los tratamientos estaban condicionados por las empresas aseguradoras de salud (los resultados eran peores que al ser costeados de forma independiente).

El autor destaca las virtudes de este estudio. En primer lugar, debido al amplio número de sujetos que participaron, se trataría de la investigación más numerosa realizada sobre psicoterapia. Al tratarse de un estudio naturalístico, tiene la ventaja de poder retratar cómo funcionan los tratamientos hoy. Indaga además sobre el funcionamiento general de la persona, participan sujetos con múltiples problemas y se evalúa la significancia clínica. Sin embargo, considera que dicho estudio también presenta limitaciones metodológicas, pero que podrían mejorarse en futuras investigaciones.

Por otro lado, Wampold et al. (1997) comentan que el foco de los ECA y de las investigaciones que surgieron para validar los tratamientos con evidencia empírica, pusieron su atención en el estudio de los resultados, en lugar de evaluar el proceso, la teoría o los mecanismos psicológicos de cambio. Por ello, los autores se propusieron realizar un meta-análisis con criterios más exhaustivos que los hechos anteriormente. Incorporaron únicamente terapias auténticas (*bona fide psychotherapies*), cuyas características eran: ejecutadas por terapeutas entrenados, basadas en principios psicológicos, y explicitadas en manuales. Ya en el año 1996, Lambert y Bergin (citados en Wampold et al. 1997) en la cuarta edición del *Hanbook of Psychotherapy and Behavioral Change*, llamaban la atención de la escasez de diferencias en los resultados cuando se comparaban terapias auténticas.

Como resultado de dicho estudio, no se encontraron diferencias entre distintas formas de terapia. Sin embargo, los autores mencionan las limitaciones del mismo. Por ejemplo, si consideramos que para la época se reconocían alrededor de 250 formas de terapia, en los estudios que se incluyeron en el meta-análisis había una sobre representación de terapias conductuales y cognitivo conductuales.

Los autores llamaron la atención que al poner el foco en tratar de demostrar cuál tratamiento es eficaz, no se explica por qué lo es, es decir a través de qué mecanismo se produce el cambio. Dando lugar de este modo a la conjetura de que las psicoterapias no hacen algo específico, sino más bien combatir el grado de desmoralización con que llega un paciente, para que la expectativa de ayuda desarrolle un efecto curativo (Frank & Frank, 1991, citado en Beutler et al., 2004; Wampold et al., 1997).

1.1.7. Tendencias actuales en la investigación en psicoterapia

Los debates acerca de si eran las técnicas específicas o los factores comunes los responsables del cambio terapéutico, continuaría en la siguiente década (Beutler, 2000, 2002; Chambless, 2002; Lambert & Barley, 2001; Messer & Wampold, 2002; Wampold, 2001) y de hecho pueden encontrarse publicaciones actuales que abogan en la defensa de una de estas líneas (Campagne, 2014; Estrada Aranda, 2014; Wampold & Imel, 2015). Sin embargo, también surgieron modelos de psicoterapia que promovieron una integración de ambas corrientes, como el

modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1986, citado en Fernández Álvarez & Opazo Castro, 2004), la Selección Sistemática de Tratamientos y la Psicoterapia Prescriptiva (Beutler & Clarkin, 2000, citado en Fernández Álvarez & Opazo Castro, 2004), el modelo integrativo supraparadigmático de Opazo (2001); y también artículos que promueven la integración de factores específicos y factores comunes (Hofman & Barlow, 2014; Laska, Gurman & Wampold, 2014).

Beutler et al. (2004) haciendo un repaso hasta la década del 2000, comentan que los investigadores y clínicos en la historia de la investigación en psicoterapia, atravesaron cuatro grandes fases. La fase inicial estuvo signada por demostrar la eficacia de la psicoterapia más allá del placebo y los efectos de remisión, cuando Eysenck (1952) cuestionó severamente que las personas efectivamente mejoraran en psicoterapia. El segundo momento estuvo marcado por la investigación de resultados, cuál forma de terapia era más efectiva para diversos problemas y síntomas, no encontrando una clara superioridad. Esto llevó a la tercera fase, de indicación diferencial: "¿Cuál tratamiento, impartido por quién, es más efectivo para este individuo con este problema específico y bajo estas circunstancias?" (Paul, 1967 a, p. 111, *la traducción me pertenece*). Por último, ya conociendo técnicas de intervención para problemas específicos, la investigación en la cuarta fase se ha dedicado a responder cómo cambian los pacientes, cuáles son los principios responsables de los mejores resultados de tratamiento (Etchebarne, O´Connel & Roussos, 2008; Froján Parga, Montaño Fidalgo & Calero Elvira, 2006; Kazdin, 2007).

Para finalizar este apartado, se presentan algunas líneas de investigación actuales y perspectivas futuras. Norcross, Pfund y Prochaska (2013), realizaron a través de la metodología *Delphi*, una encuesta con setenta expertos en psicoterapia, sobre cuáles creen que serán los cambios en el futuro, qué se habrá incrementado y disminuido para el año 2022. Los autores consideran que, en primer lugar, serán los avances tecnológicos los que guiarán los cambios (como terapias *on line* y uso de recursos informáticos), en segundo lugar, aspectos económicos (buscando disminuir costos), y por último el desarrollo de prácticas basadas en evidencia.

Fernández Álvarez (2011, p. 73) refiere: "la investigación en psicoterapia alcanzó una etapa de madurez y hoy disponemos de abundantes datos e informes sobre los que es posible apoyar las decisiones clínicas con una sólida base científica". Por ello los nuevos desafíos ya no están relacionados con la demostración de la eficacia de la misma (APA, 2012), incluso hasta sabemos que hay tratamientos potencialmente dañinos (Lilienfeld, 2007); sino que los nuevos desafíos se vinculan con las aplicaciones específicas y con la eficiencia: relación costo – beneficio. Especialmente porque la psicoterapia en una gran proporción es administrada a través de lo que se conoce como terceras partes (sistemas públicos o privados de salud) que operan como mediadores entre las necesidades de los pacientes y la oferta de los terapeutas. Si bien, estas terceras partes colaboraron ampliamente en la difusión de la disciplina en la comunidad y por ende permitió enriquecer el campo de trabajo para los profesionales, también imponen ciertas restricciones sobre los cuales debe ajustarse la alianza de trabajo: duración de los tratamientos, frecuencia de sesiones, selección de situaciones clínicas admitidas (Fernández Álvarez, 2011). De acuerdo a Norcross et al. (2013) se cree que en el futuro las terceras partes sólo financiaran tratamientos basados en evidencia.

Uno de los primeros puntos a desarrollar en un futuro será el mayor hincapié en abordajes grupales de intervención. La evidencia señala una similitud a la hora de considerar la eficacia en comparación con dispositivos individuales, pero mayor estabilidad en sus resultados (Holdsworth et al., 2014). Existe una importante diferencia en los costos cuando la psicoterapia es mediada por las terceras partes (Sánchez-Bahillo et al., 2014). Por ello un desafío será una mayor capacitación de los terapeutas en abordajes grupales (Fernández Álvarez, 2011), aunque otros autores discrepen sobre el incremento de este tipo de dispositivo en el futuro (Norcross et al., 2013).

En este sentido, se menciona el caso del Protocolo Unificado (Barlow, Allen & Choate, 2004, citado en Fernández Álvarez, 2011). Es un dispositivo de abordaje grupal, estructurado destinado a combatir la afectividad negativa. Se compone de psicoeducación, reevaluación de cogniciones emocionales, prevención de evitación emocional, exposición – abordaje de estímulos de elicitación emocional, prevención de recaídas. El mismo se realiza en un plazo de diez sesiones.

Si hay algo que puede reprocharse a la etapa anterior de desarrollo de tratamientos con evidencia empírica, es su excesiva focalización que dio lugar a un tratamiento por patología o síntoma, derivando en la demanda de hiper especialización para el profesional (Beutler et al., 2016). Es por ello que este Protocolo Unificado plantea un único manual de abordaje general y de aplicación grupal.

Este método terapéutico común para situaciones clínicas, se sustenta en la idea de que existen dimensiones funcionales que subyacen a las entidades diagnósticas. Diversos estudios demuestran la presencia de variables básicas comunes en una pluralidad de diagnósticos, por eso se los denominada abordajes transdiagnósticos (Belloch, 2012; Sandín, 2012; Sandín, Chorot & Valiente, 2012). Hoy sabemos que diferentes funciones ejecutivas, como la atención, memoria, planificación, control inhibitorio, están de alguna forma hiper o hipo activadas en determinados problemas psicopatológicos (Harvey, Watkins, Mansell & Safran, 2004, citado en Fernández Álvarez, 2011). Entonces, desde el año 2008 ya se comenzaron a publicar meta análisis sobre los resultados de equipos de investigación que aplicaron abordajes grupales transdiagnósticos, dando buenas pruebas de su eficacia (Norton & Philip, 2008, citado en Fernández Álvarez, 2011).

Estas propuestas ponen de manifiesto que el sistema nosológico actual categorial, “es un artificio que ha tenido mucha utilidad clínica pero que describe inadecuadamente las propiedades básicas de los fenómenos psicopatológicos” (Fernández Álvarez, 2011, p. 287). Y, en segundo lugar, es necesario volver a vincular la psicoterapia y psicopatología, hacia modelos que incluyan la investigación en procesos psicológicos básicos (Balbi & Roussos, 2015; Barsaglini, Sartori, Benetti, Petterson-Yeo & Mechelli, 2014).

Otro punto importante es la aparición de nuevos recursos tecnológicos, señalado como el factor más influyente en el futuro de la psicoterapia (Norcross et al., 2013). Esto permitió dos grandes avances: 1) desarrollos de terapias *on line*, especialmente útiles en condiciones de distancia y aislamiento (Thomas, Lee & Ess, 2015); 2) el uso de realidad virtual y realidad aumentada, para el abordaje de

situaciones clínicas, donde se pueden recrear escenarios asociados a situaciones traumáticas (Kuester, Niemayer & Knaevelsrud, 2016).

Luego de la aparición de listados de tratamientos eficaces, se han desarrollado guías de aplicación clínica que brindan protocolos de acción para determinadas patologías, como las Guías para Salud Mental producidas por el centro especializado del N.I.C.E. (*National Institute for Health and Clinical Excellence*), en asociación con las organizaciones profesionales de psiquiatras y psicólogos del Reino Unidos. De este modo, en algunos países la investigación científica en psicología juega un papel importante en las políticas públicas en salud (Fernández Álvarez, 2015).

Pero más allá de estas guías, la realidad es que no se sabe qué impacto tienen en la práctica profesional. Porque a pesar de todos los progresos que se han hecho, aún perdura la brecha entre clínicos e investigadores. Entre las razones principales, parece que los clínicos aparentemente confían más en su intuición como método de trabajo en lugar de la evidencia científica (Becker, Smith & Jensen-Doss, 2013; Fabrissin, Garay, Keegan, Sarudiansky & Korman, 2014; Forbat, Black & Dulgar, 2014; Gaudiano, Brown & Miller, 2011; Gyani, Shafran, Myles & Rose, 2014; Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin, & Latzman, 2013; Tasca et al., 2015). Sin embargo, también existen distintos grupos de trabajo en conjunto entre clínicos e investigadores (Castonguay et al., 2015; Fernández Álvarez et al., 2015; Goldfried et al., 2014; Taubner, Klasen & Munder, 2014).

A modo de cierre, puede decirse que el gran volumen de investigación disponible plantea muchas ventajas a la comunidad de psicólogos, pero también un gran desafío: mantenerse actualizado. Fernández Álvarez (2015) expone:

> Los terapeutas, al día de hoy, tienen la responsabilidad de conocer estos datos y recurrir a los de mejor calidad comprobada. No deberían desconocer la existencia de los mismos, ni continuar aplicando abordajes terapéuticos de menor calidad. El conocimiento de esta información debería ser un requisito para la regulación del ejercicio profesional. Algo que lamentablemente todavía estamos lejos de que ocurra (p. 71).

1.2. Introducción al estudio de las variables del terapeuta

En el apartado anterior se realizó un recorrido histórico sobre los orígenes y perspectivas actuales de la investigación en psicoterapia, enfocado en temáticas como el resultado y la influencia de los actores implicados en el mismo. Ya sabiendo que la psicoterapia es eficaz, el siguiente apartado del marco teórico se aboca a brindar una introducción al estudio de la figura del terapeuta.

Opazo (1992, 2001) en su modelo integrativo supraparadigmático, postuló que el cambio en psicoterapia se produce por la acción de fuerzas de cambio específicas e inespecíficas. Las primeras, responderían estrictamente a variables técnicas (tipo de tratamiento empleado). Es lo que más se ha estudiado en relación al resultado, de allí la tradición de los tratamientos psicológicos eficaces. Mientras

que las variables inespecíficas también aportan en una dirección significativa hacia el cambio en psicoterapia, sólo que las complejidades metodológicas para aislarlas en los estudios de resultado, hace que sean denominadas como inespecíficas y se agrupan en variables del paciente, terapeuta y relación terapéutica (Francés, Sweeney & Clarkin, 1985; Garfield, 1981; Santibáñez et al., 2008; Winkler, Cáceres, Fernández & Sanhueza, 1989).

En cambio, la tradición de los factores comunes (iniciada formalmente por Frankl, 1961), identificó más detalladamente cuáles eran esos elementos compartidos por las diversas formas de psicoterapia y que explicarían el supuesto empate a nivel de eficacia, conocido como *Dodo Bird*. Allí se mencionaban aspectos que serían parte de las distintas variables inespecíficas, incluidas las del terapeuta (por ej., el compromiso del terapeuta en el proceso, cualidades rogerianas) (Lambert, 2013).

Es en ese marco de factores inespecíficos o comunes, de acuerdo a la postura de diferentes autores, que se engloba el estudio de las variables del terapeuta dentro de la psicoterapia.

Desde los inicios, en las diferentes escuelas de psicoterapia se enfatizaban las técnicas terapéuticas sobre la relación terapéutica siendo el terapeuta intercambiable de algún modo, porque se limitaba en su rol a la ejecución de ciertas intervenciones. Es decir, no se cuestionaba su influencia sobre los resultados (Nissen-Lie et al., 2013).

Garfield (1997) propone dos explicaciones que justifican el énfasis de la investigación en psicoterapia sobre los resultados, y no sobre el terapeuta.

La primera se debe al empeño teórico que caracterizó a las escuelas de psicología clásicas (como el psicoanálisis) y su interés en diferenciarse de las demás en su modo de concepción del psiquismo y del abordaje técnico. Esto hizo que ante la pluralidad creciente de enfoques teóricos (Karazu, 1986), se priorizara la evaluación de resultados, tratando de demostrar cuál forma de psicoterapia era mejor (Martínez-Nuñez et al., 2011).

La segunda explicación que ofrece pone el acento en la protección del terapeuta debido al carácter amenazante que implica evaluar al profesional, ya que realizar estudios sobre la eficacia de cierto psicólogo podría perjudicar a aquellos que resulten menos favorecidos en los estudios y, por ende, afectaría a su carrera profesional.

Hace unos años Lambert (2013) decía: “las contribuciones específicas del terapeuta al resultado en el cliente han sido una larga preocupación de la investigación en psicoterapia y son ampliamente aceptadas como importantes en la práctica clínica” (p. 196, *la traducción me pertenece*). El autor cita estudios significativos, donde se observó que las diferencias en los resultados se explicaban en parte, al terapeuta. A pesar del intento por controlar esta variable, a través del entrenamiento y monitoreo del profesional al aplicar un tratamiento manualizado, en muchos estudios las diferencias surgían de todos modos. Es por ello que se debe

evaluar también las variables de los terapeutas en los estudios de resultados, especialmente su habilidad y cualidades personales como empatía y flexibilidad.

Lambert (2013) concluye que quizás sea un error poner tanto énfasis en el estudio de las técnicas específicas a expensas de evaluar la persona del terapeuta y su interacción con la técnica, como también con las características del paciente. Los diseños de investigación deben enfocarse en la siguiente interacción: terapeuta – técnica – paciente. De este modo, se demostrará que una técnica puede ser eficaz dependiendo del tipo de terapeuta y paciente. Y agrega, que, así como existen tratamientos con apoyo empírico, deberían investigarse a los terapeutas empíricamente eficaces, ya que aparentemente y como ciertos estudios demuestran, existen terapeutas más eficaces que otros (Baldwin & Imel, 2013; Okiishi, Lambert, Nielsen & Ogles, 2003).

Hoy existe un consenso en que los programas de entrenamiento en psicoterapia se asienten sobre tres pilares: conocimiento teórico, entrenamiento y práctica supervisada. Sin embargo, es poco lo que sabemos sobre los principios por los cuales las personas cambian, y cuáles son los factores del terapeuta que pueden influir en el mismo (García & Fernández Álvarez, 2007; Heinonen, 2014; Sánchez-Bahíllo et al., 2014).

En las ediciones anteriores del *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, uno de los manuales más importantes de psicoterapia (Valdés, 2014), las variables del terapeuta se agruparon en cuatro cuadrantes: 1) rasgos observables (como edad, sexo), 2) estados observables (ej.: entrenamiento y experiencia), 3) rasgos inferidos (ej.: estilo de personalidad, valores, actitudes, bienestar personal), 4) estados inferidos (ej.: relación terapéutica, adherencia a una técnica específica) (Beutler et al., 1994, 2004, citados en Baldwin & Imel, 2013). Los autores concluían que los resultados de los primeros tres cuadrantes no eran consistentes, pero que los del último sí. Es decir que la capacidad del terapeuta para establecer una alianza de trabajo y aplicar de modo eficaz una técnica específica, serían variables que indudablemente están relacionadas al resultado (Baldwin & Imel, 2013).

Una clasificación alternativa es dada por Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, (2004, citado en Heinonen, 2014). Los autores proponen distinguir entre variables del terapeuta pre-tratamiento o variables de proceso. Las primeras son las características pre existentes del profesional, como por ejemplo variables demográficas, personalidad, orientación teórica. Mientras que las llamadas variables de proceso, son todas las acciones y experiencias que se manifiestan en el terapeuta en el contexto de la psicoterapia, y en la interacción entre los participantes.

Anteriormente, y quizás aún hoy entre los terapeutas que no están familiarizados con el panorama de la investigación en psicoterapia, la forma de identificar a un terapeuta exitoso era por su experiencia clínica que los dotaba de cierto prestigio en la comunidad, asimilando que a mayor trayectoria mejor capacidad. Pero en realidad, la principal forma de saber si el terapeuta está siendo de algún modo eficaz es a través de la evaluación de resultados, en este caso desde

la perspectiva del paciente. Así surgieron diversas medidas de resultados, entre ellas el *Outcome Questionarie* (Lambert et al., 1996 citado en Margni, Molina, Sartori, Rebull & Vázquez, 2012), como uno de los más utilizados en diferentes países porque evalúa las diferencias que se van produciendo a nivel sintomático en el paciente con el transcurrir de las sesiones (Lambert, 2013).

Por ejemplo, Okiishi et al. (2003) calcularon el efecto del terapeuta utilizando dicho instrumento, en un estudio naturalístico a gran escala en el que participaron más de 1800 pacientes tratados por 91 terapeutas, durante un periodo promedio de 2,5 años. Como resultado encontraron diferencias significativas en los resultados, donde algunos terapeutas producían mejoras sintomáticas, mientras que otros tendían a mantener la estabilidad del paciente o podían empeorar.

Sin embargo, no se trata simplemente de medir sesión a sesión la evolución del paciente (que de por sí es bastante complejo), sino de comparar resultados: entre el mismo terapeuta con diferentes pacientes, y luego promediar los resultados de un terapeuta con los otros terapeutas. Entonces, la forma de saber si tanto la variable del terapeuta y las dimensiones que lo integran, son de algún modo indicadores de buenos resultados, es estableciendo relaciones estadísticas entre las mismas. Es decir, por ejemplo, si una variable x (como el sexo del terapeuta) está relacionada a cierto porcentaje de éxito terapéutico. Heinonen (2014) agrega a esta pregunta, que estas cualidades del terapeuta son beneficiosas dependiendo del dispositivo y duración de la terapia. Por ejemplo, Heinonen, Lindfors, Laaksonen & Knekt (2012) encontraron que, en terapias de duración breves, los terapeutas que eran activos, extravertidos y comprometidos lograban reducciones sintomáticas más veloces en sus pacientes en terapias de corta duración; y aquellos profesionales que se definían como más cautelosos y no intrusivos, obtenían mejores resultados en terapias de larga duración.

Es por ello que Baldwin & Imel (2013) expresan ante las complejidades metodológicas de esta área de estudios, que “la literatura sobre los efectos del terapeuta es pequeña y está en muchas formas en su infancia, especialmente en comparación con la literatura sobre los tratamientos específicos” (p. 260, *la traducción me pertenece*).

Otra forma de saber si una variable del terapeuta es de algún modo eficaz, es indagando de forma indirecta este problema, es decir, sabiendo que la alianza terapéutica es un predictor del resultado se intenta conocer qué variables del terapeuta están relacionadas a la misma (Corbella & Botella, 2004 citado en Corbella et al., 2009 a; Heinonen, 2014).

Baldwin & Imel (2013) realizaron un meta-análisis para indagar el efecto del terapeuta sobre el resultado, medido de forma global (no por subdimensiones, como empatía, orientación teórica, entrenamiento, etc.). De cada estudio computaron el número de terapeutas, la cantidad de pacientes por terapeuta (y la patología de los pacientes), el tratamiento aplicado, resultados obtenidos y la comparación entre terapeutas. Y como medida del tamaño del efecto se calculó la correlación interclase, calculando la varianza del resultado asociada al terapeuta y

la varianza residual en el resultado. De este modo, este índice informa la proporción de la varianza del resultado que es producida por el terapeuta. En total se evaluaron 45 estudios experimentales.

Como resultado encontraron que alrededor del 5% de la varianza, se debía al efecto del terapeuta (en promedio, ya que había estudios que no reportaban efectos y otros que lo atribuían hasta en un 33 %). Y expresan que es buen número para la investigación en psicoterapia, prácticamente el mismo que se atribuye a la alianza terapéutica, aunque otros autores refieren porcentajes mayores (6 – 8 %) (Del Re et al., 2012; Horvath et al., 2011).

Sobre este punto, diversos autores señalan que es la alianza terapéutica el factor que mayor peso tiene sobre los resultados (Duncan et al., 2010; Norcross & Lambert, 2011), mientras que para otros es la persona del terapeuta el responsable de la mayor varianza del terapeuta (Nissen-Lie et al., 2013). Una tercera postura más integradora, podría ser que la variabilidad del terapeuta en construir y mantener la alianza (no la perspectiva del paciente, sino del profesional), es predictora de resultados (Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Del Re et al., 2012).

Un estudio reciente, encontró que, así como el terapeuta tiene un efecto significativo en la explicación de los resultados, también es en parte responsable del abandono terapéutico. Zimmermann (2014) realizó una investigación a gran escala en un contexto naturalísta donde participaron más de 1000 pacientes, tratados por 58 terapeutas. Los análisis arrojaron que la tasa de abandono era en promedio de 33 %. El autor concluye que un factor importante relacionado al abandono, estaría dado por la percepción de incompetencia o carencia de empatía que el paciente se forma de manera temprana sobre el terapeuta.

Otro punto importante, es que más allá del efecto global del terapeuta, en los diversos estudios se encontró una amplia variabilidad dentro del mismo terapeuta (Baldwin & Imel, 2013). Por ejemplo, en el estudio de Okiishi et al. (2003) se observaba que aun los mejores terapeutas (el 10 % que obtuvo los resultados superiores), también registraban pacientes con distintos resultados, siendo la mitad de ellos sin cambios significativos. Entonces, Baldwin & Imel (2013) proponen que no sólo debe estudiarse por qué algunos terapeutas son mejores que otros, en términos de habilidades, rasgos y cualidades (Heinonen, 2014), sino también por qué tienden a obtener resultados diferenciales. A pesar de que la psicoterapia involucra escasos recursos tecnológicos (mayormente diálogo y técnicas conductuales), los mecanismos por los cuales sucede el cambio son bastante complejos y aún se debate cuáles son y cómo influyen. Y en ese conjunto de procedimientos que engloba la psicoterapia, es difícil intentar aislar variables como la figura del terapeuta, ya que la mayoría de los estudios de resultados fueron diseñados para intentar neutralizar su influencia.

Baldwin & Imel (2013) proponen una alternativa que es trabajar con pacientes estandarizados. Ya que la complejidad metodológica surge muchas veces al comparar en los meta-análisis a pacientes con diferentes diagnósticos y grados de severidad, por lo tanto, no se puede saber si determinados terapeutas debieron

lidiar con pacientes de mayor complejidad. Entonces, se podría trabajar con actores entrenados como pacientes, algo similar a lo que se intentó hacer en *Three Approaches to Psychotherapy*, cuando una mujer llamada Gloria tuvo entrevistas con Carl Rogers, Fritz Perls, y Albert Ellis (Shostrom, 1965). O bien realizar estudios sobre pacientes con características específicas, acerca de las habilidades necesarias del terapeuta relacionadas con el resultado, como por ejemplo en pacientes con fatiga crónica (Cella, Stahl, Reme & Chalder, 2011).

Por otro lado, también se da indagado no sólo el rol de las variables profesionales del terapeuta, sino también aspectos de su personalidad.

Por ejemplo, Heinonen (2014) menciona investigaciones donde patrones de apego desadaptativos tempranos del terapeuta influyen negativamente sobre la medida de alianza reportada por el profesional, pero no así con la evaluación de alianza reportada por el paciente.

Un estudio reciente (Sánchez-Bahíllo et al., 2014) se propuso hacer una revisión sistemática sobre las variables demográficas y profesionales del terapeuta que pueden influir en el resultado, en dispositivos de terapia no individuales (pareja, grupos y familia). Como resultado se encontró que la evidencia es contradictoria sobre el efecto de la edad, raza y sexo, pero sí existe consenso sobre la importancia de la igualdad étnica para el resultado especialmente en terapias familiares para adolescentes con adicciones, en algunas minoridades étnicas. Se cree que compartir el mismo bagaje cultural es un elemento importante, y también lo es el desarrollo de competencias multiculturales. Sobre este punto, Bagladi (2010) expresa que es más bien en la interacción de variables del terapeuta y cliente que se producen los resultados significativos, más que por actuar de forma separada, apoyando de esta forma la idea de que una variable del terapeuta, en combinación con otra del paciente, son potenciadores de cambio.

Mientras que, en relación a variables profesionales, el entrenamiento es definitivamente una variable que influye positivamente (Corbella & Botella, 2004). En cambio, es más complejo identificar el rol que desempeña la experiencia del terapeuta, se cree que la misma ayuda al terapeuta en su capacidad empática, lo cual mejora la alianza terapéutica y por ende el resultado (Sánchez-Bahíllo et al., 2014). Aunque también existen diferentes acepciones de lo que implica experiencia (Castañeiras, García, Lo Bianco & Fernández Álvarez, 2006a).

En síntesis, los autores expresan: “la investigación futura necesita considerar la enorme complejidad de la persona del terapeuta y la multiplicidad de aspectos que éste trae a la terapia con un impacto potencial sobre el resultado (personalidad, educación, terapia personal, etc.)” (Sánchez-Bahíllo et al., 2014, p. 154, *la traducción me pertenece*).

En relación a este punto, Heinonen (2014) comenta que tanto las características de personalidad, como las variables del profesional tienen influencia sobre los resultados. Y esto se debe a que la naturaleza misma de la psicoterapia

puede entenderse como una actividad conducida por un experto que domina ciertas habilidades y técnicas, pero es simultáneamente una relación humana que incluye por ende cualquier elemento de la misma, aunque se de en el marco de un contexto profesional con ciertas reglas éticas.

Por ejemplo, en relación a la alianza terapéutica, parece ser que los problemas interpersonales (actuales y anteriores) del profesional afectan a la misma en forma negativa, al igual que una actitud muy distante del profesional. Sin embargo, también se recomienda que cuando se esté evaluando la alianza terapéutica, se considere la perspectiva de ambos participantes ya que puede haber discrepancias o sesgos (Heinonen et al., 2012; Nissen-Lie et al., 2013), y porque además es sólo la perspectiva del terapeuta la que estaría relacionada al resultado, no la alianza reportada por el paciente, aunque aún no podamos comprender cómo ocurre este proceso (Del Re et al., 2012). Debido a esto se conjetura que quizás se esté subestimando el peso de la alianza terapéutica en el resultado, ya que al haber considerado en estudios previos la perspectiva del paciente, esto pueda influir en valores más bajos de explicación (Crits-Christoph, Connolly Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz & Gallop 2011).

En tanto que otros autores sostienen que a nivel de las variables del profesional que influyen en la alianza terapéutica, es mayor la influencia de variables personales del terapeuta (como sus relaciones personales, apoyo social, estilo de apego, inteligencia emocional) que sus aspectos profesionales, como por ejemplo la profesión (médico, psicólogo, etc.) (Kaplowitz, Safran & Muran, 2011; Lorentzen, Rønnestad & Orlinsky, 2011; Wongpakaran & Wongpakaran, 2012). Aparentemente puede ocurrir que el terapeuta termine comunicando características de su modo de vincularse en sus relaciones y que replique de algún modo esta modalidad con sus pacientes (Nissen-Lie et al., 2013). Éste último autor agrega: “aunque son profesionales, es difícil para los terapeutas dejar sus experiencias personales de vida atrás cuando están en su consultorio” (Nissen-Lie et al., 2013, p. 492, *la traducción me pertenece*).

Y relacionado a estos temas, la forma en que se establece la alianza terapéutica también varía en función del enfoque teórico del terapeuta. Se ha encontrado que los terapeutas que adscriben a determinados modelos teóricos desarrollan modalidades específicas de establecer la relación terapéutica, y a su vez, la inclinación por ciertas corrientes teóricas está relacionada con aspectos de la personalidad del profesional, como su visión del psiquismo humano y del cambio (Cariaga Siracusa & Casari, 2014; Heinonen & Orlinsky, 2013).

Otra línea de investigación, intenta aislar más específicamente componentes que hacen eficaz a un terapeuta. Entre las características del terapeuta asociadas de forma positiva con los resultados estarían incluidas su calidez, empatía, respeto por el paciente, ciertas conductas no verbales, optimismo, sentido del humor, capacidad de auto cuestionarse, habilidades interpersonales y estilo terapéutico (Hill & Lambert, 2004 citado en Heinonen, 2014; Holdsworth, et al. (2014). Mientras que algunas variables del terapeuta que aparentemente no están relacionadas, serían su

edad, origen étnico, género, nivel de experiencia, entrenamiento, tipo de formación y orientación teórica (Nissen-Lie et al. (2013)

Como se mencionó anteriormente, también pueden encontrarse evidencias de que a pesar de que los terapeutas son profesionales brindando ayuda, sus características personales pueden llegar a ser más importantes, algo sugerido tempranamente por Rosenzweig (1936) y Rogers (1957). Entre algunas de las características mencionadas (y no necesariamente relacionadas al resultado), se encuentran: *burnout* y satisfacción con el trabajo, el efecto de hacer terapia personal, motivaciones para volverse terapeuta, y desarrollo personal (Nissen-Lie et al., 2013).

Algunos autores sostienen que es la empatía del terapeuta el mejor predictor del resultado en psicoterapia, dando cuenta en meta-análisis de hasta un 9 % de la varianza, siendo igual o superior a aquel que se le atribuye a la alianza terapéutica, y mayor al de técnicas específicas (entre un 1 y 8 %) (Elliot et al., 2011). Pero, aunque se sabe el rol positivo que desempeña la misma en la alianza terapéutica, aún se debate el modo en que modera el cambio (Watson et al., 2014).

Para ello Watson et al. (2014) realizaron un complejo estudio clínico, donde aleatoriamente distribuyeron a 55 personas que padecían depresión a dos formatos de terapia durante 16 semanas: cognitivo conductual y terapia focalizada en la emoción. En el estudio participaron quince terapeutas que aplicaron formatos estandarizados de cada modalidad terapéutica. Y se emplearon una diversidad de medidas de evaluación, como cuestionarios de empatía percibida del terapeuta, estilos de apego, severidad sintomática, alianza terapéutica, etc.

Como resultado se encontró una relación significativa entre la percepción de empatía del terapeuta, con los resultados. Fue llamativo que se obtenían mejores resultados a partir de la empatía del profesional, con clientes cuyos estilos de apego eran más inseguros, sugiriendo que esta modalidad de apego se beneficiaría más con terapeutas con mayor capacidad empática. Los autores reflexionan que los clientes al tratar con un terapeuta contenedor y que brinda aceptación, son estimulados a revisar ciertos patrones de apego y formas de comportarse, que redunda en beneficios a nivel de resultados.

1.2.1. Formas de evaluar dimensiones del terapeuta

Retomando la primera clasificación dada por Beutler et al. (2004) entre rasgos y estados observables e inferidos (citado en Baldwin & Imel, 2013), y sabiendo que quizás los aspectos más importantes estén dentro de éstos últimos, Heinonenn (2014) menciona cuáles son los principales instrumentos que se han utilizado en la literatura para evaluar dichas dimensiones en terapeutas más allá de su orientación teórica. De este modo encontramos medidas para evaluar la

personalidad del terapeuta, sus cualidades en la relación terapéutica y su filosofía o epistemología de conocimiento.

El primer instrumento que menciona el autor, es *The Therapist Characteristics Rating Scale TCRS* (Keinan, Almagor & Ben-Porath, 1989) que evalúa las características de personalidad del terapeuta. Fue diseñado para intentar discriminar rasgos de personalidad propios de terapeutas de cada orientación teórica. El mismo propone una estructura de tres escalas que evalúan características orientadas al *insight* (empatía, autoconomiento), a la acción (optimismo, actividad) y características de autoridad (agresividad, suspicacia). Dicha escala fue validada utilizando una pequeña muestra (64 terapeutas de Israel) encontrando buenas propiedades psicométricas y relaciones significativas según las orientaciones teóricas. Sin embargo, no fue utilizada para predecir resultados sobre la alianza terapéutica o resultados.

Seguidamente, estaría el Cuestionario Estilo Personal del Terapeuta (Fernández Álvarez et al., 2003). Como el mismo será descripto más adelante en detalle, sólo se mencionan los aspectos que rescata el autor. Heinonen (2014) refiere únicamente dos estudios sobre el instrumento: uno dónde se analizan las propiedades psicométricas del mismo (con una muestra de 189 terapeutas) y otro que analiza el papel de la experiencia y orientación teórica sobre el EPT (Castañeiras et al., 2006 b). Si bien reconoce que el instrumento es sensible para analizar las diferencias entre profesionales que adscriben a distintos modelos teóricos y con disímiles años de experiencia, al igual que en el caso anterior hasta el momento no se encuentran publicados estudios que relacionen dicha dimensión con alianza terapéutica o con resultados. Vale aclarar que sólo consideró dos estudios en su escrito, ignorando la vasta producción teórica que existe sobre el mismo, dejando de lado estudios sobre la relación con la alianza terapéutica que serán desarrollados más adelante.

A continuación, encontramos *The Therapist Attitudes Scales TASC-2* (Sandell et al., 2004) que evalúa las actitudes terapéuticas, en forma de nueve escalas que describen las creencias acerca de los factores curativos en psicoterapia (si los pacientes mejoran a través de la solución de problemas, por mayor autoconocimiento, debido a la amabilidad del terapeuta), suposiciones acerca de la naturaleza de la psicoterapia y de la mente humana (terapia como un arte o una ciencia, creencias acerca de la racionalidad humana) y sobre la manera de ejecutar la psicoterapia en general (actitud más de apoyo, neutral o interpretativa). Esta escala fue desarrollada con una muestra de 227 terapeutas de Suecia obteniendo buenos indicadores de confiabilidad. Se encontró que las actitudes correlacionaban significativamente con las orientaciones teóricas de los terapeutas y algunas funcionaban como predictores de resultados en terapias de larga duración psicodinámicas y psicoanalíticas.

Seguidamente, Heinonen (2014) desarrolla otro instrumento, que quizás sea el más utilizado a nivel mundial: *The Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire* DPCCQ (Orlinsky et al., 1999; Orlinsky & Rønnestad, 2005,

2006 citado en Heinonen, 2014). Dicha prueba es un extenso cuestionario que indaga aspectos profesionales y personales del terapeuta medidos en 40 escalas con adecuadas propiedades psicométricas. Además de ser un instrumento de enfoque más amplio que los anteriores tres, en su construcción se trabajó con una base de datos más numerosa (4000 terapeutas) de 14 países diferentes. Actualmente hay datos de que el mismo se está utilizando con alrededor de 10000 terapeutas de 30 países.

Empleando este último instrumento, los autores encontraron que un factor que indaga las dudas sobre la eficacia del profesional estaría relacionado positivamente con la alianza terapéutica y con mejores niveles de relaciones interpersonales en el paciente; y que otra dimensión que refleja las emociones negativas y baja empatía hacia los pacientes, también estaba vinculado con descensos en la alianza terapéutica y aumentos de los niveles en el estrés interpersonal del paciente (Orlinsky & Rønnestad, 2005 citado en Nissen-Lie et al., 2013).

1.3. El Estilo Personal del Terapeuta

El surgimiento del constructo del Estilo Personal del Terapeuta (en adelante EPT) y su forma de evaluación empírica fueron simultáneos. Como se desarrollará en este apartado, el interés por profundizar en el aspecto teórico del concepto siempre estuvo relacionado a un intento por diseñar y mejorar una forma de evaluación. Desde el año 1998 que puede considerarse el inicio formal de este concepto hasta la actualidad, se encuentran casi cuarenta producciones científicas distintas publicadas en diversos medios y países. El inconveniente es que cierta cantidad de la misma ha sido difundida en congresos, por lo que no a todas las presentaciones se pudo tener acceso al no estar publicadas.

A los fines expositivos, el desarrollo de este apartado está orientado de acuerdo a las siguientes temáticas: aspectos conceptuales del EPT, propiedades psicométricas del instrumento, estudio de variables profesionales y personales del terapeuta, investigaciones sobre el EPT y la alianza terapéutica, adaptaciones en otros países del inventario, desarrollo de la Guía de Observación de la Actividad Terapéutica, y finalmente, el EPT en poblaciones específicas de pacientes.

1.3.1. Aspectos conceptuales del EPT

El EPT tiene sus raíces en dos fuentes: las contribuciones sobre las variables del terapeuta desarrolladas por Beutler et al. (1994, citado en Fernández Álvarez et al., 2003) y la concepción de los aportes del terapeuta en el acto terapéutico que propone el Modelo Genérico de Psicoterapia (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994 citado en Fernández Álvarez et al., 2003).

Orlinsky et al. (1994 citado en Fernández Álvarez et al., 2003) postulaban que dentro de las variables del terapeuta se incluyen su estatus socio demográfico, situación vital y estilo personal. Si bien éste último no es definido explícitamente, Fernández Álvarez et al. (2003) consideran que se refiere a rasgos establecidos vinculados a la personalidad del terapeuta que tienen un impacto en la relación terapéutica e influencian los resultados del tratamiento.

Mientras que, en el mismo año, Beutler et al. (1994, citado en Fernández Álvarez & García, 1998), en el capítulo referido a variables del terapeuta del *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, decían que las variables del terapeuta se pueden agrupar de forma biaxial: características objetivas - subjetivas, rasgos generales – específicos. Los autores consideran que el estilo del terapeuta sería un estado objetivo altamente estable en el tiempo y que modula la forma específica en que cualquier procedimiento o técnica es aplicada.

Beutler et al. (1994, citado en Fernández Álvarez & García, 1998) sostenían que el estilo del terapeuta era el resultado de tres variables: posición socio-profesional, situación vital y modos dominantes de comunicación. Es sobre este último que Fernández Álvarez y García (1998) van a vincular el constructo del EPT, considerado el factor más idiosincrático del profesional, relacionado a modos particulares de comunicación que se plasman en una serie de funciones que imponen un sello personal a la hora de ejercer la práctica. Estos modos de comunicación están influidos por las características de personalidad del terapeuta y también por su orientación teórica (Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco & Corbella, 2000).

Se define al EPT como:

> …un conjunto de condiciones singulares que llevan a un terapeuta a trabajar en un modo particular en su trabajo. Se refiere a las características normales que cada terapeuta imprime a su trabajo como resultado de su particular manera de ser, más allá del foco de su trabajo y de los requerimientos específicos de la tarea (Fernández-Álvarez, García & Schreb, 1998, p. 352, *la traducción me pertenece*).

Unos años después los autores agregan lo siguiente:

> El EPT determina el alcance del modelo teórico aplicado, así como las técnicas específicas empleadas en cada tratamiento (…) Es un principio general para cualquier tipo de psicoterapia, independientemente del enfoque terapéutico, el tipo de paciente involucrado y otras circunstancias particulares que hacen cada tratamiento único. Influye en el desarrollo de cada proceso terapéutico y tiene un impacto sobre los resultados, aunque dependiendo del tipo de paciente, patología y el contexto en el cual se aplica [el tratamiento] (Fernández Álvarez et al., 2003, p. 118, *la traducción me pertenece*).

Se aclara su carácter estable, pero no así inmutable. Puede ser susceptible de cambios menores como resultado del entrenamiento del terapeuta,

modificaciones en las condiciones de trabajo, factores evolutivos y otras circunstancias conectadas con la vida del terapeuta (Fernández Álvarez et al., 2003).

Las funciones que componían al mismo son: Instruccional, Evaluativa, Atencional, Operativa, Expresiva y de Compromiso Intra e Interpersonal. Cada función presentaba en aquel momento dos dimensiones, expresadas en un continuo bipolar (ver tabla 1), pero luego quedarían conformadas por una única dimensión con dos extremos posibles.

Tabla 1. Funciones y Dimensiones del EPT originales

Funciones	Dimensiones	
Instruccional	Rigidez	Flexibilidad
	Muy asimétrico	Moderamente Asimétrico
Evaluativa	Optimista	Crítico
	Instrumentalmente orientado	Orientado hacia los efectos
Atencional	Activo	Receptivo
	Focalizado	Abierto
Operativo	Directivo	Persuasivo
	Lógico	Retórico
Expresiva	Bajo tono	Alto tono
	Corporal	Verbal
Compromiso intra e interpersonal	Distante	Próximo
	Focalizado	Extendido

Nota: tabla extraída de Fernández-Álvarez et al. (1998). *La traducción me pertenece*.

La función **Instruccional** separa a los terapeutas en dos aspectos de acuerdo a: establecimiento de límites y asimetría en la relación terapéutica.

La primera polaridad de la función Instruccional, ubica a los terapeutas en un rol altamente o moderadamente asimétrico. Los primeros son aquellos que mantienen una gran distancia con sus pacientes, mientras que los terapeutas moderadamente asimétricos estimulan la participación activa y comprometida del paciente en el tratamiento. Esta última característica generalmente es favorable porque promueve la autonomía del cliente y está indicada para el desarrollo personal, pero puede ser un riesgo con pacientes impulsivos.

En segundo lugar, el encuadre terapéutico puede establecerse de una forma más o menos rígida, ya sea en el cumplimiento de las tareas terapéuticas como en los intercambios que se producen dentro del vínculo.

Luego dicha función (Instruccional) sería definida como “los distintos comportamientos definidos por el terapeuta para establecer y regular el encuadre de la terapia” (Fernández Álvarez et al., 2003, p. 118, *la traducción me pertenece*). Incluye las reglas acerca de las tareas que se realizarán durante las sesiones, como también a lo largo de la terapia, como por ejemplo horarios, honorarios, lugar, y todos los aspectos relacionados al contrato terapéutico. Esta función sería hipotetizada

posteriormente como la más importante porque estaría vinculada a la alianza terapéutica y a la teoría de la mente (Corbella et al., 2009 a).

Seguidamente, la función **Evaluativa** en su primera polaridad presentaba el rango Optimismo – Criticismo. La primera de ellas estaba relacionada a la contención empática e infundir esperanza, y el criticismo a una actitud confrontativa. En tanto que la segunda polaridad, separa a los terapeutas interesados en la evaluación de procesos versus resultados. Esta función luego sería dejada atrás por demostrar resultados inconsistentes en la investigación (Fernández Álvarez et al., 2003).

La función **Atencional**, distingue a los terapeutas según su actitud en la búsqueda de información, donde las acciones básicas son escuchar y preguntar (Fernández Álvarez et al., 2003). Ser receptivo implica menor acción para lograr este propósito, "es como un radar disponible para captar emisiones producidas espontáneamente por el paciente" (Fernández Álvarez & Garcia, 1998, p. 80).

Por otro lado, los terapeutas más concentrados focalizan su atención en informaciones específicas y es propio de abordajes estructurados u ortodoxos, mientras que el estilo abierto implica múltiples niveles de intervención y es más frecuente en terapeutas eclécticos.

La recolección de información es necesaria para las intervenciones posteriores, es por ello que se relaciona con la función Operativa (Fernández Álvarez et al., 2003).

Con respecto a la función **Operativa**, también llamada de Implementación Instrumental, puede considerarse como "las acciones directamente conectadas con las intervenciones terapéuticas específicas" (Fernández Álvarez et al., 2003, p. 119, *la traducción me pertenece*). Encontramos la primera dimensión referida a la directividad – persuasión. Esto implica que a nivel de intervenciones técnicas los profesionales pueden optar por un rol directivo en sus abordajes, señalando e indicando los caminos a seguir (como en los manuales de tratamiento). Mientras que los terapeutas persuasivos, utilizan un modo opuesto caracterizado por ser flexible y con mayor participación del paciente en el proceso, más común en abordajes que apuntan a la personalidad global del paciente.

En tanto que la segunda dimensión es llamada lógica – retórica. Si el terapeuta aplica de forma estructurada las intervenciones, siguiendo los pasos de un manual, por ejemplo, opera de forma lógica y reduce la posibilidad de innovación. A su vez, implica una concepción más científica por así decir de los mecanismos por los cuales se produce el cambio, y que el paciente puede llegar a comprender. En cambio, una modalidad retórica no comparte esta concepción, presupone que los mecanismos de acción terapéutica son complejos para la comprensión del paciente.

No debe confundirse a la función Operativa con las técnicas específicas, aunque esté directamente relacionado a ellas.

La quinta función es la **Expresiva**, cuya primera polaridad clasifica a los terapeutas por su grado de tonalidad emocional bajo – alto, de acuerdo a la intensidad de la expresión emocional que facilita el terapeuta. Y, en segundo lugar, los terapeutas pueden categorizarse en un continuo de expresión corporal – verbal, según la importancia e intencionalidad que le asignan al modo de lenguaje no verbal (gestos faciales, miradas, movimientos corporales) y verbal (riqueza asociativa, fluidez verbal).

Años después, la misma sería definida como las "acciones realizadas por el terapeuta para asegurar la comunicación emocional con el paciente. Es uno de los aspectos centrales de la empatía." (Fernández Álvarez et al., 2003, p. 118, *la traducción me pertenece*). También se la define como la manera afectiva en que el terapeuta se relaciona con sus pacientes. Esta función explora la distancia comunicacional que cada terapeuta tiende a establecer con su paciente y se refleja en la intensidad de los intercambios emocionales que éste fomenta, o en el nivel de tolerancia hacia la exposición de sus propias emociones. Es muy importante en las primeras sesiones para el establecimiento del vínculo terapéutico (Corbella, Fernández-Álvarez, Saúl Gutiérrez, García & Botella, 2008).

Finalmente, estaría la función de **Compromiso Vincular**, la cual es sinónimo de involucración. A nivel interpersonal (primera dimensión) los extremos están dados por la proximidad – distancia, y a nivel intrapersonal en focalización – extensión. Esta última es definida de un modo más claro, como "el grado de compromiso que el terapeuta experimenta con su trabajo y su relación con el resto de las áreas vitales" (Fernández Álvarez & García, 1998, p. 82). Los terapeutas focalizados son aquellos que toman una actitud más distante por así decirlo, y que involucran pocos aspectos de su vida personal en el trabajo, a nivel de tiempo, relaciones familiares y personales, expectativas económicas y prestigio social en general. Mientras que el otro extremo está dado por terapeutas cuya actividad está mucho más implicada en su vida personal.

Dicha función será luego definida como "el conjunto de conductas explícitas e implícitas conectadas con el compromiso del terapeuta con su tarea en general y, en particular, con sus pacientes" (Fernández Álvarez et al., 2003, p. 118, *la traducción me pertenece*). Incluye no sólo el grado de involucración del terapeuta con sus pacientes, sino el lugar que su trabajo ocupa en el resto de su vida.

Más tarde, sería agregada una séptima función denominada **Fomentativa**, la cual implica si las acciones del terapeuta están dirigidas al *insight* o a la acción (Corbella & Fernández Álvarez, 2006 citado en Corbella et al., 2009 a). Sin embargo, la misma no sería incluida en las versiones del cuestionario EPT-C.

Los autores aclaran que estas funciones no cubren todas las acciones que provienen del terapeuta, pero son altamente representativas. Las mismas interactúan a lo largo del proceso terapéutico variando su peso relativo, y se expresan como una unidad (Fernández Álvarez et al., 2003). Las dimensiones finales que conforman a cada función se expresan a continuación (Ver tabla 2).

Tabla 2. Funciones y dimensiones del EPT actuales (Fernández Álvarez et al., 2003)

Función	Dimensiones	
Instruccional	Flexibilidad	Rigidez
Expresiva	Distancia	Proximidad
Compromiso	Bajo compromiso	Alto compromiso
Atencional	Atención abierta	Atención focalizada
Operativa	Espontánea	Planificado

Fernández Álvarez et al. (2003) concluyen que no existen combinaciones ideales de EPT, pero esto no quiere decir que todos los posibles perfiles sean igualmente positivos, sino que dependen de las situaciones clínicas específicas. Por ejemplo, en la función Instruccional puede variar si la terapia se aplica a pacientes con personalidad dependiente o antisocial; al igual que ser más o menos distante a nivel emocional, cuando se trabaja con pacientes que necesitan de diferentes grandes de apoyo empático.

El EPT puede resumirse en dos grandes aspectos: uno predominantemente cognitivo y otro motivacional – emocional. El primero reúne a las funciones Atencional y Operativa, y el segundo a las funciones Expresiva y de Compromiso. La función de Involucración aglutina aspectos de las demás (Fernández Álvarez et al., 2003).

1.3.2. Propiedades psicométricas del instrumento

El cuestionario EPT-C fue diseñado en un formato autoadministrado, para obtener de cada terapeuta un perfil aproximado de su estilo personal o la percepción que tienen del mismo (Corbella & Botella, 2004, citado en García Rizzo, 2008).

En 1998, se realiza el primer estudio empírico con el cuestionario EPT-C cuyo propósito fue indagar la confiabilidad del mismo (Fernández Álvarez & García, 1998). Allí participaron 150 terapeutas de diferentes países (en su mayoría de Argentina), sin especificar las orientaciones teóricas ni la patología de los pacientes. Un subgrupo (n= 34) completó nuevamente el cuestionario al cabo de tres meses, para estudiar así la confiabilidad test-retest. A la hora de describir los aspectos técnicos del inventario se mencionaba que el mismo era de carácter autoadministrable, con 48 reactivos (de modo tal que existieran cuatro afirmaciones para cada dimensión que compone la escala) con opciones de respuesta en una escala *likert* de siete puntos.

Como resultado del análisis de confiabilidad, empleando el coeficiente *rho* de *Spearman*, se halló que 45 de los 48 ítems obtuvieron valores significativos (p< .05), oscilando entre valores de .33 a .79. También se menciona que a juicio de los sujetos que integraron la muestra el test mostró adecuada validez aparente. En tanto que se incorporó un tercer juez (terapeuta experimentado) que discutió el contenido de cada afirmación junto a los autores, para estudiar la validez de contenido. Los

autores concluyen diciendo que se realizará un análisis factorial exploratorio una vez que se desarrolle una versión definitiva del instrumento.

Unos años después, se publica un artículo en el que se realiza el primer análisis factorial exploratorio del instrumento (Fernández Álvarez et al., 2003). La muestra fue de 189 terapeutas (entre psicólogos y psiquiatras) provenientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y de áreas cercanas en su mayoría. En dicho artículo se exponen por primera vez las variables socio demográficas y profesionales que le son consultadas al terapeuta. Las mismas son: sexo, edad, años de experiencia, orientación teórica (aparentemente las opciones eran cognitivos, psicoanalíticos, sistémicos, integrativos / eclécticos, otros), duración del tratamiento (breve, intermedio y prolongado) y tipo de tratamiento (individual, pareja, familia, grupo).

La versión que se presentaba para el estudio 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 (en adelante esta versión del EPT-C se la llamará "original").

El análisis factorial (componentes principales, rotación Varimax y normalización Kaiser) arrojó un valor *KMO* de .756 ($p < .001$). Mientras que el test de esfericidad de Barlett obtuvo valores significativos también ($X^2(630)= 2255{,}687$, $p< .001$). Se encontró una solución factorial de 4 factores que explicaban en su conjunto un 40 % de la varianza.

El primer factor reúne ítems de las funciones Atencional y Operativa, los restantes uno por cada función (Instruccional, Expresiva y de Compromiso). Pudo observarse una fuerte correlación entre las funciones Atencional y Operativa ($r= .59$, $p< .001$), sin embargo, los autores consideraron mantener la discriminación entre ambas por criterios teóricos.

Para evaluar la confiabilidad de la escala se calculó el alfa de Cronbach, encontrando valores aceptables que oscilaron entre .69 y .80. Cuatro meses después, el instrumento fue administrado a 60 de los sujetos que participaron anteriormente. Las correlaciones de Pearson arrojaron valores significativos (entre .76 y .82).

Un estudio que también evalúo la estabilidad del constructo fue realizado por Castañeiras, Rial, García, Farfallini y Fernández-Álvarez, (2006b) con 74 terapeutas. Se encontró que, tanto a un año, como a 4 años de la aplicación del instrumento, las funciones se mantenían estables aun controlando el efecto de la orientación teórica y los años de experiencia. Aparentemente las funciones técnicas (Atencional y Operativa) son más estables que las demás.

El siguiente estudio psicométrico publicado se realiza en el año 2005 (Fernández-Álvarez, García, Castañeiras & Rial, 2005). Allí se trabajó con una muestra de 366 terapeutas. En el análisis factorial (análisis de componentes principales, método de rotación: Varimax) se encontró una solución de 4 factores que explicaban en su conjunto un 38,48 % de la varianza (*KMO*= .808, *p*< .001). Nuevamente las funciones Atencional y Operativa aparecen juntas en el análisis. El análisis de confiabilidad arrojó valores aceptables en las cinco funciones a través del alfa de Cronbach (α< .69 >.80)

Luego, en el año 2008, Castañeiras et al. realizaron un análisis factorial confirmatorio del instrumento con una muestra de 461 terapeutas, el objetivo de dicho artículo fue desarrollar una versión abreviada del cuestionario.

En primer lugar, se diseñó una nueva versión del instrumento compuesta por 21 ítems, donde fueron eliminados ítems de acuerdo a criterios psicométricos (para mejorar la confiabilidad de la escala) y conceptuales (por la validez aparente de los mismos). Luego la escala fue sometida a análisis factorial confirmatorio para evaluar el ajuste del modelo a las cinco dimensiones teóricas propuestas.

Como resultado, empleando el método de Máximo Verosimilitud se encontró un buen ajuste del modelo (*CFI*=.91, *GFI*=.93, *IFI*= .93, *AGFI*=.90, *RMSEA*=.05, *IFI*= .91) con el constructo teórico propuesto. Los valores de confiabilidad fueron aceptables ($\alpha \geq$ .70) en todos los casos, a excepción de la función Instruccional que arrojó un valor α =.60, el cual es aceptable para investigación (Castañeiras et al., 2008). Las correlaciones entre las escalas breve y original fueron en todos los casos positivas y elevadas ($r \geq$ .80). Los autores concluyen: "este estudio de validación teórica completa el proceso de establecer la calidad técnica del EPT-C en población argentina" (Castañeiras et al., 2008, p. 13).

A nivel de correlaciones intratest, los resultados en el estudio de Fernández Álvarez et al. (2003) fueron:

Tabla 3. Correlaciones intratest entre las funciones del EPT

		Instruccional	Atencional	Expresiva	Involucración	Operativa
Instruccional	r	1	n.s.	-.271	-.268	n.s.
	p			< .01	<.01	
Atencional	r		1	n.s.	n.s.	.596
	p					<.01
Expresiva	r			1	.486	n.s.
	p				<.01	
Involucración	r				1	.152
	p					< .05

Nota: tabla extraída de Fernández Álvarez et al. (2003).

Como puede observarse, se encontraron múltiples correlaciones de diferentes intensidades (Aron & Aron, 2001). La correlación más fuerte, de carácter superior (*r*> .50), se observó entre las funciones Atencional y Operativa, con dirección positiva. Se encontró una correlación moderada (*r*> .29) entre las funciones de Involucración y Expresiva. Y, por último, las demás correlaciones fueron de magnitudes pequeñas (*r*< .29): la función Instruccional correlacionó de manera negativa con Expresiva e Involucración, y ésta última de forma positiva con la función Operativa.

En el siguiente estudio donde se analizaron las correlacione intra-test (Fernández Álvarez et al., 2005) arrojó nuevamente las siguientes correlaciones de similar intensidad y dirección: Instruccional con Expresiva (*r*=. -.279) e Involucración (*r*= -.224), al igual que la correlación entre ésta última con la función Expresiva (*r*= .425), y entre las funciones Atencional y Operativa (*r*= .673). Surgieron dos nuevas correlaciones entre la función Expresiva con: Atencional (*r*= .172) y Operativa (*r*= .156).

Luego, en el estudio de Castañeiras et al (2008), se encontraron también correlaciones intra-test significativas, pero sólo se mantuvieron tres de las cinco encontradas originalmente. La función Atencional volvió a correlacionar de manera fuerte y positiva con la función Operativa (*r*= .75, *p*< .01); en tanto que la función de Involucración arrojó resultados significativos positivos con la función Expresiva (*r* = .25, *p*< .01) y negativos con la función Instruccional (*r*= -.27, p< .01). Se recuerda que en este último estudio se empleó la función abreviada del cuestionario.

1.3.2.1. Estudio de variables profesionales del terapeuta: Enfoque teórico y EPT

Un modelo teórico contiene una serie de principios para entender el funcionamiento mental del paciente y el proceso de cambio en psicoterapia, así como también un conjunto de técnicas para aplicar y maneras de desempeñarse profesionalmente. Es por ello, que se espera que el EPT varíe en función de esta variable (Castañeiras, et al., 2006a; Hirsch, 2010 citado en Vázquez & Gutierrez, 2015).

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 eran incluidos por orientación. En relación al cuestionario también ha variado la versión del inventario empleado (cantidad de ítems y funciones evaluadas). Y finalmente, el tipo de análisis estadístico empleado (prueba *t*, *U* de Mann Whitney, ANOVA, MANOVA,

MANCOVA). Esto hace que los resultados de diferentes estudios no pueden compararse en su totalidad, sino bajo ciertos criterios de semejanza (igualdad de instrumento, de grupos de terapeutas a comparar y de métodos de análisis).

El primer estudio que indagó esta relación fue en el año 2000, cuando Fernández Álvarez et al. (2000) realizaron una investigación con 158 terapeutas de la provincia de Buenos Aires, de tres orientaciones teóricas: cognitivos, integrativos y psicoanalíticos. Se aclara que para los autores se considera a un terapeuta como integrativo cuando utiliza recursos técnicos de más de un enfoque (Fernández Álvarez, 1992).

Allí se empleó una versión del cuestionario compuesta por 26 ítems que incluía a la función Evaluativa. El objetivo fue analizar si se presentaban diferencias entre los terapeutas que adscribían a diferentes corrientes teóricas, pero el análisis de datos se realizó comparando de a dos orientaciones a la vez (prueba *t* de *Student*) y no comparando los tres grupos al mismo tiempo. Como resultado se encontraron diferencias significativas.

En la comparación entre los terapeutas de los tres modelos teóricos, encontramos lo siguiente: los terapeutas cognitivos poseen el mayor desarrollo en las funciones Atencional, Expresiva y Operativa, y el menor a nivel Instruccional, por lo que su perfil consistiría en atención focalizada, cercanía emocional, predominio de intervenciones estructuradas, y flexibilidad en el establecimiento del encuadre terapéutico; en segundo lugar, los psicólogos psicoanalistas estarían caracterizados por poseer una atención más abierta, mayor distancia a nivel emocional y preferencia por intervenciones espontáneas; finalmente, los terapeutas que se definen como integrativos poseen mayor rigidez para regular los límites de la psicoterapia. No existe un grupo especial que posea mayor o menor nivel de involucración, ya que los valores fueron prácticamente similares.

Los autores se preguntan 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 Siracusa & Casari, 2014; García & Fernández Álvarez, 2007; Heinonen & Orlinsky, 2013).

Otro estudio posterior que indagó diferencias entre los terapeutas de enfoques teóricos similares (cognitivos, integrativos y psicoanalíticos) fue realizado por Castañeiras, et al. (2006a), con una muestra de 206 terapeutas (entre psicólogos y psiquiatras) empleando la versión de 36 ítems. Como resultado de la prueba ANOVA, se encontraron diferencias significativas en tres funciones: Atencional, Operativa y Expresiva. El análisis post hoc (*Scheffé*) arrojó que las diferencias se producían en dos subgrupos homogéneos, donde cognitivos e integrativos estaban agrupados. De este modo, estos terapeutas eran más activos en la búsqueda de información usando una atención más focalizada, inclinados

preferentemente a abordajes estructurados y más cercanos emocionalmente, que sus colegas psicoanalíticos.

Mientras que, en el mismo año, se publica la adaptación del cuestionario EPT-C para terapeutas de Brasil con un total de 164 profesionales. Entre los análisis se incluye la diferencia de terapeutas por orientación teórica (cognitivos, integrativos y psicoanalíticos). Empleando la prueba ANOVA se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las funciones (Da Silva, Tellet, Fernández-Álvarez & García, 2006).

Los autores en el análisis post hoc muestran que los terapeutas cognitivos serían aquellos que poseen la atención más focalizada e inclinación por intervenciones estructuradas, así como también los más involucrados y cercanos con sus pacientes. En tanto que los psicoanalistas serían los opuestos en las dimensiones antes mencionadas, lo cual implica: mayor apertura atencional, distancia emocional, menor involucración y preferencia por técnicas que surgen de modo espontáneo. La última función, Instruccional, obtuvo que los psicoanalistas serían los más rígidos en el encuadre terapéutico, sin embargo, no hay un grupo de terapeutas que se caracteriza por su flexibilidad.

Recientemente, Vázquez y Guiterrez de Vázquez (2015) analizaron si el EPT difería en terapeutas de las mismas orientaciones teóricas: cognitivos, psicoanalistas e integrativos. Con el propósito de cumplir el objetivo, se trabajó con una muestra de 60 terapeutas de las provincias de Buenos Aires y Entre Ríos, empleando un Análisis Multivariado de la Varianza. Como resultado encontraron diferencias significativas en todas las funciones estudiadas, a excepción de la función de Involucración. Luego, con el análisis post hoc (*Scheffe*) se pudo profundizar en el análisis de dichas diferencias.

De este modo, los terapeutas psicoanalistas estarían caracterizados por ser más rígidos en el establecimiento del encuadre terapéutico, por su inclinación a una atención abierta, a intervenciones espontáneas, y por su mayor distancia a nivel emocional. Mientras que sus colegas cognitivos se destacarían en las funciones técnicas: mayor focalización atencional y preferencia por procedimientos estructurados de abordaje. Finalmente, los terapeutas integrativos serían aquellos más cercanos a nivel emocional y más flexibles en el encuadre terapéutico. Los autores reflexionan que los terapeutas psicoanalistas y cognitivos poseen perfiles más definidos en su EPT, pero no así los integrativos. Quizás se deba que no existe un modelo integrativo único.

Otro estudio, comparó el EPT de profesionales de diversas líneas teóricas: cognitivo / cognitivo conductual, humanístico existencial / gestáltico, psicoanalíticos, sistémicos, integrativos, cognitivo sistémicos / cognitivo integrativos, y otros. Fernández Álvarez et al. (2005) analizaron este objetivo con una muestra mayor a los estudios anteriores (n= 366).

En el análisis, a excepción de la función Instruccional todas las demás dimensiones presentaron resultados significativos efectuando la prueba ANOVA.

De esta forma, puede decirse que los terapeutas psicoanalíticos son aquellos más distantes a nivel emocional, con menor grado de involucración, cuya atención es predominantemente abierta, con tendencia a utilizar intervenciones espontáneas y con mayor rigidez a la hora de establecer las pautas del contrato terapéutico. Los psicólogos cognitivo conductuales se destacaron en las funciones técnicas del EPT: poseen la atención más focalizada y mayor inclinación por abordajes pautados. En tanto que los terapeutas que se identifican con el modelo sistémico son aquellos que se describieron con el mayor grado de cercanía a nivel emocional y flexibilidad en el establecimiento del encuadre. Finalmente, los terapeutas integrativos sobresalieron por su mayor grado de involucración. En tanto que los psicólogos humanistas y cognitivo integrativos no presentaron puntajes extremos en ninguna de las funciones del EPT.

Ya con la versión abreviada del cuestionario, Castañeiras et al. (2008) encontraron diferencias significativas en todas las funciones a excepción de la Instruccional, entre 461 terapeutas que adscriben a distintas líneas teóricas: Cognitivos/Cognitivo-Conductuales, Humanístico Existenciales, Psicoanalistas, Psicodinámicos, Integrativos, Cognitivo-Sistémicos/Cognitivo-Integrativos, Eclécticos y Otros.

De este modo, los terapeutas cognitivos conductuales encabezarían los mayores puntajes en las funciones técnicas: Atencional y Operativa. Los psicoanalistas obtuvieron los menores valores en dichas funciones, y además en la función Expresiva y de Involucración, junto en ésta última a terapeutas humanistas. Por último, terapeutas que adscriben a corrientes eclécticas serían aquellos que presentan mayor grado de Involucración.

Para finalizar este subapartado, se comenta un último estudio realizado por Moya Cortés (2015) empleando la versión abreviada del cuestionario a un grupo de 48 terapeutas de España, cuyas orientaciones fueron: cognitivo-conductual, humanista, psicodinámica, sistémica e integradora. En el análisis no se encontraron diferencias significativas, siendo de este modo el único estudio que arrojó resultados negativos entre el EPT y la orientación teórica. Sin embargo, a nivel metodológico sería la investigación que contó con menor número de participantes (n= 48) y a su vez, no se informa si el instrumento se encontraba adaptado a población española, por lo que podría influir en el resultado.

1.3.2.2. Otras variables socio profesionales: duración del tratamiento, años de experiencia profesional, entrenamiento del terapeuta y concepción epistemológica.

Luego del enfoque teórico, las primeras variables profesionales que fueron indagadas en relación al EPT fueron: experiencia y duración del tratamiento.

La experiencia como variable profesional puede entenderse desde al menos tres acepciones diferentes (Castañeiras, et al., 2006a): a) la intensidad y la especialización del entrenamiento profesional del terapeuta; b) la experiencia acumulada en relación a cantidad y tipo de pacientes tratados; c) el número de años de experiencia profesional, más allá de la calidad de la misma (en esta concepción se ha estudiado la categoría años de experiencia profesional). En tanto que la duración del tratamiento se clasifica de acuerdo al tiempo de tratamiento predominante que el terapeuta menciona realizar generalmente con sus pacientes: breve (hasta seis meses), intermedio (de seis meses a dos años) y prolongado (más de dos años) (Fernández Álvarez et al., 2003).

El primer estudio que indagó estas variables fue realizado por Castañeiras, et al. (2006a), donde la experiencia clínica permitió categorizar a los profesionales en dos grupos: principiantes (hasta 5 años de experiencia clínica) y expertos (más de 15 años de experiencia clínica), de este modo los años de experiencia fueron categorizados como una variable nominal. De dicha investigación se obtuvieron una serie de conclusiones que se comentarán a continuación. Se aclara que, en estudios posteriores, también se empleó dicha clasificación de los años experiencia, agregando la categoría intermedia para quienes estaban entre ambas (Fernández Álvarez, Castañeiras et al., 2015; Fernández Álvarez, Gómez & Corbella, 2012; Gómez et al., 2011).

Del estudio de Castañeiras, et al. (2006a), en primer lugar, se encontró que separando a los terapeutas por sus orientaciones teóricas (cognitivos, integrativos y psicoanalíticos), surgían diferencias en las funciones del EPT de acuerdo a los años de experiencia, pero sólo una de ellas se manifestaba en más de un grupo de terapeutas: Atencional (con tendencia a disminuir a mayor cantidad de años de experiencia).

También se encontró que, analizando a los terapeutas según su experiencia, se producían diferencias significativas en las funciones del EPT al comparar psicólogos de distintas orientaciones teóricas. Entre los principiantes, las funciones técnicas tendían a diferenciarse significativamente según el marco teórico del profesional. Mientras que cuando se agruparon los terapeutas más experimentados, se encontraron diferencias significativas al comparar profesionales de distintas escuelas de psicoterapia, en las funciones Atencional, Operativa y Expresiva. Se aclara que en ningún caso (terapeutas principiantes y experimentados) las diferencias se manifestaron en la comparación de los tres grupos.

Finalmente, 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 y focalizados en su atención.

También en el año 2006, Da Silva et al. en su adaptación al idioma portugués del EPT-C, analizaron el papel que desempeña el EPT en los años de experiencia profesional. Allí, ésta variable también fue categorizada en grupos, pero de un modo diferente: principiantes (hasta 9 años de experiencia clínica) y expertos (10 o más

años). Como resultado de la comparación, se encontraron diferencias significativas en las funciones técnicas: Atencional y Operativa. En ambos casos, los valores tendían a disminuir, lo que implicaría una inclinación hacia una atención más abierta e intervenciones espontáneas en los terapeutas más experimentados.

Otros dos estudios que emplearon la versión abreviada del cuestionario, no encontraron resultados significativos al relacionar el EPT con los años de experiencia (Castañeiras et al., 2008; Moya Cortés, 2015), medidos de forma escalar, es decir numéricamente, y no agrupando en categorías como se hizo en los estudios previos (Castañeiras, et al., 2006a; Da Silva et al., 2006). Mientras que empleando la guía GOTA-v, la cual será desarrollada más adelante, se encontró 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); aunque los autores no exponen a cuál función del EPT está relacionado este acto de habla, podría inferirse que se vincula a la función Atencional.

Seguidamente, en relación a la duración de los tratamientos predominantes, Castañeiras et al. (2008) encontraron diferencias significativas en las funciones Atencional y Operativa, entre los terapeutas que aplican tratamientos breves, intermedios y prolongados. Los primeros se caracterizarían por una atención más focalizada y preferencia por intervenciones pautadas, mientras que los psicólogos cuyos tratamientos son predominantemente prolongados serían el caso opuesto.

En relación al entrenamiento del terapeuta, un único estudio ha indagado el rol del EPT en terapeutas en formación. Corbella, Botella, Fernández-Álvarez, Saúl y García (2009 b), evaluaron a 94 profesionales que se encontraban realizando un entrenamiento en psicoterapia. Se compararon los resultados de una evaluación a los dos meses de iniciado el proceso, con los resultados de 18 meses después. Se encontró que todas las funciones del EPT tendían a correlacionar significativamente, a excepción de la función Expresiva, lo que implica que ésta puede ser más sensible al entrenamiento profesional.

Otra variable que se indagó fue la concepción epistemológica del terapeuta (racionalista o constructivista) con el EPT (Lee, Neimeyer & Rice, 2013). Aquí se utilizó a una amplia muestra: 1151 terapeutas de Estados Unidos, donde se aplicó entre otros instrumentos el EPT-C (versión de 36 ítems). Se encontraron 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).

1.4. EPT y variables de personalidad del terapeuta.

Como se mencionó en el apartado anterior, diversas investigaciones habían destacado la influencia de la personalidad del terapeuta. De hecho, 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, p. 352, *la traducción me pertenece*). Y se ha llegado a plantear si el EPT es un estilo de personalidad inclusive (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, Melipillán-Araneda & Ramírez-Azócar, 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 las mismas es inferior a otros tópicos, como por ejemplo el enfoque teórico y su relación con el EPT.

Corbella et al. (2007 a) 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. Es importante mencionar aquí, que tres de las cinco funciones del EPT (Atencional, Operativa e Instruccional) presentaron correlaciones significativas con al menos una escala del cuestionario de personalidad; esto se destaca ya que en la presente investigación también se incluyó un objetivo similar, sólo que fue evaluada la personalidad del terapeuta con un instrumento diferente. 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 publica una investigación que también empleó uno de los instrumentos antes utilizados en relación al EPT-C, el Cuestionario de Dirección de Intereses (Caine, Wijesinghe & Winter, 1981 citado en Corbella et al., 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.

Empleando la misma muestra de terapeutas, también se evaluó la relación del patrón de apego con el EPT (Botella et al., 2008; Corbella, Botella, Fernández-Álvarez, Saúl & García, 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.

Otro estudio reciente, se ocupó de analizar la relación entre el EPT con la personalidad, evaluada a través del Cuestionario Multifacético de Personalidad Minessota-II (MMPI-II; Hathaway & 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).

Recientemente, Genise (2015) se propuso indagar las relaciones entre el EPT, estilos de apego y factores de personalidad. Para ello se empleó una muestra de 120 terapeutas, a los cuales se les aplicó el EPT-C (versión 36 ítems), la escala de estilos de apego (Casullo & Fernández Liporace, 2005) y el *Big Five Inventory*, en su adaptación argentina (Castro-Solano, 2005). Como resultado se encontró una correlación significativa positiva entre la función de Involucración y Apertura a la Experiencia (r= .226, p < .05); mientras que no se encontraron resultados significativos entre el EPT con estilos de apego.

Por último, otras dos variables demográficas que se analizaron en 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, en 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.

1.5. Interacción entre el EPT y variables del paciente

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.

Esta línea parte del supuesto de que "la derivación o asignación de un paciente a un terapeuta u otro, es importante para el proceso y resultado de la psicoterapia" (Botella & Corbella, 2006, p. 31).

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 & 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 & 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 (Beutler, 1983, Beutler & Clarkin, 1990, citados en Botella & Corbella, 2005): 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 concluyen a través de un análisis mediante el modelo LISREL de ecuaciones lineales estructurales, 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 & Corbella, 2005; Botella & Corbella, 2006; Botella, Corbella & Belles, 2006; Corbella Santoña, Fernández-Álvarez, Botella et al., 2007).

Como conclusión, se señala que "el terapeuta debe conocer su propio estilo personal para facilitar la optimización de sus recursos y habilidades personales, así

como para mejorar aquellos aspectos que le suponen alguna dificultad" (Botella & Corbella, 2006, p. 32).

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, en 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 & Fernández Álvarez, 2007).

Seguidamente, se realizarían tres tesis de grado que tuvieron por objetivo analizar la interacción entre el EPT con la alianza terapéutica.

La primera de ellas, contó con 4 terapeutas y 14 pacientes de Buenos Aires, a los cuales se les administró el EPT-C, el Inventario de Alianza de Trabajo y Teoría del Cambio (Corbella & Botella, 2004 citado en García Rizzo, 2008) y el *Synthom Check List -90 R* (Casullo, 1999 citado en García Rizzo, 2008). En dicho estudio no se realizaron análisis de estadística inferencial por lo que se limita a un análisis descriptivo (García Rizzo, 2008).

Por otro lado, Hermosa-Bosano (2010) realizó una investigación similar en Ecuador. Trabajó con 16 estudiantes del último año académico de la carrera de Psicología, que habían concluido con horas de práctica pre-profesional clínica. Y también participaron 48 pacientes atendidos por estos terapeutas aprendices. Se incluyeron como medidas de evaluación: EPT-C (versión abreviada de Castañeiras et al., 2008), el Inventario de los 16 Factores de Personalidad de Cattell y el Inventario de Alianza de Trabajo.

Empleando análisis de regresión lineal, se encontró que las funciones Atencional e Instruccional del EPT predicen de manera positiva, la alianza reportada por el cliente (es decir, a mayor focalización atencional y rigidez en el encuadre se lograría mejor percepción de alianza terapéutica). Mientras que, a la hora de predecir la alianza reportada por el terapeuta con sus pacientes, se encontró que la función Operativa (de forma negativa) y la función Instruccional (de forma positiva) predecían de manera significativa la alianza terapéutica.

Entre las limitaciones metodológicas puede mencionarse: el empleo de los instrumentos sin adaptación al país de uso (Ecuador) y que los pacientes respondieron el cuestionario de alianza terapéutica en un promedio de 8 meses después a haber concluido la psicoterapia.

El último estudio que puede mencionarse dentro de esta línea, fue realizado por Moya Cortés (2015) con 48 terapeutas de España. Allí se les solicitó que además de completar el EPT-C (versión abreviada), evaluaran la alianza terapéutica de al menos dos pacientes (es decir, se evaluó la alianza desde la perspectiva del terapeuta). Como resultado se encontró que la función Expresiva podía predecir la varianza de la alianza terapéutica en un 1,2 %.

1.6. Estudios en otros países.

García y Fernández Álvarez (2007, p. 126) mencionan que "el EPT-C ha sido traducido al inglés, portugués y polaco. Diversos grupos lo aplicaron o están aplicando, lo que muestra las expectativas sobre su utilidad que el constructo ha suscitado en la comunidad científica". Se mencionan un total nueve países donde el cuestionario habría sido desarrollado, además de Argentina. A pesar de que se encuentren publicadas investigaciones donde se trabajó con terapeutas de diferentes lugares del mundo (como Estados Unidos, España, Ecuador, Chile, Brasil, Guatemala, Portugal, México), en la literatura sólo pudo encontrarse datos referidos a adaptaciones psicométricas realizadas en Brasil, Chile y Portugal (Botella & Corbella, 2005; Da Silva et al., 2006; Estrada Aranda, 2014; García & Fernández Álvarez, 2007; Hermosa-Bosano, 2010; Lee et al., 2013; Moura de Carvalho, Corbella & Mena Matos, 2011; Quiñones Bergetet et al., 2010; Vides-Porras, Grazioso & García de la Cadena, 2012).

En el caso de Brasil, se trabajó en la adaptación de la versión original del EPT-C (Fernández Álvarez et al., 2003). Primeramente, el instrumento se sometió a una adaptación semántica, donde dos jueces expertos acordaron en un 90 % de los ítems. Luego se realizó una prueba piloto con 30 sujetos para indagar si las consignas eran comprendidas correctamente. Finalmente, el instrumento se aplicó a 225 terapeutas y sólo fue analizada la confiabilidad de las escalas que arrojaron los siguientes resultados: Atencional (α =.70), Involucración (α= .67), Operativa (α= .77), Instruccional (α= .52) y Expresiva (α= .55) (Da Silva et al., 2006).

Unos años después se publica la adaptación al país chileno (Quiñones Bergeret et al., 2010). Los primeros pasos fueron iguales al estudio anterior (adaptación idiomática y evaluación por jueces expertos). Luego, el cuestionario fue aplicado a una muestra de 92 terapeutas y sometido a un análisis de validez y confiabilidad. Para el Análisis Factorial Exploratorio se empleó como método de extracción de factores el Análisis de Ejes Principales. Se encontró una estructura factorial de cuatro factores que los autores denominaron del siguiente modo: Expresión Emocional, Operativo-Atencional, Instruccional e Involucración. El primero de estos factores correlacionó de manera significativa con el factor Instruccional (r= -.25) y con el factor de Involucración (r= .21). En relación a la confiabilidad de la escala, los valores oscilaron entre .64 y .79 en el análisis de alfa de Cronbach.

El último estudio publicado en el extranjero, fue realizado en Portugal por Moura de Carvalho et al. (2011). El objetivo fue realizar un análisis factorial confirmatorio empleando la versión breve del instrumento (Castañeiras et al., 2008), con un total de 384 terapeutas de dicho país. Como resultado sólo se encontró evidencia parcial sobre el ajuste del modelo de cinco factores con la versión breve de 21 ítems, ya que los indicadores dieron por debajo de los valores críticos. En tanto que, en el análisis de confiabilidad, las cinco funciones oscilaron entre valores de .45 y .72. Como conclusión, los autores mencionan la necesidad de continuar con los estudios psicométricos del instrumento.

1.7. Desarrollo de la guía GOTA-v.

Hasta aquí se ha visto que el EPT y su operacionalización psicométrica a través del EPT-C ha sido un área de interés científico. Sin embargo, a pesar de los exhaustivos análisis psicométricos realizados en nuestro país y en el extranjero, el EPT se ha evaluado a través del auto reporte. Y en relación a esto, Botella y Corbella (2006) expresan:

> El estilo del terapeuta es más que propiamente la puntuación de unos cuestionarios auto aplicados, por esto sería interesante ampliar la información proporcionada por el EPT-C (…) con otros procedimientos como el análisis del discurso del terapeuta o la visualización de sesiones de cada uno de los diferentes terapeutas (p. 32).

También Lee et al. (2013) llamaron la atención de que quizás el EPT pueda variar de acuerdo a la percepción del cliente, es decir se debería también corroborar su fidelidad con la evaluación del paciente o de un observador. Y Fernández Álvarez, Castañeiras, Curtarelli et al. (2015) remarcan la necesidad de estudiar al terapeuta en sesión para saber lo que realmente hace, más allá de su percepción acerca de su EPT.

Estos antecedentes pueden mencionarse porque irían en la dirección al desarrollo de un instrumento diferente, que fue creado para evaluar la actividad del terapeuta a través de jueces externos (Fernández Álvarez, Castañeiras, Corbella Santomá & Fernández Álvarez, 2015). El instrumento fue denominado Guía de Observación de la Conducta Verbal de Terapeutas (GOTA-v) (Gómez et al., 2011), cuyo objetivo es "estudiar las conductas verbales de los terapeutas durante las sesiones, con independencia de los aspectos relacionales y los efectos de las intervenciones" (Fernández Álvarez, Castañeiras, Curtarelli et al., 2015, p. 25). La misma clasifica la actividad discursiva del terapeuta en: preguntas, indicaciones, afirmaciones y actos sin clasificar.

El primer estudio empírico publicado indagó si existían diferencias en el tipo y cantidad de preguntas que realizaron tres terapeutas con distinto grado de experiencia, sobre el mismo paciente. Las preguntas podían clasificarse según su temática: sobre hechos y datos, sobre la experiencia subjetiva, para interpretar y

relacionar, sobre lo que está sucediendo en sesión, sobre el encuadre, para sugerir un curso de acción, y de confirmación de recepción del mensaje.

A nivel metodológico, se grabaron y transcribieron un total de nueve sesiones, de tres terapeutas (tres sesiones cada uno), que adscriben a un modelo integrativo de psicoterapia. Las sesiones no eran parte de entrevistas iniciales o de cierre de proceso. De cada sesión fueron grabados los diez minutos iniciales, diez centrales y diez finales. Las mismas son consideradas momentos representativos de la actuación profesional. Luego, dos jueces expertos definieron la pertinencia de cada pregunta a cada categoría previa, y en caso de empate se recurrió a un tercer juez. Para evaluar la confiabilidad del criterio inter jueces se calculó el coeficiente Kappa de Cohen y se obtuvo un puntaje de .84 y un intervalo de confianza de .95. Como resultado se encontró que el terapeuta más experimentado habló significativamente menos durante las sesiones y realizó menor cantidad de preguntas.

El siguiente estudio se publica un año después, ampliando la muestra a seis terapeutas de diferentes orientaciones teóricas (integrativos y psicoanalistas) y niveles de experiencia (Fernández-Álvarez, Gómez & Corbella Santomá, 2012). En total se grabaron y transcribieron 4 sesiones por terapeuta, dando un total de 24 sesiones. Se buscó analizar si la orientación teórica y el grado de experiencia influían en la cantidad y tipo de preguntas.

Como resultado se encontró al igual que el estudio anterior, que a mayor grado de experiencia tendía a disminuir la frecuencia de preguntas, preguntando más sobre experiencias subjetivas y haciendo menos uso de preguntas confirmatorias. Y también se encontraron diferencias en la cantidad y tipo de preguntas al comparar los terapeutas de diferentes orientaciones teóricas, los terapeutas integrativos preguntaron más acerca de la experiencia subjetiva como también hicieron mayor cantidad de preguntas de interpretación.

Seguidamente, Fernández Álvarez, Castañeiras, Curtarelli et al. (2015) realizan la primer (y única hasta el momento) publicación en una revista científica con los avances de la guía GOTA-v. Allí se exponen los resultados de una investigación realizada con 44 sesiones de psicoterapia, correspondientes a 12 terapeutas de Argentina. El objetivo fue evaluar la frecuencia de los actos de habla en general: preguntas, afirmaciones e indicaciones; empleando la misma metodología que los estudios anteriores.

Como resultado, el mayor porcentaje del lenguaje verbal del terapeuta estuvo relacionado con afirmaciones, y específicamente aquellas donde el profesional aporta un significado diferente al propuesto por el paciente (confrontación, interpretación, reformulación), seguidas de afirmaciones que buscan resumir lo que expresa el paciente.

Hasta aquí las tres investigaciones propuestas, no habían conjeturado una conexión entre la guía GOTA-v y el EPT, es decir no se sabía cuál era la relación entre los actos de habla del terapeuta con las funciones específicas del EPT. Este

interrogante sería respondido en la próxima investigación presentada por Fernández Álvarez, Castañeiras, Corbella Santomá y Fernández Álvarez (2015).

Empleando una muestra de 80 sesiones realizadas por 20 terapeutas integrativos, se realizó un análisis de *cluster* con los perfiles descriptos en el EPT-C. Como resultado, se definieron 3 grupos de terapeutas donde se identificaron diferencias significativas en las funciones Atencional y Operativa en el Análisis de Varianza Unidireccional (ANOVA), demostrando por primera vez la validez concurrente del EPT-C a través de la guía GOTA-v.

1.8. EPT en poblaciones clínicas

En la definición original del constructo EPT, se aclaraba que a pesar de su carácter estable el mismo podía modificarse en otros aspectos, de acuerdo al tipo de paciente, patología y contexto en el cual se desarrollara la psicoterapia (Botella & Corbella, 2005; Fernández Álvarez et al., 2003). Es por ello, que otra línea de investigación, y la última que será desarrollada en este apartado, 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.

Siguiendo ese principio, hasta el momento se han realizado cuatro investigaciones donde se compara el EPT en psicólogos que trabajan en: área de neonatología (Vega, 2006), la atención a pacientes severamente perturbados (Rial et al., 2006), el abordaje de enfermedades crónicas (Gómez, 2015) y en el tratamiento de problemáticas relacionadas al maltrato infantil (Casari, Magni & Morelato, 2014). En los cuatro estudios se realizó una metodología similar, donde se intentó armar grupos similares de terapeutas a comparar en cuanto a variables socio demográficas y profesionales (ver tabla 4), y luego se empleó 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 publica 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 justifican la necesidad de estudiar el EPT en profesionales que abordan 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

Tabla 4

Variables socio demográficas y profesionales de los participantes en estudios comparativos del EPT

		Grupo en estudio	Grupo comparativo 1	Grupo comparativo 2
Rial et al. (2006)	n	30	30	
	Sexo	66,7 % mujeres	90 % mujeres	
	Edad (DE)	43, 36 (8,81)	43,66 (8,21)	
	Años de experiencia	16,73 (9, 09)	16,76 (8,7)	
	Orientación teórica	40 % psicoanalistas; 60 % cognitivos e integrativos	40 % psicoanalistas; 60 % cognitivos e integrativos	
Vega (2006)	n	30	114	
	Edad (DE)	40,6 (10,1)	41, 2 (11,5)	
	Años de experiencia (DE)	13,4 (9,4)	14,11(9,9)	
	Orientación teórica	Psicoanalistas: 30 %; Integrativos: 70 %	Psicoanalistas: 27,2 %; Integrativos: 72, 8 %	
Casari et al. (2014)	n	32	32	
	Sexo	100 % mujeres	100 % mujeres	
	Edad (DE)	37,5 (8,4)	36,7 (8,3)	
	Años de experiencia profesional	7,9 (4,8)	9,71 (8,2)	
	Universidad de egreso	Univ. del Aconcagua (87 %)	Univ. del Aconcagua (81 %)	
	Enfoque teórico	Integrativo (47 %)	Integrativo (47 %)	
	Tipo de abordaje	Más de uno (44 %)	Individual (72 %)	
Gómez (2015)	n	53	30	60
	Sexo	81,1% mujeres	96,7% mujeres	85% mujeres
	Edad (DE)	46,5 (12,04)	43,9 (12,6)	46,1 (12,7)
	Años de experiencia profesional	17,9 (10,7)	15,97 (11,07)	16,9 (12,06)

30 no lo estaban, los cuales conformaron la muestra control, 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, t (58) = -1.83; p< .05, con una menor involucración, t (58) = -3.23; p< .01, y más

pautados operativamente, t (58) = 3.53; p< .001, que aquellos terapeutas que asisten a pacientes considerados no severos.

También se comparó si al interior de cada orientación teórica, se producían diferencias significativas por el hecho de trabajar predominantemente con PSP. Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos empleando la prueba no paramétrica *U* de *Mann Whitney* en las funciones Operativa y de Involucración, donde los terapeutas tanto cognitivo-integrativos (n= 18) como psicoanalistas (n= 12) que trabajan con PSP (n=30) resultaron ser, más pautados en sus abordajes técnicos y con un menor grado de involucración que sus colegas de similar orientación, pero pertenecientes a la muestra control. Y también se hallaron valores estadísticamente inferiores en la función Expresiva en el caso de terapeutas que adhieren a un modelo psicoanalítico (n= 24), donde el subgrupo que se dedica al abordaje de PSP (n= 12) se auto describió como más distante a nivel emocional.

Un último análisis indagó si al comparar terapeutas de distintas orientaciones teóricas pero que trabajan en el mismo subgrupo (PSP o control), también presentarían diferencias estadísticamente significativas en las funciones del EPT. Se encontraron tres resultados significativos (ps< .05), en las dimensiones Atencional, Expresiva y de Involucración en el subgrupo de profesionales abocados a la atención de PSP (n= 30), donde en todos los casos los terapeutas cognitivo – integrativos (n= 18) obtuvieron valores superiores a sus colegas psicoanalíticos (n= 12). Esto implica que los mismos serían más focalizados en su atención, cercanos emocionalmente y con un mayor grado de compromiso.

Los autores consideran 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 agregan que estas características del EPT no pueden relacionarse a un mejor establecimiento de la alianza terapéutica o de los resultados. Por último, mencionan 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 publica un libro titulado *El psicoterapeuta en neonatología: Rol y estilo personal escrito* por Edith Vega (2006). El mismo surge como producto de una tesis doctoral y constituye hasta el momento el único libro abocado directamente al EPT.

La constitución de la muestra en estudio fue más compleja que en la investigación de 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 cumplían 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 (ver tabla 4). Se aclara que la muestra total que conformó este estudio proviene de la investigación publicada en el año 2003 por Fernández Álvarez et al. la cual contó con un total de 189 terapeutas, de los cuales fueron seleccionados intencionalmente un subgrupo para la investigación de Vega (2006).

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: $t= 3{,}104$ $p< .01$. Luego al comparar si existían diferencias en el perfil del EPT en la muestra de terapeutas del grupo en estudio diferenciados por orientación teórica, no se encontraron resultados significativos.

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 conjeturar un perfil ideal de EPT para esta área específica.

Las siguientes dos investigaciones que intentaron comparar perfiles del EPT en poblaciones clínicas específicas, llegarían unos años después.

Casari, Magni & 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 (32 por cada grupo), las principales variables socio demográficas y profesionales que componen a ambos subgrupos se describen en la tabla 4. 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 (t=-2.474; p<.05; d=-.714). Un dato importante es que se incluye por primera vez en los estudios comparativos el análisis del tamaño del efecto, el cual fue moderado (Cohen, 1988).

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.

Finalmente, 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 (sub grupo de terapeutas); y que posean un mínimo de un año de experiencia profesional y más de 10 pacientes atendidos. Las variables socio profesionales se describen en la tabla 4.

Empleando la prueba ANOVA, se encontró que los terapeutas de pacientes oncológicos presentaron las puntuaciones medias más bajas en todas las funciones evaluadas, aunque sólo en las funciones Instruccional ($F(2)= 7,01$; $p<. 01$) y Atencional ($F(2) = 4,58$; $p<. 05$) las diferencias alcanzaron significación estadística. Seguidamente se analizó si en el subgrupo de terapeutas oncológicos (n= 53) existían diferencias significativas por enfoque teórico, separando a los mismo en orientaciones: cognitivas, psicoanalíticas, humanístico-existenciales e integrativas. Como resultado se observaron diferencias con significación estadística entre las orientaciones en tres de las funciones terapéuticas: Atencional ($F(3)= 4,412$; $p< .01$), Operativa ($F(3)= 3,111$; $p< .05$) y Expresiva ($F(3)= 6,332$; $p<.01$).

1.9. Conclusiones sobre el EPT

A modo de cierre puede decirse que el EPT es un constructo con solidez teórica y de amplia difusión en la comunidad científica, encontrándose alrededor de 40 producciones científicas que incluyen desde tesis de grado y posgrado, presentaciones a congresos, libros y capítulos de libros, y artículos en revistas científicas de diferentes niveles de impacto. Entre sus fortalezas puede mencionarse: vínculo con aspectos de la alianza terapéutica (que se relacionarían con el resultado), su capacidad de discriminación de acuerdo a enfoques teóricos (variable profesional más estudiada), demostración de la conexión con aspectos de la personalidad del terapeuta, el reciente hallazgo de su validez concurrente a través de la observación de jueces externos con la guía GOTA-v, y por último, que es un instrumento de fácil y rápida administración. Sin embargo, quedan puntos inconclusos que pueden ser trabajados en futuros estudios.

A nivel psicométrico, aparentemente el EPT-C mostraría adecuadas propiedades en su versión breve (Castañeiras et al., 2008). Sin embargo, diversos estudios muestran la dificultad por mantener la estructura de cinco funciones en los análisis factoriales, como también en relación a la confiabilidad de las escalas

(Fernández Álvarez et al., 2003, 2005; Moura de Carvalho et al., 2011; Quiñones Bergeret et al., 2010). Por lo que quizás se necesite continuar profundizando en el estudio de validez y confiabilidad, y no proponer que es un tema acabado como se postuló en Castañeiras et al. (2008). Quizás las dificultades psicométricas nos estén señalando que la estructura de cinco factores pueda explicarse por cuatro en realidad; y también se necesita saber si la función Instruccional es realmente independiente de las demás, o estaría relacionada a los aspectos emocionales. Una propuesta sería la realización de un análisis factorial confirmatorio donde se comparen tres modelos rivales que hasta el momento se han postulado: el modelo original de cinco factores de 36 ítems; el modelo abreviado de cinco factores y 21 ítems; y un modelo de cuatro factores y 36 ítems como se postuló en el estudio psicométrico realizado en Chile.

En cuanto al desarrollo metodológico, hemos visto cómo se han aplicado diferentes tipos de diseños, llegando en algunos casos a ser bastante sofisticados y que incluyen análisis multivariados de alta complejidad, como ecuaciones estructurales o análisis factoriales confirmatorios. También puede destacarse el empleo de amplio número de terapeutas en la muestra y la inclusión de otros instrumentos que permiten enriquecer la posibilidad de establecer asociaciones estadísticas. Sin embargo, deberían revisarse ciertos modos de investigar que no han sido el ejemplo de las afirmaciones anteriores, donde hubo un bajo nivel de sofisticación metodológica, debido a, entre otros aspectos: escaso número de terapeutas, utilización del instrumento a otros países sin adaptaciones previas, y empleo de pruebas estadísticas que no condicen con el nivel de medición de las variables.

Otra línea de investigación sería el desarrollo de un instrumento donde el paciente pueda evaluar el EPT, para corroborar la fidelidad del terapeuta tal como se hizo con la guía GOTA-v recientemente. Ya que ésta última sólo puede evaluar lo que ocurre en sesión, otros aspectos más globales pueden escaparse a la hora de únicamente analizar los actos de habla (como, por ejemplo, el lenguaje no verbal del terapeuta y sus manifestaciones empáticas). De este modo se podría aumentar la validez concurrente e incluir la perspectiva del otro actor involucrado en la terapia: paciente.

Una deuda pendiente podría decirse que es el establecimiento de baremos en el EPT: puntos de corte que permitan clasificar a los terapeutas en su perfil, y de este modo poder ser consultado para que los profesionales puedan auto evaluarse sin mayores dificultades. Contamos con amplias muestras en Argentina, por lo que un primer paso ya estaría dado, como también el desarrollo de estudios psicométricos que aportan a la validez y confiabilidad del instrumento. Se requerirían definir los puntos de corte y allí establecer cuáles serían los puntajes bajos y altos por función.

Se necesita estudiar el EPT y los resultados en psicoterapia. El constructo ya ha demostrado poseer solidez suficiente y poder discriminativo, por lo que es necesario indagar en profundidad las interacciones entre terapeuta y paciente, y así

estudiar qué aspectos del profesional contribuyen al cambio. En el caso de Argentina, teniendo el mayor número de psicólogos *per capita*, y sabiendo que aproximadamente la mitad de ellos ejerce la actividad clínica (Alonso & Klinar, 2015), el potencial para la investigación clínica es de gran magnitud.

A nivel de variables socio profesionales, posiblemente sea necesario reformular algunas consignas previas al inicio del protocolo porque las investigaciones no encontraron aun hallazgos significativos. Este es el caso por ejemplo del tipo de patología, dispositivo de tratamiento y grupo etario de abordaje. En el primero, las opciones propuestas son muy diversas y no responden a un criterio específico siguiendo las divisiones de un manual de psicopatología. Mientras que, en el caso del tipo de dispositivo, la mayoría de los terapeutas ejercen con tratamientos que son individuales excluyendo a los demás. Y considerando el grupo etario de trabajo aún no se han reportado análisis significativos. Hasta el momento las variables profesionales que más fueron estudiadas son el enfoque teórico, seguido en menor medida por los años de experiencia y la duración del tratamiento.

En relación a esta línea de investigación, las influencias de variables socio demográficas y profesionales, sabemos que tanto aspectos técnicos (como el enfoque teórico) y también la personalidad del terapeuta, guardan relación con el constructo del EPT. Pero lo que resta indagar es su peso relativo, es decir, cuál variable presenta mayor influencia en la determinación del EPT y así intentar incluir el análisis de la misma en próximas investigaciones.

Y, por último, en el caso de la evaluación del EPT en poblaciones específicas, se necesitan mayores controles metodológicos, como, por ejemplo, chequear de algún modo la formación e idoneidad profesional en ciertas patologías que se están evaluando. 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 a 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 en relación al tipo de patología que se pretende evaluar?

En síntesis, el instrumento posee un desarrollo conceptual y psicométrico basto que tiene múltiples aplicaciones para la investigación. El desafío es sortear limitaciones de los estudios previos y continuar profundizando en nuevas temáticas, con mayores muestras e incluyendo a terapeutas de diferentes regiones geográficas (Rial et al., 2006).

2. Abordaje psicológico de las adicciones

En el capítulo anterior se concluía con una frase de Rial et al. (2006) en la cual se abogaba por ampliar los estudios del EPT, incluyendo a profesionales que se abocan a otras patologías clínicas. De aquí surge, en parte, el fundamento del estudio, pero también de las características que plantea el abordaje de esta problemática, principalmente los diferentes dispositivos de asistencia y las complejidades sobre la alianza terapéutica.

Hay que considerar al abordaje de las adicciones como un campo multidisciplinar (Gómez, 2012), de aquí que el título de la presente tesis es Estilo Personal del Terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. Se toma la postura teórica de que las drogodependencias deben ser tratadas asistencialmente por un equipo interdisciplinario y en instituciones, aclarando que el profesional psicólogo posee un rol central en el tratamiento (Becoña Iglesias & Cortés Tomas, 2008).

A lo largo de este capítulo se tratarán diferentes temáticas. En primer lugar, se presentará la clasificación actual sobre adicciones de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante, DSM), conceptos claves asociados y la vulnerabilidad desde los factores de riesgos y protección.

Luego, se desarrollarán los principales dispositivos de atención sanitaria disponibles y las contribuciones de los tratamientos psicológicos eficaces en el área del consumo de sustancias y adicciones comportamentales.

Finalmente, tras haber realizado una amplia contextualización de las adicciones y su abordaje, se hará hincapié en aspectos netamente relacionados a variables que influirían en el EPT: alianza terapéutica y estudios sobre variables de los profesionales en el área de adicciones.

2.1. Adicciones: conceptos claves y criterios diagnósticos.

Desde los comienzos de la humanidad, los seres humanos han utilizado diversos productos químicos con diferentes propósitos, como alterar sus estados de ánimo, estimularse, sedarse, modificar su percepción, etc. (Becoña Iglesias & Cortés Tomas, 2011; Máculus, 2012). Sin embargo, recién en los siglos XIX y XX las ciencias de salud comenzaron a hablar de conceptos como abuso de sustancias y drogodependencia, haciendo alusión a un vínculo patológico que se establece entre una persona con una droga, caracterizado por un patrón de consumo compulsivo que acarrea una serie de complicaciones a nivel bio – psico – social. A su vez, la existencia de drogas no es la causa del fenómeno, porque no todas las personas que se exponen a la mismas desarrollan una adicción, sino que depende de una relación de multicausalidad entre una persona, la oferta de drogas, los factores de riesgo y protección, y el ambiente social en que se encuentra (Gómez, 2012).

Previo a detallar los criterios diagnósticos, es necesario definir qué es una droga.

> Se considera sustancia psicoactiva con capacidad adictiva o, coloquialmente "droga", a toda sustancia farmacológicamente activa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones indeseables y dañinas del nivel de conciencia, de las funciones psíquicas básicas, de la construcción y curso del pensamiento, de los procesos senso-perceptivos y, como resultado de todo ello, del comportamiento. Esta definición incluye, por tanto, no sólo lo que habitualmente se conoce por «drogas ilegales» sino, también, a sustancias de uso legal como el tabaco o las bebidas alcohólicas, a determinados psicofármacos y a sustancias de uso doméstico o laboral como los disolventes volátiles. Algunas de estas mismas sustancias pueden ser aceptadas como sustancias con potencialidad terapéutica por las Agencias de Salud Pública y ser prescritas en medicina (Casas, Bruguera, Duro & Pinet, 2011, p. 18).

Asimismo, para que una sustancia sea considerada como una droga debe contar con dos propiedades: carácter psicoactivo, cuya acción principal es alterar el estado de ánimo, el nivel de percepción o funcionamiento cerebral (Becoña Iglesias, 2002; Gómez, 2012); y poseer potencial adictivo, que es la posibilidad de generar dependencia en el consumidor (Becoña Iglesias & Cortés Tomas, 2011).

En lo que respecta a las clasificaciones de las drogas, existen diversos criterios clasificadores. Uno de ellos es partir del efecto que producen en el SNC: supresoras, estimulantes y perturbadoras (Gómez, 2012).

Las drogas supresoras disminuyen el nivel de activación del sujeto, produciendo relajación y sedación. Se trata de drogas que, incluso produciendo excitación y estimulación en un inicio, conducen a desacelerar la velocidad del procesamiento de la información y la capacidad de respuesta cognitivo – conductual. Entre las mismas se podrían nombrar las siguientes: alcohol, opiáceos y analgésicos narcóticos, sedantes y ansiolíticas, hipnóticos, tranquilizantes mayores o anti psicóticos.

El otro grupo corresponde a drogas estimulantes, las cuales aumentan la atención y el estado de alerta. Pueden producir una sensación subjetiva de aumento del rendimiento físico – mental, generando una ilusión de mayor capacidad intelectual y exceso de confianza en sí mismo. A su vez, reducen el hambre y la sensación de fatiga. Entre ellas se encuentran: cocaína, anfetaminas y estimulantes menores, como la nicotina y la cafeína.

Por último, las drogas perturbadoras poseen como característica principal alterar la percepción, generando alucinaciones sensoriales de intensidad variable. Producen dificultades para fijar la atención, problemas de concentración y memoria, disminución de los reflejos y coordinación motriz general; y a nivel anímico, pueden producir sensaciones de bienestar, relajación y euforia. Algunas

de ellas son: alucinógenos (como LSD), anestésicos disociativos (como ketamina), derivados del cannabis (marihuana, hachís), drogas de síntesis (éxtasis), e inhalantes.

En las anteriores ediciones del DSM (American Psychiatric Association, 2002), se hablaba de un grado de jerarquía en consumos compulsivos de sustancias. La primera de ellas es la Intoxicación, que es un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de una sustancia psicoactiva, que produce alteraciones físico-mentales (en algunos casos el fenómeno de la intoxicación es relativo a la cantidad de sustancia consumida, como el alcohol). En segundo lugar, se describe al Abuso como el consumo recurrente de una sustancia que acarrea problemas laborales, familiares; o bien que se la ingiere en situaciones de riesgo (como manejar un automóvil bajo los efectos de una intoxicación aguda). Seguidamente se menciona a la Dependencia, definiéndola como un estado fisiológico de neuroadaptación producido por la administración repetida de una sustancia psicoactiva (uso excesivo), que necesita de la administración continuada para evitar la aparición del síndrome de abstinencia (American Psychiatric Association, 2002). La dependencia se encuentra ligada a dos fenómenos: tolerancia y abstinencia. El primero implica que la persona debe consumir cada vez más para conseguir el efecto deseado; mientras que la abstinencia es un conjunto de reacciones físicas y/o psicológicas que surgen cuando una persona consumidora habitual de una sustancia deja de consumir la misma (Gómez, 2012).

Como se explicará más adelante, en el manual mencionado se evita usar la palabra adicción, y se hace referencia a un trastorno por consumo de sustancias. Entonces, a la hora de definir que es una adicción, desde el Instituto Nacional de Drogadicción (National Institute of Drug Addiction [NIDA], 2008), se define a la misma como:

> Enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y cómo funciona. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas (p. 5).

La drogadicción termina generando una dependencia a nivel neurológico, por ello es que se dice que “la adicción es una enfermedad del cerebro” (NIDA, 2010, p. 5). Es decir, produce alteraciones cerebrales a nivel estructural y funcional que perduran mucho tiempo después al cese del consumo regular, lo cual explica los fenómenos de recaída. Se agrega también que es una enfermedad crónica ya que, por más que la persona se recupere de su consumo, queda en cierta medida vulnerable a recaer (McCrady, 2008).

En la quinta edición del DSM (American Psychiatric Association, 2014) se presenta un capítulo de clasificación denominado Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos, donde se introducen cambios con respecto a las ediciones anteriores. Y donde se engloban diez clases diferentes de drogas: alcohol,

cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancias tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes), tabaco, y otras sustancias (o sustancias desconocidas). La característica común es que al ser "consumidas en exceso producen una activación directa general del sistema de recompensa cerebral, que está implicado en el refuerzo comportamental y en la producción de recuerdos" (American Psychiatric Association, 2014, p. 481).

Las sustancias psicoactivas trabajan en el sistema de gratificación del cerebro produciendo cantidades inusuales de dopamina. Esta última es un neurotransmisor que se encuentra en regiones del cerebro que regulan el movimiento, las emociones, la cognición, la motivación y los sentimientos de placer. La sobre estimulación de este sistema, que recompensa nuestros comportamientos naturales, produce los efectos de euforia que buscan las personas que abusan de las drogas y les enseña a repetir este comportamiento. Si bien la dopamina se libera en situaciones de recompensa naturales (como el comer, tener sexo), la liberación de este neurotransmisor es más potente y duradero cuando se consume una sustancia (y puede ser inmediato si la droga es fumada o inyectada). Entonces, "el efecto de una recompensa tan poderosa motiva fuertemente a las personas a consumir drogas repetidamente" (NIDA, 2008, p. 8). Debido a que el cerebro termina acostumbrándose a grandes cantidades de dopamina, deja de producir el nivel previo de este neurotransmisor y la persona comienza a experimentar más emociones negativas, que lo llevan a consumir para intentar sentirse bien nuevamente (NIDA, 2008).

Por otro lado, en el DSM también se incluye al juego patológico dentro de este grupo porque presenta dos similitudes con los anteriores: activa los mismos mecanismos del sistema de recompensa cerebral, al igual que las drogas de abuso, y genera síntomas conductuales similares (American Psychiatric Association, 2014). Cía (2013) destaca también la semejanza a nivel de comorbilidad, tolerancia y abstinencia, aspectos genéticos y respuestas al tratamiento.

2.1.1. Trastornos por consumo de sustancias

Siguiendo con la postura de dicho manual, el trastorno por consumo de sustancias implica un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias con la presencia de "síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia" (American Psychiatric Association, 2014, p. 483).

A los fines diagnósticos se expone que el sujeto debe cumplir con una serie de síntomas agrupados en las siguientes áreas:

a) Control deficitario: implica un deseo intenso de consumo, que conlleva a la ingesta o administración de cantidades importantes de la sustancia y al uso de una gran parte de su tiempo abocado a conseguir o consumir la sustancia; asimismo la persona intenta controlar su consumo, pero sin éxito.
b) Deterioro social: se manifiestan problemas en áreas sociales, como la familia, amistades o en el trabajo que son causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.
c) Consumo de riesgo de la sustancia: provoca consecuencias negativas a nivel físico y mental y la persona no puede dejar de consumir a pesar de las complicaciones que le provoca.
d) Criterios farmacológicos: tolerancia y abstinencia.

En total conforman once criterios diagnósticos y la gravedad se establece de acuerdo a la cantidad que se cumplen de los mismos: leve (hasta tres criterios diagnósticos), moderado (hasta cinco), y grave (a partir de los seis). Esta nueva clasificación elimina los conceptos anteriores de Abuso y Dependencia, por una clasificación más dimensional y útil para el clínico (Blonigen, Finney, Wilbourne & Moos, 2015; Hasbrouck, Phillips & Downer, 2015; Heinz & Friedel, 2014; Lima et al., 2015).

También se aclara que la confirmación diagnóstica debe estar basada en información proveniente de múltiples fuentes, desde el mismo paciente, hasta observaciones de personas allegadas, el juicio del clínico y pruebas de laboratorio (American Psychiatric Association, 2014).

A su vez, el manual describe sus razones por las cuales no se utiliza la palabra adicción:

> Se utiliza la expresión más neutra trastorno por consumo de sustancias para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave, de consumo compulsivo y continuamente recidivante. Algunos clínicos preferirán utilizar la palabra adicción para describir las presentaciones más extremas, pero esta palabra se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-5 a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa (American Psychiatric Association, 2014, p. 485).

Por último, también se comenta que la franja etaria que más consume sustancias es la comprendida entre los 18 y 24 años. La intoxicación suele ser el primer trastorno relacionado con las sustancias y, generalmente, el primer episodio ocurre en la adolescencia (American Psychiatric Association, 2014).

Posteriormente a las especificaciones generales de los trastornos por consumo de sustancias, el manual detalla las características particulares de cada una de las sustancias señaladas anteriormente. Se exponen los criterios y características diagnósticas, prevalencia, desarrollo y curso, factores de riesgo, pronóstico,

aspectos relacionados a la cultura, marcadores diagnósticos, riesgos de suicidio, diagnóstico diferencial y comorbilidad.

La segunda parte de este apartado, se detiene en trastornos no relacionados a sustancias, puntualmente en juego patológico, incluido por primera vez en las ediciones de dicho manual (Heinz & Friedel, 2014). Es un tipo de actividad lúdica recurrente que produce un malestar clínicamente significativo y está asociado a una diversidad de síntomas o criterios, entre ellos: la necesidad de apostar cada vez más dinero y preocupación por conseguir el mismo, pensamientos recurrentes sobre la situación de juego, se suele apostar cuando el sujeto experimenta emociones negativas (angustia), la persona miente sobre su conducta de apuesta (la niega), pone en peligro su trabajo, estudios o relaciones significativas a causa del juego (American Psychiatric Association, 2014). Al igual que los trastornos por consumo de sustancias, el DSM especifica que la cantidad de criterios diagnósticos cumplidos dan lugar a la gravedad del trastorno: leve (4- 5 criterios), moderado (6-7 criterios) y grave (más de 7).

A nivel de comorbilidad es frecuente la asociación de otras patologías simultáneas al consumo de sustancias compulsivo que complejizan el tratamiento y, en ocasiones, terminan funcionando como predictores del mismo (Conway, Swendsen, Husky, He & Merikangas, 2016; McCrady, 2008; NIDA, 2008; Urbanoski, Kenaszchuk, Veldhuizen & Rush, 2015). En las once categorías específicas que se incluyen dentro del apartado, las patologías que se presentan con mayor frecuencia asociadas a trastornos por consumo de sustancias son: trastornos de personalidad (especialmente el trastorno antisocial) (Fenton et al., 2012), seguido de trastornos depresivos (depresión mayor), trastornos de ansiedad (incluida ansiedad generalizada y trastornos de pánico) y trastornos bipolares. También se recalca la alta comorbilidad con consumo compulsivo de otras sustancias y con ideación suicida (American Psychiatric Association, 2014).

En síntesis, las principales modificaciones a los trastornos por consumo de sustancia pueden resumirse en las siguientes eliminaciones y adiciones. Entre las primeras están el abandono de problemas legales como un criterio diagnóstico por el sesgo cultural que puede implicar, y también la supresión de las categorías dicotómicas de abuso y dependencia, debido a que la evidencia científica no respalda la presencia de estados intermedios (Blonigen et al., 2015; O'Brien, 2011). Por otro lado, dentro de los aspectos que se agregan, pueden mencionarse: el deseo intenso de consumo (*craving*) como factor a considerar dentro de los criterios diagnósticos (Blonigen et al., 2015), inclusión del síndrome de abstinencia al cannabis y a la cafeína, agregado del tabaco como una sustancia posible de causar consumo problemático y el juego patológico dentro de este apartado (Hasin et al., 2013).

2.1.2. Vulnerabilidad a las adicciones.

Como se mencionó anteriormente, la vulnerabilidad a la drogodependencia está relacionada a una diversidad de factores: predisposición genética, influencias ambientales, edad de consumo inicial y la interacción de estos factores (NIDA, 2010; Secades Villa & Fernández Hermida, 2000). Esta diversidad de factores explica por qué no todas las personas que alguna vez consumen una sustancia terminan desarrollando un patrón de consumo compulsivo.

Previo a profundizar esto descripción, es fundamental partir de una pregunta central: ¿por qué las personas consumen drogas? El NIDA (2008) sintetiza cuatro motivos individuales: 1) para sentirse bien, por la sensación intensa de placer que puede generar (debido a sus efectos neuroquímicos); 2) para disminuir el malestar, causados por sentimientos de angustia o por una patología previa (como fobia social, depresión); 3) para rendir mejor, aumentar el rendimiento atlético o cognitivo; 4) por curiosidad o porque los demás lo hacen, esto es especialmente en adolescentes y la presión que pueden recibir del grupo.

Becoña Iglesias (2002), menciona distintas fases que atraviesa un sujeto en su camino a la drogodependencia: 1) fase previa o de predisposición, 2) fase de conocimiento, 3) fase de experimentación e inicio al consumo de sustancias, 4) fase de consolidación, 5) abandono o mantenimiento y 6) una posible fase de recaída.

En la primera fase, se incluyen los factores biológicos, psicológicos y socio culturales que pueden actuar como factores de riesgo o protección. Un factor de riesgo es "un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)" (Clayton, 1992, p.15). Mientras que un factor de protección es "un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce, o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas" (Clayton, 1992, p.16). Más adelante se desarrollarán cuáles son los principales factores de riesgo y protección.

Luego estaría la fase de conocimiento, donde el sujeto toma contacto con las propiedades y efectos de la sustancia, ya sea de forma activa o pasiva, y siempre ligado a la disponibilidad de la sustancia en su ambiente social (Becoña Iglesias, 2002).

Una vez que el sujeto toma conocimiento de la existencia de cada sustancia, puede ocurrir la experimentación e inicio del consumo, siempre mediando los factores de riesgo y protección, especialmente en la adolescencia que es una etapa crítica del inicio del consumo de drogas. Al principio las personas sólo perciben los efectos positivos de las sustancias (NIDA, 2008). Y seguida la experimentación, puede darse un consumo más consolidado o frecuente, que daría lugar al abuso y dependencia de una sustancia, relacionado a las consecuencias que le esté implicando al individuo. Aquí el sujeto puede incursionar en otras drogas,

generalmente más peligrosas (porque la mayoría de las personas comienza su consumo con sustancias legales). Si la dependencia se mantiene en el tiempo estaríamos en presencia de una adicción consolidada, donde el sujeto necesita consumir más cantidades debido al fenómeno de tolerancia (Becoña Iglesias, 2002).

Seguidamente, puede ocurrir que la persona se plantee las consecuencias de su dependencia, evaluando aspectos positivos y negativos. Es aquí cuando puede decidir que necesita ayuda para dejar su consumo y cuando busca asistencia profesional. Finalmente, si la persona ya sea con ayuda profesional o no, ha logrado abandonar el consumo compulsivo, pueden ocurrir eventos de recaída, donde el sujeto bajo situaciones de estrés vuelve a consumir la sustancia (Becoña Iglesias, 2002).

Si bien el inicio del consumo de drogas es voluntario, una vez que se instala un patrón compulsivo de consumo o una adicción, la posibilidad de abandonar el mismo es compleja. La adicción provoca cambios a nivel cerebral que afectan la posibilidad de auto control, entre ellas en la capacidad de juicio, toma de decisiones, aprendizaje, memoria y control del comportamiento. Se trata de modificaciones funcionales que repercuten el comportamiento del sujeto (NIDA, 2008).

Como se mencionó anteriormente, los factores de riesgo y protección son mediadores de la probabilidad de desarrollo un consumo compulsivo de sustancias o una adicción. No hay un único factor de riesgo que explique aisladamente la posibilidad de consumo, sino que mientras más factores se tengan mayor probabilidad de desarrollar una adicción (NIDA, 2008). Los mismos pueden agruparse en factores de tipo familiares, comunitarios, entre los compañeros e iguales, escolares, e individuales (Becoña Iglesias, 2002).

El NIDA sintetiza los mismos en la siguiente figura:

Figura 1. Factores de riesgo para las adicciones (extraída de NIDA, 2008).

2.1.2.1. Factores de riesgo y protección familiares

Una primera variable a considerar es el tipo de apego con los padres y sus estilos de apego propios, donde si ambos padres presentan estilos temerosos – evitativos presentarían el peor pronóstico (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

También influye el tipo de crianza, que según Schaffer (2000, citado en Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011) puede ser: autoritario (padres en exceso controladores y con bajo nivel de calidez), permisivo (bajo nivel de control y elevada calidez), democrático (alto control y calidez), e indiferente (bajo control y calidez). Aquí el estilo de mayor riesgo es el último, indiferente.

Dentro del clima familiar, los factores de riesgo son el bajo control emocional de las madres, (porque generalmente pasan más tiempo con sus hijos que sus padres) y los conflictos interparentales (NIDA, 2008). Mientras que la proximidad e intimidad del niño/adolescente con sus padres es un factor de protección, porque incrementa la posibilidad de supervisión de las actividades y amistades de éste último. Se aclara que los niños y adolescentes tienden a valorar cierto grado de control por parte de sus padres, el cual es percibido como una muestra de afecto (Richaud, 2007)

Otra dimensión importante es la disciplina familiar, donde la inconsistencia de su aplicación y la ausencia de implicación maternal facilitan el consumo de sustancias (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Llorente, Mezo & Barrutia, 2011).

En relación a la estructura familiar, es un factor de riesgo la ausencia de uno de los progenitores, especialmente cuando no es localizable, porque se ha visto relacionado a cierto grado de características antisociales, lo que puede desembocar en consumo de sustancias (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

El consumo de sustancias de los padres también es un factor a considerar, porque una actitud favorable a las mismas es un factor de riesgo, por lo que debe haber normas explícitas (NIDA, 2008).

Finalmente, el último factor de riesgo que exponen Becoña Iglesias y Cortes Tomas (2011) es la presencia de psicopatología en los padres, ya que puede estar relacionado a problemas psicológicos y psicopatológicos en los hijos, lo que correlaciona con el uso de sustancias en la adolescencia.

Es importante destacar que estos aspectos familiares que hacen a la socialización primaria, forman parte de un microsistema sostenido por macrosistema. Este último, hace referencia al contexto ambiental más amplio como la cultura, valores, normas e instituciones de la sociedad (Porta & Ison, 2011; Vargas-Rubilar & Arán-Filippeti, 2014).

2.1.2.2. Factores de riesgo y protección comunitarios.

El primero de los factores (comunitarios) mencionados por los autores (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011), son los valores, creencias y normas de una comunidad en relación al consumo de drogas, los cuales se van a plasmar en conductas implícitas (como costumbres) y explícitas (como leyes).

Un factor de elevado riesgo es la deprivación social y pobreza, como consecuencia de la inequidad social y falta de oportunidades de inclusión laboral (Llorente et al., 2011). Los autores comentan que muchas veces la pobreza puede asociarse a conductas antisociales, que desembocan en actos delictivos y consumo compulsivo de drogas (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

Otro fenómeno es la aculturación, ligado a la emigración (Schmitz & Schmitz, 2012). A veces las personas que deben irse a vivir a una nueva sociedad, atraviesan situaciones de estrés que pueden conducir al consumo de drogas (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Llorente et al., 2011).

La percepción de riesgo es muy importante en la predisposición al consumo. Esto se refleja en leyes más severas sobre ciertas sustancias y menores sobre otras, como la despenalización del consumo personal de marihuana (Becoña Iglesias, 2002).

Por último, se considera importante la accesibilidad de la droga, es decir, su disponibilidad. Aquí influye el hecho de ser legal o ilegal como también su costo económico (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

2.1.2.3. Factores de compañeros e iguales.

Está ampliamente demostrado el papel central de la adolescencia en el consumo de sustancias, por la vulnerabilidad a la que están expuestos los adolescentes y por ser una etapa crítica vital en la consolidación de la identidad.

En esta etapa de vida juegan un papel importante las amistades que el adolescente haya establecido ya que muchas veces el consumo inicial se produce bajo la presión del mismo (donde las habilidades sociales son importantes como factor protector) o por una actitud favorable (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; NIDA, 2008). Mientras que, las actitudes de los amigos, cuando son de rechazo a las drogas y de promoción de estilos de vida saludables (ejercicio físico, tolerancia a la autoridad, integración a instituciones sociales) son factores protectores (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

Asimismo, el rechazo por parte de los iguales, es decir la exclusión del grupo de pares durante la adolescencia, es un factor de riesgo de psicopatología y de consumo de sustancias (Llorente et al., 2011).

2.1.2.4. Factores escolares

La escuela es otro agente destacado de socialización, donde niños y adolescentes pasan muchas horas de sus días. Por ello es muy importante en cuanto a la influencia que posee y el mejor lugar a la hora de diseñar programas de prevención (Hernández Reyes, Hernández Castro & Aguila Gutierrez, 2015).

Becoña Iglesias y Cortes Tomas (2011) comentan que es deseable que el centro escolar promueva una educación integral de calidad, con un adecuado seguimiento personal a los alumnos y sus necesidades. Esto fomenta la autonomía y el sentido de responsabilidad, lo cual está asociado a una menor probabilidad de conductas disruptivas, incluido el consumo de sustancias.

El rendimiento escolar es otra variable altamente asociada, ya sea como factor protector cuando es satisfactorio, o como factor de riesgo si el mismo es negativo (NIDA, 2008).

Inclusive el tamaño de la escuela se ha estudiado como factor asociado, ya que al ser pequeña el alumno tiene mayor seguimiento y disponibilidad de los profesores para dialogar de sus problemas. La dimensión de la institución está relacionada a la posibilidad de cohesión del alumno con la escuela y sus participantes (Becoña Iglesias, 2002).

Por último, se incluye el apego hacia la escuela, donde un sentido de pertenencia e identidad disminuido es un factor de riesgo (también la cantidad de inasistencias). Está relacionado con la interiorización de las normas de convivencia, que son producto de la satisfacción con la institución educativa (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

2.1.2.5. Factores individuales

A nivel biológico, se cree que entre los factores genéticos y epigenéticos (modificaciones causadas por el medio ambiente a la expresión y función genética), constituyen entre el 40 y el 60 por ciento de la vulnerabilidad a la adicción (NIDA, 2008).

Becoña Iglesias y Cortes Tomas (2011) agregan que la predisposición genética está más relacionada a la Dependencia que al Abuso de una sustancia, y que varía de acuerdo a cada sustancia, siendo mayor, por ejemplo, en el alcoholismo. Hay otros factores como la predisposición genética a la agresividad y otros trastornos mentales que influyen en el consumo compulsivo de sustancias.

En relación al sexo y a la edad, los hombres son quienes consumen mayormente sustancias, y en la franja etaria comprendida entre los 15 y 35 años.

Hablando de factores más psicológicos o conductuales, un factor de riesgo es la presencia de patología psiquiátrica concomitante (Grau-López et al., 2012; NIDA, 2008). En niños y adolescentes, suele ser frecuente el trastorno de déficit de atención y la conducta antisocial (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

La edad de inicio del consumo también está asociada con la intensidad y severidad de consumo posterior (Grau-López et al., 2012; NIDA, 2008;), por ello los programas de prevención tienen como objetivo principal, retardar la edad de inicio (Becoña Iglesias, 2002). Relacionado a este punto, se debe mencionar que las drogas legales (como alcohol y tabaco) suelen ser la puerta de entrada a drogas ilegales, es algo que se conoce como Teoría de la Escalada, que postula una progresión sucesiva de drogas legales a ilegales en los sujetos que terminan desarrollando patrones compulsivos de consumo (Oró & Berastegi, 2015).

Los eventos traumáticos en la infancia se han señalado como factores de riesgo hacia la dependencia de sustancias (NIDA, 2008). Entre ellos se incluyen: abuso físico y sexual, divorcio de los padres, muerte de un progenitor, haber vivido en un hogar de niños o con familias temporales (Pilowsky, Keyes & Hasin, 2009).

Otro factor sumamente relacionado es la actitud individual hacia el consumo de drogas (Gutierrez & Romero, 2014). Si la misma es favorable puede desencadenar mayor experimentación, disminución de la percepción de riesgo (y creencias erróneas acerca de sus efectos), menor resistencia a presión grupal y mayor predisposición al consumo (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

Por último, Becoña Igleas y Cortés Tomás (2011) incluyen a la personalidad del sujeto como otro factor estudiado. Desde el Modelo de los Cinco Factores de Personalidad (McCrae & Costa, 1999), se encontró una relación del Abuso y Dependencia, como puntuaciones altas en Neuroticismo, y bajas en Amabilidad y Responsabilidad.

Otras dos características de personalidad que suelen estar asociadas son la impulsividad y la búsqueda de sensaciones. La primera está relacionada con dificultades para demorar la recompensa y con la necesidad de reforzamiento inmediato, aunque también se aclara que puede tener un sustrato neurológico en los lóbulos frontales que la relacione con una respuesta rápida, espontánea y temeraria. En tanto que la búsqueda de sensaciones tiene un efecto diferencial según el tipo de sustancia que se consume, mientras que aquellas personas que consumen alcohol y cannabis tienen bajos valores en búsqueda de sensaciones (y procuran evitar el malestar), ocurre lo contrario con quienes se inclinan por otro tipo de sustancias como los estimulantes (buscan obtener placer).

2.2. Dispositivos terapéuticos institucionales y técnicas psicológicas para las adicciones.

El objetivo de este apartado es centrarnos en las modalidades de respuesta sanitaria que se pueden brindar desde la psicología. Al respecto McCrady (2008) expresa:

> El sistema de provisión de sistemas de atención para el problema de alcohol o drogas enfrenta numerosos desafíos. Estos incluyen la habilidad para abastecer los servicios necesarios de un modo económico, suministrar servicios con el mejor apoyo empírico de eficacia y dar respuesta a la información emergente sobre la estructura y contenido de los servicios (p. 104).

Dicha afirmación implica trabajar desde una mirada de la eficiencia, brindar la mejor atención posible (en términos de eficacia) pero con el menor costo.

Previo a ello, es importante detenerse en cómo una persona con consumos compulsivos se decide a cambiar y cuáles son las fases que atraviesa en dicho proceso y decisión. Se aclara que no siempre el cese del consumo se produce con ayuda profesional, se sostiene que incluso la mayoría lo hace sin recurrir a un tratamiento (Blonigen et al., 2015; Dawson et al., 2006; McCrady, 2008).

2.2.1. Modelo transteórico del cambio.

Lo primero que debemos comprender es que el cambio es un proceso, no un fenómeno dicotómico (McCrady, 2008; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011). El modelo más usado para entender cómo cambian las personas, es el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente, que se plantea como tridimensional: estadios, procesos y niveles de cambio (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Sánchez-Hervás, Gradolí & Gallús, 2004). Los estadios se refieren a las etapas que va atravesando una persona en la búsqueda y mantenimiento del cambio; los procesos se refieren a estrategias cognitivas y conductuales que se emplean para ir progresando en las etapas; mientras que los niveles de cambio están relacionados a la profundidad del cambio, hasta dónde debe llegar una persona para modificar su conducta adictiva (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

2.2.1.1. Estadios de cambio

Los autores proponen que las personas transitan por cinco estadios de cambio: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. Existen criterios temporales y conceptuales que caracterizan a cada etapa, siendo más importantes los segundos (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).

El primero de ellos es el estadio o fase de Precontemplación, donde la persona no se plantea cambiar en al menos los próximos seis meses. No existe un cuestionamiento de la situación y ante un planteo sobre su consumo, el sujeto tiende a negar la gravedad de la problemática. Incluso pueden clasificarse los tipos de Precontemplación en Renuentes, Rebeldes y Racionalizadoras (Pacheco, 2013). En esta etapa se valoran más los aspectos positivos de su conducta, sin considerar las consecuencias que acarrea para sí mismo y para los demás. Puede ocurrir que personas en esta etapa acudan a consulta profesional, pero sólo lo hacen por presiones externas (de un familiar que los amenaza o por prescripciones legales), por lo que es muy importante trabajar sobre su motivación al cambio, respetando la resistencia del paciente y acudiendo a técnicas como la Entrevista Motivacional (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).

En la siguiente etapa, Contemplación, la persona muestra una actitud más abierta ante su problema, incorporando los aspectos negativos. La característica central es la ambivalencia hacia su consumo, cuestionándose la posibilidad de cambiar y el esfuerzo que le implicaría, aunque muchos sujetos queden en esta etapa por años (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).

La Preparación es la próxima fase, donde el sujeto toma la decisión de cambiar en el corto plazo (próximos 30 días como máximo) y realiza pequeños cambios en su conducta adictiva, como, por ejemplo, disminuir la cantidad de la sustancia que se consume (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).

Luego sigue la etapa de Acción, aquí la persona deja de consumir por un periodo inferior a seis meses. Se observan los cambios más manifiestos y por ello recibe refuerzo por su conducta de parte de las personas significativas. Es una etapa de gran esfuerzo y compromiso (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).

Finalmente, se encuentra la etapa de Mantenimiento que se inicia una vez que transcurrieron seis meses sin consumir. La persona tiende a comportarse de un modo más estructurado porque teme que cualquier modificación lo conduzca a una recaída. A la vez, es la etapa donde el sujeto siente que se está convirtiéndose en el tipo de persona que quiere ser (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).

Este modelo no plantea el cambio de forma lineal, considera que en el camino hacia la abstinencia los sujetos pasan varias veces por las mismas etapas, por lo que la mejor forma de representar gráficamente el modelo es en la figura de un espiral (ver figura 2). Se plantea la posibilidad de recaer en el consumo, donde el sujeto regresa a un estadio motivacional inferior sin que necesariamente lleve al abandono del tratamiento (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011; Sánchez-Hervas et al., 2004). Esto ocurre cuando las estrategias para mantener la abstinencia fallan, y es por ello que se incorporan técnicas específicas de prevención de recaídas (Min et al., 2011; Peng et al., 2013; Witkiewitz, Greenfield & Bowen, 2013; Witkiewitz et al., 2014). Por ello, es muy importante la relación terapéutica entre paciente y profesional, de modo que se pueda trabajar coordinadamente en objetivos acordes

con el estadio en que se encuentra el primero (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).

Figura 2. Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente (extraído de Becoña Iglesisas & Cortés Tomas, 2011).

Por último, los autores plantean dos condiciones que harían considerar que una persona está libre de su consumo compulsivo: que no exista el deseo de consumir drogas en cualquier situación problema y que la persona posea una seguridad absoluta de que no volverá a consumir (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

Además del juicio del clínico, se han desarrollado instrumentos psicométricos que permiten evaluar la predisposición al cambio en un sujeto. Los

dos más conocidos según Norcross, Krebs y Prochaska (2011) son: *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) (McConnaughy et al., 1983, 1989), el cual está siendo adaptado a Argentina (Wyss & García, 2014), y el inventario *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES) desarrollado por Miller y Tonigan (1996). Es muy importante que se evalúe continuamente la motivación para lograr el cambio, porque la disminución de la misma (una vez que se inició el cambio), puede aumentar la probabilidad de recaídas (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

2.2.1.2. Procesos de cambio

Los estadios de cambio están relacionados a cuándo van cambiando las personas, en función de qué avances van teniendo, mientras que los procesos de cambio explican cómo se produce el mismo (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011). Los autores comentan que mientras pueden existir alrededor de cuatrocientos modelos en psicoterapia, los procesos por los cuales cambian las personas pueden resumirse a no más de diez. Los mismos son definidos como: "…actividades manifiestas y encubiertas que los individuos realizan cuando intentan modificar la conducta problema. Cada proceso es una categoría amplia que reúne múltiples técnicas, métodos y posturas relacionales tradicionalmente asociadas con modelos teóricos diversos" (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011, p. 281, *la traducción me pertenece*).

Estos procesos de cambio interactúan con los estadios de cambio, teniendo mayor actividad en determinadas etapas. Aquellos procesos que pueden asociarse a tradiciones teóricas cognitivas, experienciales y psicoanalíticas son más útiles en los estadios de Contemplación y Precontemplación porque son de corte más cognitivo afectivo; mientras que los procesos que están relacionados con enfoques conductuales y existenciales son necesarios para las etapas de acción y mantenimiento, ya que están relacionados a actividades más conductuales (ver figura 3) (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011; Rosen, 2000; Sánchez-Hervas et al., 2004).

Los procesos son:

- Aumento de conciencia: aumento de información sobre sí mismo y el problema (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011). Las técnicas pueden ser: observaciones, confrontaciones, interpretaciones, ejercicios de conciencia, biblioterapia. Es un proceso que se utiliza para avanzar de Precontemplación a Contemplación, cuya finalidad es incrementar el

conocimiento acerca de los beneficios de cambiar y del tratamiento psicoterapéutico (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).

- Auto reevaluación: es una valoración cognitiva y afectiva acerca de cómo uno se siente y piensa de la conducta adictiva y de los cambios que podría realizar (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011). Está relacionado a técnicas como la clarificación de valores, imaginería, experiencia emocional correctiva (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).
- Alivio dramático o activación emocional: Experimentación y expresión de emociones acerca de su problema y su posible solución. Técnicas empleadas: psicodrama, trabajo catártico, *role-playing* (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).
- Auto liberación: creencia en la habilidad para cambiar y el compromiso para cambiar. Pueden utilizarse técnicas como toma de decisiones, entrevista motivacional, técnicas para fortalecer el compromiso (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).
- Liberación social: un proceso ligado a la representación social de las adicciones, y en la voluntad social para combatirlas (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).
- Contracondicionamiento: Está basado en el principio de inhibición recíproca, que promueve la sustitución de respuestas no ansiógenas ante situaciones de ansiedad. Técnicas frecuentes: relajación, desensibilización, entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva, exposición conductual (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).
- Control de estímulos: Evitación o control de estímulos que eliciten las conductas problemas. Puede utilizarse la reestructuración ambiental, evitación de situaciones asociadas al consumo, modificación de relaciones significativas (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).
- Refuerzo: Recompensarse uno mismo o ser recompensado por otros por hacer cambios. Entre las técnicas asociadas se encuentran: contratos de contingencia, refuerzo manifiesto y encubierto. Es útil en la etapa de acción que es cuando aparecen los cambios más significativos, con el tiempo el paciente debe acostumbrarse a confiar más en sus auto refuerzos que en los externos, incluidos los de su terapeuta (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).

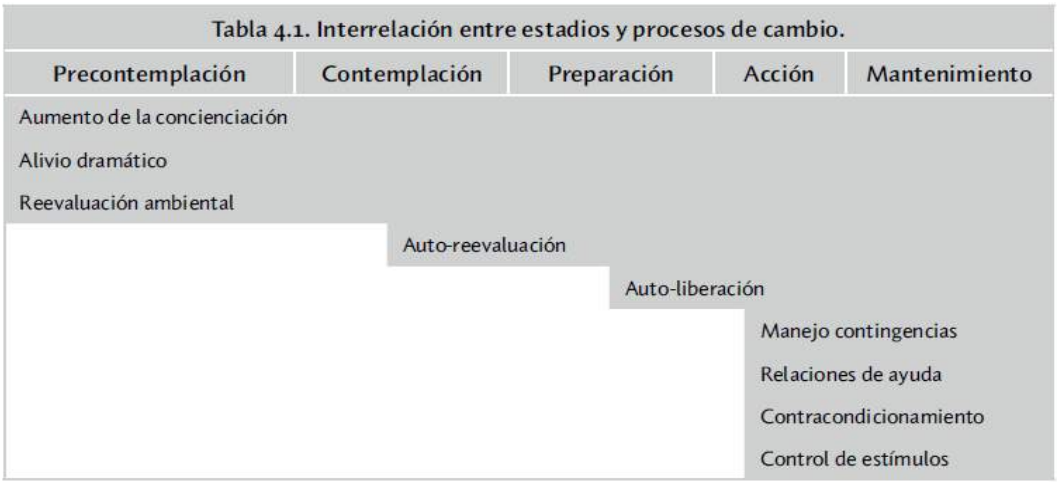


Figura 3. Interrelación entre estadios y procesos de cambio (figura extraída de Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

2.2.1.3. Niveles de cambio

El último aspecto que se contempla en el modelo transteórico son los niveles de cambio, que son niveles de intervención interrelacionados y organizados de un modo jerárquico: síntoma/situación, cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales actuales, conflictos sistémicos/familiares y conflictos intrapersonales.

Los autores recomiendan empezar por el primero de ellos (síntoma / situación) debido a que es el motivo principal de la consulta y aquel que tiene más acceso manifiesto para el paciente, ya que es lo que desea cambiar o un aspecto que los demás le exigen modificar (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

También se aclara que, si bien la intervención terapéutica comienza por dicho nivel, la misma debe dirigirse a todos los niveles, debido a la complejidad problemática de la adicción y su afectación a múltiples esferas de la vida de la persona (NIDA, 2010).

2.2.1.4. Integración de técnicas específicas en el modelo transteórico

El modelo transteórico considera tres variables que deben trabajarse intensamente: motivación para el cambio, expectativas de autoeficacia y toma de decisiones (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

La primera de ellas es sumamente importante y debe evaluarse constantemente. Se concibe que dicha motivación puede construirse con técnicas como la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2012).

Las expectativas de autoeficacia son los mediadores entre el conocimiento y la acción. Es una variable que tiene mayor peso en la etapa de mantenimiento, cuando el sujeto ha logrado un cese de consumo y es este logro de ejecución una fuente importante en sus expectativas de autoeficacia. Incluso, se sostiene que “la

magnitud de la tentación para consumir drogas es inversamente proporcional a la autoevaluación de eficacia" (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011, p. 76).

La última variable es la toma de decisiones, también llamada balance decisional. Es un proceso que implica la evaluación de aspectos negativos y positivos asociados al consumo, en diferentes áreas y considerando a sí mismo como a los demás.

Por otro lado, existen autores que intentaron combinar desde el modelo transteórico técnicas eficaces de intervención. Como dicho modelo es postulado originalmente en la década del 80´, con la llegada en la siguiente década de los tratamientos psicológicos eficaces (Chambless et al., 1996), se abre la posibilidad de integrar éstos últimos a las distintas etapas de cambio. Esto posibilitaría saber qué técnicas han demostrado su validez empírica para poder ser utilizadas según la necesidad y momento de cambio que esté atravesando el paciente (Sánchez-Hervas et al., 2004). Este último autor propone un modelo integrador, el cual se expone a continuación (figura 4).

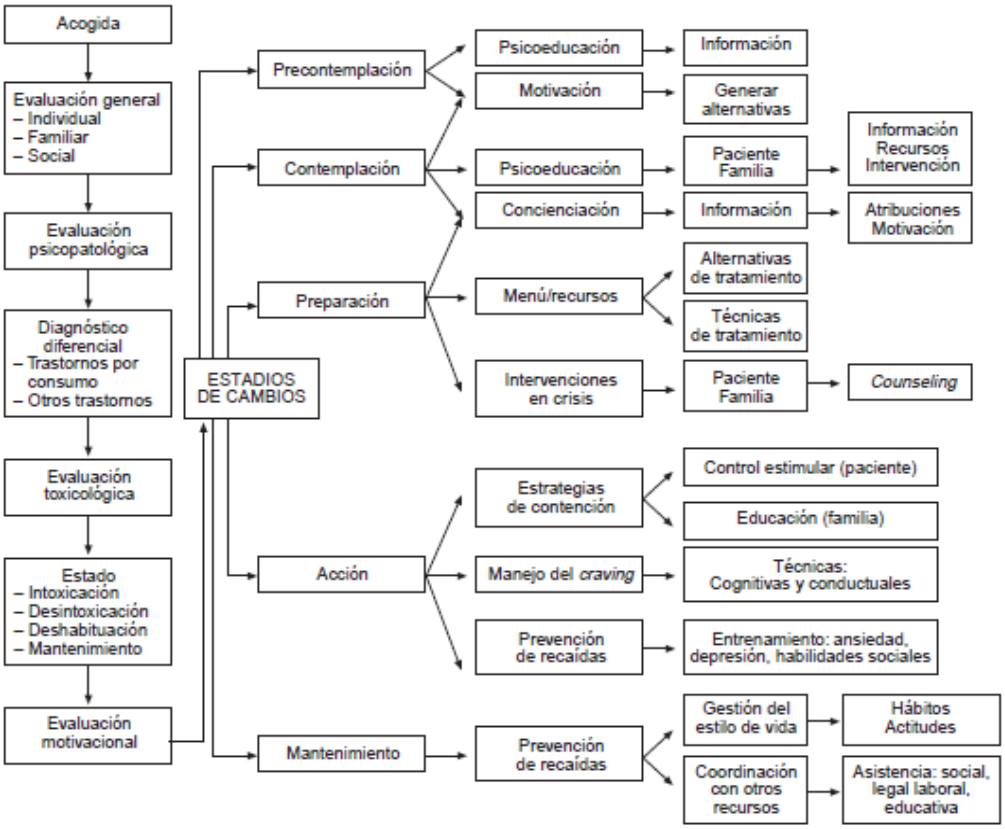


Figura 4. Modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones (extraído de Sánchez-Hervas et al., 2004).

Este modelo parte de técnicas psicoeducativas al inicio del tratamiento, para informar sobre la sintomatología negativa asociada al consumo compulsivo de sustancia. Mientras que en las últimas fases se trabaja con técnicas más conductuales como la prevención de recaídas y en la construcción de un nuevo

proyecto de vida que apunte a un estilo de vida saludable (Pacheco, 2013; Sánchez-Hervas et al., 2004).

2.2.1.5. Evidencia actual del modelo transteórico

Debido a la popularidad y expansión del modelo transteórico en la comunidad científica y asistencial, con el tiempo comenzaron a publicarse reportes de resultados lo que permitió sintetizar los mismos en meta análisis. Norcross, Krebs y Prochaska (2011) informan acerca de la integración entre estadios y procesos de cambio de acuerdo a su capacidad predictiva de resultados en el cambio conductual.

Rosen (2000) estudió la relación entre los estadios y procesos de cambio, analizando 47 investigaciones diferentes. Encontró un tamaño del efecto medio (*d*) de .70 para la variación en procesos cognitivo afectivos de acuerdo al estadio y un tamaño del efecto de .80 para la variación de procesos conductuales por estadio, lo que implica, en ambos casos, un efecto de moderado a grande. Además, se detectó que estos resultados no diferían según el problema tratado, donde se incluyeron entre otros: dependencia al tabaco, inicio de una dieta y de ejercicio físico, psicoterapia, etc.

Otro estudio más reciente, demostró en el análisis de 88 estudios, que las intervenciones personalizadas realizadas a través de soportes digitales (terapias *on line*), producen un tamaño del efecto de .18 en problemas como: cesación tabáquica, actividad física, dieta saludable y evaluaciones mamográficas (Krebs, Prochaska & Rossi, 2010). Sin embargo, dicho estudio no incluyó modalidades de psicoterapia presenciales (*face to face*), ni tampoco trabajó sobre problemas comúnmente tratados por profesionales de la salud mental.

Por lo tanto, Norcross, Krebs y Prochaska (2011) realizaron un meta análisis donde se propusieron indagar si los estadios de cambio eran predictores de resultado. Como criterio de inclusión de los estudios consideraron: investigaciones realizadas de manera presencial, que el tratamiento haya sido ejecutado por un profesional de la salud mental, pacientes con criterios específicos de acuerdo a un manual diagnóstico, una duración mínima del tratamiento de tres sesiones, y evaluación de la motivación al cambio. Dando lugar a treinta y nueve investigaciones que cumplieron con dichos criterios. Como resultado se encontró que el tamaño del efecto fue moderado (d= .46), lo que indica que los estadios de cambio son predictores confiables del resultado en psicoterapia.

Otro objetivo de dicho estudio, fue analizar el tamaño del efecto del modelo transteórico en la alianza terapéutica y en la adherencia al tratamiento o abandono prematuro. En el primer caso el tamaño del efecto fue de .61 y en el segundo de .42. Esto implica que los estadios de cambio son un predictor confiable del abandono terapéutico, lo cual es muy importante si consideramos que se habla de una tasa de

deserción de hasta 50 % en el tratamiento de adicciones (Miller & Miller, 2009), en consonancia con los planteos del NIDA (2010) que refieren que las personas suelen tener varios tipos de tratamientos por su tendencia al abandono. En relación a este punto, puede ocurrir que la oferta asistencial brindada no contemple la amplia gama de necesidades que son concomitantes al problema de drogodependencia (Miller & Miller, 2009).

También se estudiaron moderadores potenciales de resultados terapéuticos. No se encontraron resultados significativos para características del paciente (franja etaria), ni para las siguientes características del tratamiento: pacientes internados en comparación con pacientes ambulatorios, entre intervenciones basadas en manual con aquellas que no lo hicieron, como también en relación a la cantidad de sesiones. El único resultado significativo se observó en estudios donde la mayoría de los participantes eran del sexo femenino.

Los autores concluyen remarcando la importancia de la evaluación del estadio de cambio y adaptando el tratamiento (como la postura del terapeuta) a la fase en que se encuentra el paciente, ya que la mayoría se encuentra en pre contemplación y contemplación cuando inician un tratamiento.

2.2.2. Dispositivos institucionales

Es importante entender el recorrido que se está realizando en relación a las temáticas abordadas en este capítulo. Hasta aquí se ha comentado, en primer lugar, la clasificación diagnóstica actual y los factores que inciden o protegen a un sujeto en el desarrollo de una adicción; luego se hizo mención al proceso de cambio a través del modelo quizás más usado a nivel mundial, un marco de referencia con evidencia científica que permite comprender las etapas que atraviesa un sujeto una vez que decide modificar su conducta compulsiva y las intervenciones terapéuticas sugeridas por los autores para incrementar la posibilidad de éxito. Ahora nos centraremos en el siguiente paso, ¿con qué tipo de dispositivos asistenciales puede encontrarse una persona una vez que decide buscar ayuda profesional?

Los dispositivos varían de acuerdo al país y a la oferta sanitaria que se haya instrumentado para dar respuesta a la demanda de asistencia. Por ejemplo, en España, Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2011) exponen tres grupos distintos de atención: tratamientos ambulatorios, tratamientos residenciales e intervención mínima.

Los centros específicos de atención a la drogodependencia tienen como característica que son interdisciplinares y están organizados para atender múltiples aspectos de la persona con adicción (necesidades bio-psico-sociales). Entre los profesionales suelen encontrarse: médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, educadores y médicos clínicos (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Heredia & Marziale, 2010). En Argentina, el mayor porcentaje de profesionales es

cubierto por psicólogos (42%), seguido de operadores socio terapéuticos (30 %); y, en menor medida, el resto del equipo terapéutico está integrado por: médicos psiquiatras, médicos clínicos, psicólogos sociales, nutricionistas y otros (como profesores de arte y de deportes) (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico [SEDRONAR], 2009).

Esta composición interdisciplinaria que se aglutina en una misma institución tiene sentido si pensamos en la complejidad de la problemática de la drogodependencia y en todas las esferas de la vida del sujeto que se ven comprometidas, constituyendo un trastorno que afecta a la persona de manera global (American Psychiatric Association, 2014, Guajardo & Kushner, 2004; Llorente et al., 2011; McCrady, 2008; Miller & Miller, 2009; NIDA, 2010).

Una vez que la persona con consumos compulsivos consulta en un centro específico, se hace la evaluación interdisciplinaria y se diseña un plan de tratamiento específico (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Llorente et al., 2011). Es importante aclarar que, a pesar de que existen lineamientos y recomendaciones con evidencias científicas, los planes de tratamiento son confeccionados para cada paciente de forma individual tal como lo sugiere el NIDA (2010) en dos de sus principios para el tratamiento de las adicciones: "no hay un sólo tratamiento que sea apropiado para todas las personas" (p. 10) y "El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas" (p. 10), éste último principio es ampliamente compartido en la actualidad (Llorente et al., 2011; Miller & Miller, 2009).

En los centros especializados se ofrecen una diversidad de servicios (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; SEDRONAR, 2009), los cuales se comentan a continuación:

- Diagnóstico y psicoterapia: en Argentina el formato más representado es el individual, seguido de vincular, grupal y, finalmente, familiar. Es quizás el aspecto más importante en la atención a drogodependencia (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2008) ya que abarca el diagnóstico y tratamiento de los procesos relacionados al fenómeno adictivo, así como también la orientación y asesoramiento para la familia del paciente (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Jiménez-Lerma, Larrazabal, Iraurgi, Landabaso & Zubizarreta, 2011).
- Atención médica general y médica psiquiátrica: incluye la evaluación de patologías médicas asociadas (SIDA, Hepatitis, tuberculosis, enfermedades infecciosas); y la prescripción de psicofármacos, donde se provee de un fármaco que actúa sobre los mismos lugares del cerebro que la droga que sustituyen, bloqueando los efectos de la sustancia, suprimiendo los síntomas del síndrome de abstinencia y aliviando el deseo de consumo (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Jiménez-Lerma et al., 2011; Llorente et al., 2011; NIDA, 2010; SEDRONAR, 2009).

- Capacitación y formación: se incluyen talleres de capacitación técnicas (en oficios, artes y educación), como también actividades recreativas / lúdicas.
- Seguimiento del paciente dado de alta y de prevención de recaídas: Una vez que los pacientes alcanzan las etapas últimas de acción y mantenimiento, se trabaja con dos actividades principales: seguimiento y prevención de recaídas. Es una actividad muy importante, ya que es durante el primer año cuando ocurre el mayor porcentaje de recaídas, por lo que se recomienda un seguimiento continuo (Blonigen et al., 2015; Jiménez-Lerma et al., 2011; SEDRONAR, 2009).
- Atención social: Los trabajadores sociales se ocupan de los problemas de tipo social, económico y legal, brindando asesoramiento e intervención específica en el campo cuando es necesario (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

2.2.2.1. Modalidades de tratamiento.

Existen dispositivos específicos que varían en su oferta de acuerdo al lugar geográfico. Cada modalidad implica un abordaje terapéutico diferente, que difiere en su intensidad y duración. La misma está relacionada al diagnóstico integral realizado previamente. En Argentina, de acuerdo a la SEDRONAR (2009) los mismos (a cargo de profesionales) son:

- Consultorio externo: se brinda consultas de tipo diagnóstica y de orientación, como también atención psicológica o psiquiátrica (SEDRONAR, 2009).
- Unidades desintoxicación hospitalaria: son dispositivos asistenciales sanitarios ubicados dentro de una institución de salud (hospital psiquiátrico o polivalente). Los pacientes permanecen un período breve de tiempo (no más de dos semanas), bajo el cuidado de personal médico para tratar los efectos fisiológicos agudos de la intoxicación por sustancias. Formalmente, se lo considera un precursor del tratamiento, una etapa previa al ingreso (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Jiménez-Lerma et al., 2011; Miller & Miller, 2009; NIDA, 2010; SEDRONAR, 2009).
- Ambulatorio: aquí los pacientes asisten con una frecuencia estipulada a tratamiento. Se brindan algunos de los servicios antes mencionados (SEDRONAR, 2009).
- Hospital de Día: Instituciones que brindan tratamiento diurno de Lunes a Viernes (4 hs. diarias si es de medio día o Jornadas de 6 a 8hs con almuerzo) a las que los pacientes concurren diariamente. La condición es que los pacientes deben pernoctar fuera de la institución (Jiménez-Lerma et al., 2011; SEDRONAR, 2009).

- Tratamiento residencial: brinda atención las 24 hs. Entre ellas se incluyen las Comunidades Terapéuticas y los pisos tutelados (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

En Estados Unidos, la Sociedad Americana de Medicina Adictiva desarrolló *Patient Placement Criteria*, una guía de para identificar el mejor nivel de atención asistencial posible en función de indicadores bio-psico-sociales (Mee-Lee, 2013). Los dispositivos son, de menor a mayor gravedad: intervención temprana, atención ambulatoria, atención ambulatoria intensiva u hospitalización parcial, atención residencial o internación y tratamiento médico residencial. Esta clasificación depende de seis dimensiones: intoxicación aguda o probabilidad de intoxicación, criterios bio-médicos, criterios emocionales – conductuales, motivación al cambio, potencial para la recaída y evaluación del contexto social.

En otros países, existen dispositivos orientados a la reducción de daños, que buscan disminuir las consecuencias adversas, pero no la abstención total. Se trata de acciones que promueven la evitación de infecciones y el número de fallecimientos asociados a la administración de sustancias. Incluye: suministro de material esterilizados (jeringas, agua destilada, desinfectante) necesario para evitar enfermedades infecciones (HIV, Hepatitis); administración de metadona; creación de narcosalas donde las personas pueden consumir sustancias en un ambiente controlado (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011). En España, una ONG llamada *Energy Control* realiza acciones de este tipo, informando y asesorando sobre el consumo de sustancia, ofreciendo un servicio de análisis de sustancias que permite identificar la calidad de la misma (Energy Control, s/f).

Siempre es importante que más allá de la modalidad específica de tratamiento, se realice un seguimiento y evaluación periódica de los resultados (al menos consultando al paciente sobre su percepción del tratamiento), o variables asociadas como el nivel de satisfacción con el tratamiento, ya que pueden depender inclusive del factor institución (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Domínguez-Martín, Miranda-Estribí, Pedrero-Pérez, Pérez López & Puerta-García, 2008; Gómez Penedo, Barreiro & Roussos, 2015; López-Goñi, Fernández-Montalvo, Illescas, Landa & Lorea, 2008; Miller & Moyers, 2014; NIDA, 2010).

Y también se recomienda que los tratamientos sean adaptados considerando el perfil sociodemográfico del paciente, más allá del tradicional pensado para hombres jóvenes-adultos (Gómez Penedo et al., 2015; Montgomerya, Sanninga, Litvaka & Petersb, 2014). Así es como han surgido modalidades especiales para personas con adicciones que sean principalmente: adolescentes, mujeres, minorías étnicas, personas sin hogar, mujeres embarazadas, ancianos, y hasta personal sanitario (Cáceres & Mesías, 2011; Lusilla, Braquehais & Bel, 2011; Ramos-Quiroga, Rodríguez & Ferrer, 2011; Roncero, Bachiller, Ros & Casas, 2011; Ruiz de Apodaca, García & Gutiérrez, 2011; Vélez & Jansson, 2011).

Existen evidencias de que, de acuerdo a características del paciente, se pueden obtener mejores resultados con ciertos formatos de terapia. Algunos hallazgos mencionados por Blonigen et al., (2015) son:

- Pacientes con trastornos crónicos de adicciones y patologías comórbidas, responden mejor a intervenciones altamente estructuradas basadas en enfoques cognitivo conductuales; mientras que aquellos con menor grado de gravedad y mayor cantidad de recursos de afrontamiento, pueden logar buenos resultados con intervenciones menos estructuras y más flexibles.
- Pacientes con una red de apoyo social menos desarrollada podrían beneficiarse más de enfoques de Refuerzo Comunitario.
- La terapia cognitivo conductual es más recomendada que la Entrevista Motivacional, si el paciente tiene dificultades en la expresión de sus sentimientos.
- Pacientes con baja autoeficacia obtienen mejores resultados en terapias cognitivo conductuales y Terapia de Mejora Motivacional
- Pacientes con alcoholismo que cuentan con una buena red de apoyo social tienen más éxito en programas de 12 pasos, a comparación de terapia cognitivo conductual o Terapia de Mejora Motivacional.
- Aquellos pacientes con menos motivación al cambio se benefician más de Terapia de Mejora Motivacional, que de tratamientos cognitivo conductuales.

2.2.2.1.1. Tratamientos residenciales: Comunidades Terapéuticas

Los tratamientos residenciales son el tipo de intervención más intensa, por lo que están reservados para pacientes con mayor grado de severidad, recursos sociales limitados, patologías duales, etc. (Blonigen et al., 2015). Dentro de los mismos, las Comunidades Terapéuticas (CT) son uno de los dispositivos de atención sanitaria más importantes (Llorente et al., 2011; López-Fernández, Román-Jiménez, Castello-Cullell & García-Claver, 2012).

Carrizo (2012) expresa que las CT "se han erigido históricamente como la alternativa hegemónica para la asistencia de personas con problemas de consumo de drogas" (p. 90). Sin embargo, el autor luego comenta que esta hegemonía hoy está siendo cuestionada y han surgido tratamientos residenciales con otras alternativas (como los pisos, que luego serán comentados).

Las CT actuales provienen de la fusión de dos corrientes históricas: un modelo surgido en EEUU, muy estructurado y rígido, cuyas bases teóricas podrían relacionarse a los principios de la modificación de la conducta y al movimiento de autoayuda (llamado *Modelo Daytop*); y un modelo europeo, basado en la psiquiatría comunitaria y el aprendizaje social (llamado *Modelo Jones*) (Llorente et al., 2011). Carrizo (2012) sintetiza las principales características de ambos modelos (ver tabla 5).

Tabla 5. Modelos históricos de Comunidades Terapéuticas (extraído de Carrizo, 2012)

	Modelo Daytop	Modelo Jones
Origen	Estados Unidos (1958)	Reino Unido (1947)
Composición	No profesional - Luego mixta	Profesional
Orientación	Modificación de la Conducta - Movimiento de autoayuda	Psiquiatría Comunitaria - Aprendizaje Social
Estructura	Verticalista - Muy jerarquizada	Horizontal - Democrática
Ámbito de intervención	Consumo de drogas	Distintos trastornos mentales - Incluye el consumo de drogas
Duración del tratamiento	Estancias prolongadas	Tendencia a reducir el tiempo de internación
Eje terapéutico	Basado en la abstinencia (modelo libre de drogas)	Basado en el logro de la madurez y la responsabilidad
Trabajo con la familia	No desarrolla alternativas para el abordaje familiar	Intenta incluirla en tratamiento

Al inicio, las CT tenían ideologías pseudo-científicas, que basaban su ayuda en códigos moralistas y religiosos. Sin embargo, la tendencia actual es a profesionalizar las mismas y a evaluar sus resultados en consonancia con estándares de calidad (Carrizo, 2012; Llorente et al., 2011).

Llorente et al. (2011) definen a las CT como "un medio terapéutico residencial basado en la interacción permanente entre el usuario, los pares y el equipo, donde se realiza una intervención intensiva, multidisciplinar, coordinada y orientada a la rehabilitación integral del drogodependiente" (p. 294).

Las comunidades terapéuticas (CT) son programas integrales de tratamiento residencial, que incluyen intervenciones psicológicas, médicas y educativas, dirigidas, en último término, al desarrollo de un estilo de vida adecuado a un entorno social normalizado. Esto se logra a través de las experiencias que proporciona el contexto interpersonal de la propia comunidad terapéutica (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

Dichos autores comentan que es el dispositivo más intenso, porque está destinado a pacientes con una importante desestructuración psicológica, familiar y/o social, que dificulta de forma notable el desarrollo de un tratamiento exitoso en su medio habitual y que han fracasado de forma repetida en el ámbito ambulatorio (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011). El perfil habitual de paciente es aquel con una dependencia grave, con poliadicción (adicción a más de una sustancia), que ha fracasado en intentos anteriores de tratamiento y con cronicidad en su adicción (Llorente et al., 2011). Se aclara que la cronicidad (antigüedad en tiempo de consumo) y poliadicción son factores que dificultan las posibilidades de éxito terapéutico (Gómez Penedo et al., 2015; Grau-López et al., 2012).

El énfasis está puesto en el uso de la comunidad, compuesta por personal de tratamiento y personas en recuperación que funcionan como agentes claves del cambio, a través del aprendizaje vicario y el modelamiento conductual (Llorente et al., 2011). Es algo que se conoce como "la comunidad como método" (Carrizo, 2012, p. 91).

Comas (2008) sintetiza las características de las CT:

- Son centros de carácter residencial, con atención las 24 horas y presencia continua del equipo de profesionales.
- El tiempo de estancia es limitado, en función de acuerdos establecidos previamente o de la evolución del paciente.
- El ingreso no siempre es voluntario, puede darse por medidas judiciales también (NIDA, 2008).
- Compuesta por un equipo interdisciplinario, que tiene reuniones frecuentes para tomar las decisiones en conjunto.
- Se pretende que la vida cotidiana en la CT, la adaptación a sus reglas de convivencia y el progreso en la jerarquía de responsabilidades, se constituyan en un entrenamiento para el regreso al medio habitual (Blonigen et al., 2015; SEDRONAR, 2009). Es un ambiente altamente estructurado, donde se pautan reglas estrictas en el ingreso a la CT (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999), llamadas "reglas cardinales" (Llorente et al., 2011, p. 294) cuyo incumplimiento puede redundar en la expulsión del paciente, como la introducción de drogas al establecimiento, conductas de violencia, y pautas de convivencia en general.
- Generalmente, oscilan entre 20 y 40 pacientes.
- No pretende ser una institución total, que resuelva todos los problemas de los residentes, sino que promoverá su independencia, a través de los recursos propios de la comunidad social (sistema sanitario, servicios sociales, sistema educativo, etc.).

Otra característica distintiva que podría agregarse, es el uso de métodos grupales de interacción. Allí se emplean técnicas de confrontación de la negación (una característica frecuente en estos pacientes es su carácter negador) (Beck et al., 1999), a pesar de que la evidencia actual señala a los enfoques confrontacionales como de baja eficacia para lograr el compromiso al cambio o para lograr resultados positivos (Moyers & Miller, 2013; White & Miller, 2007). Sin embargo, si la confrontación es realizada por un terapeuta con entrenamiento y en el contexto de una relación empática e igualitaria, puede ayudar a trabajar el compromiso en el paciente (Moyers, Miller, & Hendrickson, 2005).

La CT también se basa en la posibilidad de que el grupo sirva como un espacio de expresión emocional e identificación del individuo con personas en una situación similar a la que está atravesando (Llorente et al., 2011).

Allí se trabaja regularmente con la red social de cada paciente (pareja, familia), ya que por lo general se observa una comunicación deteriorada entre los miembros de la misma, y en el caso de las familias, una dificultad para establecer límites y normas de comportamiento (Gómez Penedo et al., 2015).

Pueden distinguirse tres fases en función del momento y de los objetivos planteados. La primera fase es de acogida o de orientación, donde se hace la evaluación, diagnóstico y planificación del tratamiento. Luego sigue la fase de tratamiento propiamente dicha, aquí se trabaja sobre la deshabituación del consumo compulsivo, desarrollo de habilidades y de ajuste psico-social. Por último, estaría la fase de inserción social, cuyo objetivo es la transición progresiva al ambiente externo mediante la adquisición de mayor autonomía, el desarrollo de la red social de apoyo y la participación en actividades recreativas y ocupacionales (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Llorente et al., 2011).

El tiempo de estancia puede oscilar entre varios meses y tres años, en función del punto de partida, de la evolución, de los objetivos planteados y del dispositivo concreto (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Llorente et al., 2011). Las investigaciones muestran que no hay una relación directa entre el tiempo de permanencia con los resultados, más allá de la motivación o características del paciente. Es preferible un tratamiento individualizado que considere las preferencias del paciente y que otorgue libertad para decidir cuándo concluir siempre que exista un acuerdo con el equipo profesional (Blonigen et al., 2015).

También existen modalidades especiales: CT para menores de edad, donde se hace especial hincapié en aspectos de educación y manejo del tiempo libre; y CT para mujeres con hijos (menores de 3 años), que brindan acompañamiento y sostén durante el proceso terapéutico convirtiéndose en una fuente muy importante de motivación y fortaleciendo a su vez su vínculo madre – hijo (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011).

Una CT no implica que sea cerrada, es decir, que funcione como una institución de encierro, aunque sí se observan modalidades de este tipo en algunas instituciones específicas. Es más bien un agente de integración social del drogodependiente, que se facilita por un grupo de sujetos con problemáticas similares al paciente y un equipo profesional (Llorente et al., 2011).

Estas características hacen que la CT sea un dispositivo que trabaje con múltiples agentes terapéuticos: el aprendizaje vicario y moldeamiento grupal que ofrece el resto de los pacientes en similares condiciones, la farmacoterapia, el empleo de técnicas con evidencia empírica de corte cognitivo conductual y los

modelos motivacionales para trabajar al comienzo del proceso. Sin embargo, también es cierto que existe un alto porcentaje de deserción, alrededor del 40 %, que está relacionado a las exigencias que plantea esta modalidad de abordaje (Llorente et al., 2011).

La proliferación de las CT ha hecho que se aglutinen las mismas (al igual que otras organizaciones de atención a personas con adicciones), en instituciones de segundo orden que las nuclean (Llorente et al., 2011). En Argentina, existe la Federación de Organizaciones no Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas (FONGA) como la institución que nuclea a las mismas (Fundación Convivir, 2016). Allí se establece que el objetivo principal de FONGA es "articular y fortalecer el trabajo de las instituciones federadas, desarrollando políticas complementarias de capacitación e integración de recursos, evaluación y desarrollo de modelos de gestión y calidad institucional y proyectos comunes de investigación" (Fundación Convivir, 2016, párr. 2).

Sin embargo, a pesar de la amplia difusión de las CT, desde hace un tiempo son cuestionadas por dos motivos: a nivel científico se duda acerca de la efectividad como dispositivo, quizás pueda deberse a que las revisiones no son claras en relación a la variabilidad de las intervenciones para ciertas poblaciones (personas privadas de libertad, patologías duales) y a los contextos (residenciales, centros de día) (Blonigen et al., 2015; Reif et al., 2014); y en segundo lugar, debido a la tendencia a promover la asistencia ambulatoria. Se pone en tela de juicio a la internación como alternativa única y se la considera para casos excepcionales (Carrizo, 2012). De hecho, en Argentina la Ley de Salud Mental promueve la asistencia sanitaria ambulatoria y relega la internación en la medida de lo posible (Hermosilla & Cataldo, 2012; Ministerio de Salud de Argentina, 2011).

En España, existe otra modalidad denominada Pisos Tutelados. También son dispositivos residenciales al igual que las CT, pero son más abiertos y se sitúan, generalmente, en edificios. Allí conviven un reducido número de personas acompañados por profesionales, con presencia continua. Los pisos funcionan como un apoyo al tratamiento, que buscan lograr la estabilización del paciente y una adecuada adhesión al tratamiento ambulatorio, también como un paso previo al ingreso a una CT. A su vez, existen pisos que se diseñaron para la etapa final del tratamiento, llamados Pisos de Reinserción, que acompañan al paciente en su regreso a su vida cotidiana después de un tratamiento en una CT, que busca incentivar la progresiva integración social (Becoña Iglesias & Cortés Tomas, 2011; Jiménez-Lerma et al., 2011).

2.2.3. Técnicas psicológicas para el tratamiento de las adicciones

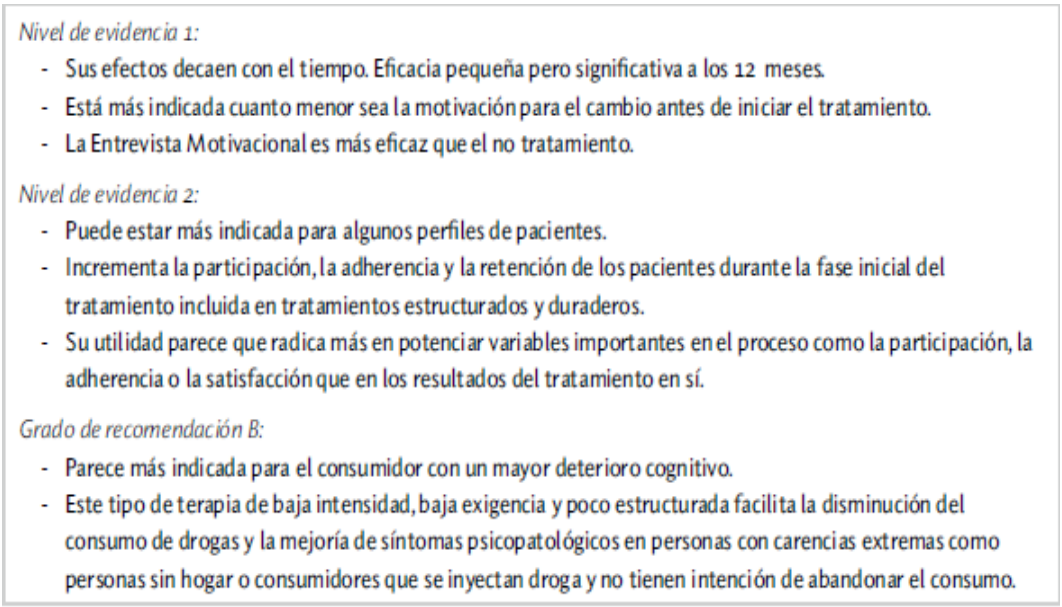
En el universo de la psicoterapia existe un amplio repertorio de técnicas psicológicas disponibles, las cuales provienen de diferentes marcos teóricos. Afortunadamente, desde la década del 90´ contamos con estudios de eficacia de las mismas en investigaciones de elevada rigurosidad metodológica. Diversos meta-análisis se han abocado al análisis estadístico de resultado y, por otro lado, ciertas instituciones (organizaciones de la salud, agencias gubernamentales, asociaciones profesionales) emprendieron la confección de guías clínicas donde sintetizan la información disponible en cuanto a eficacia demostrada de determinada intervención (Crespo, Bernaldo de Quirós, Roa, Gómez & Roa, 2012). Esto ha podido realizarse especialmente en adicciones, que se considera un problema de salud pública que demanda grandes cantidades de dinero al sistema sanitario (Espada Salado, Fernández Rodríguez & Laporte Puig, 2012; Marín-Navarrete et al., 2013; Pacheco Trejo & Martínez Martínez, 2013; Rehm et al., 2009) por lo que es importante determinar qué tipos de tratamientos cuentan con la mejor evidencia empírica disponible (Blonigen et al., 2015; Miller & Moyers, 2015).

Las primeras revisiones de especialistas en el tema mostraban la clara superioridad de técnicas cognitivo conductuales (Secades Villa & Fernández Hermida, 2001, 2003). Cada vez que se confecciona un listado de tratamientos psicológicos eficaces, no implica que aquellos no incluidos carezcan de validez empírica, sino que en la revisión de la literatura no se encontraron evidencias científicas publicadas (Becoña Iglesias & Cortés Tomas, 2011).

2.2.3.1. Guía clínica de Intervención Psicológica en Adicciones

En el año 2008, Becoña Iglesias y Cortés Tomas publican *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*, que utiliza niveles de evidencia y grados de recomendación. Los primeros, pueden ordenarse de manera decreciente en: Ensayos clínicos controlados, aleatorizados y apropiadamente diseñados, o bien, meta-análisis; Ensayos clínicos que tienen pequeñas limitaciones metodológicas; Estudios descriptivos, comparativos y de casos controles; Consenso de comités de expertos, informes técnicos de las autoridades sanitarias y series de casos. Mientras que los grados de recomendación se ordenan en: A (máximo), B (alta) y C (media).

El primer tratamiento o técnica que se revisa es la Entrevista y Terapia Motivacional diseñada por Miller y Rollnick (1991). Es una técnica breve, que dura aproximadamente entre 1-4 sesiones. Intenta explorar la identificación de los problemas y la visión de otros puntos de vista alternativos, para crear ambivalencia tratando de evocar las motivaciones propias del cliente. Son intervenciones útiles para incrementar la participación, adherencia y retención en el tratamiento, especialmente con pacientes resistentes al cambio al inicio. Está basada en los planteos originales de Rogers y emplea técnicas de la psicoterapia humanista (reflejos, paráfrasis). Además, se dispone actualmente de guías específicas para decidir qué preguntas realizar y qué contenidos del discurso reflejar y sintetizar. La investigación incluso demuestra que el entrenamiento de los terapeutas en habilidades de Entrevista Motivacional, incrementa significativamente la apertura del cliente para hablar, lo que predice cambios conductuales a nivel de resultado. También es sabido que la motivación es muy importante para iniciar el tratamiento, pero luego tiende a disminuir por lo que es útil considerar a esta técnica como un complemento de otros tratamientos más estructurados (APA, 2013; Becoña Iglesias & Cortés Tomas, 2011; Blonigen et al., 2015). Es señalada como una técnica con fuerte apoyo empírico, especialmente para el tratamiento del alcoholismo (Blonigen et al., 2015). En la figura 5 se expone el nivel de evidencia y grado de recomendación.



Nivel de evidencia 1:

- Sus efectos decaen con el tiempo. Eficacia pequeña pero significativa a los 12 meses.
- Está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio antes de iniciar el tratamiento.
- La Entrevista Motivacional es más eficaz que el no tratamiento.

Nivel de evidencia 2:

- Puede estar más indicada para algunos perfiles de pacientes.
- Incrementa la participación, la adherencia y la retención de los pacientes durante la fase inicial del tratamiento incluida en tratamientos estructurados y duraderos.
- Su utilidad parece que radica más en potenciar variables importantes en el proceso como la participación, la adherencia o la satisfacción que en los resultados del tratamiento en sí.

Grado de recomendación B:

- Parece más indicada para el consumidor con un mayor deterioro cognitivo.
- Este tipo de terapia de baja intensidad, baja exigencia y poco estructurada facilita la disminución del consumo de drogas y la mejoría de síntomas psicopatológicos en personas con carencias extremas como personas sin hogar o consumidores que se inyectan droga y no tienen intención de abandonar el consumo.

Figura 5. Nivel de evidencia y grado de recomendación de la entrevista y terapia motivacional. Extraído de Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2011, p. 156).

Las técnicas conductuales han sido las más estudiadas dentro de los tratamientos de los trastornos adictivos. Entre ellas encontramos: Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento, Terapia de Exposición a Señales,

Prevención de Recaídas, Programas de Reforzamiento Comunitario, Manejo de Contingencias, Terapia Conductual y de Pareja. Se aclara que las intervenciones con un foco más cognitivo (como la prevención de recaídas) tienen menos apoyo empírico que aquellos más conductuales o basadas en habilidades (Blonigen et al., 2015).

El Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento busca adquirir o reforzar las mismas para enfrentarse a situaciones de alto riesgo de consumo con éxito. Se trabaja en habilidades para rechazar el consumo, desarrollo de habilidades de escucha y conversación, entrenamiento en solución de problemas, comunicación no verbal, entrenamiento en asertividad, rechazo de peticiones, expresión de sentimientos, aceptación y realización de críticas o aprender a reforzar la conducta de los demás (Becoña Iglesias & Cortés Tomas, 2011; Blonigen et al., 2015). El entrenamiento es, por lo general, en formato grupal a través de *role-playing*. Es la intervención cognitivo conductual con mayor evidencia (Blonigen et al., 2015), recomendada en las clasificaciones más altas también por Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2008).

Una de las teorías explicativas del fenómeno adictivo utiliza principios de condicionamiento clásico, que señala que estímulos neutrales que preceden a la conducta de consumo de sustancias pueden, después de asociarse repetidamente con la conducta de consumo, llegar a provocar respuestas condicionadas de deseo de consumo (*craving*). Por lo que la Terapia de Exposición a Señales consiste en exponer al paciente a dichos estímulos, evitando la respuesta de consumo hasta que se produzca un contra condicionamiento, empleando técnicas como la exposición o el uso de realidad virtual (Becoña Iglesias & Cortés Tomas, 2011).

Ligado a la técnica de exposición se encuentra la Prevención de Recaídas, cuya intervención se basa en aprender a identificar las situaciones, pensamientos y/o emociones que pueden llevar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente para evitar la recaída, así como también analizar las causas y la conducta del sujeto una vez que recayó en su consumo. Incluye técnicas como identificación de las situaciones de alto riesgo de consumo, autorregistro y análisis funcional del consumo de drogas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante el consumo, estrategias para el afrontamiento del *craving*, diferencia entre caída (consumos aislados) y recaída, detectar y afrontar los pensamientos asociados al consumo y entrenamiento en solución de problemas (Becoña Iglesias & Cortés Tomas, 2011). Es una técnica con un nivel de evidencia 1 y grado de recomendación A (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2008).

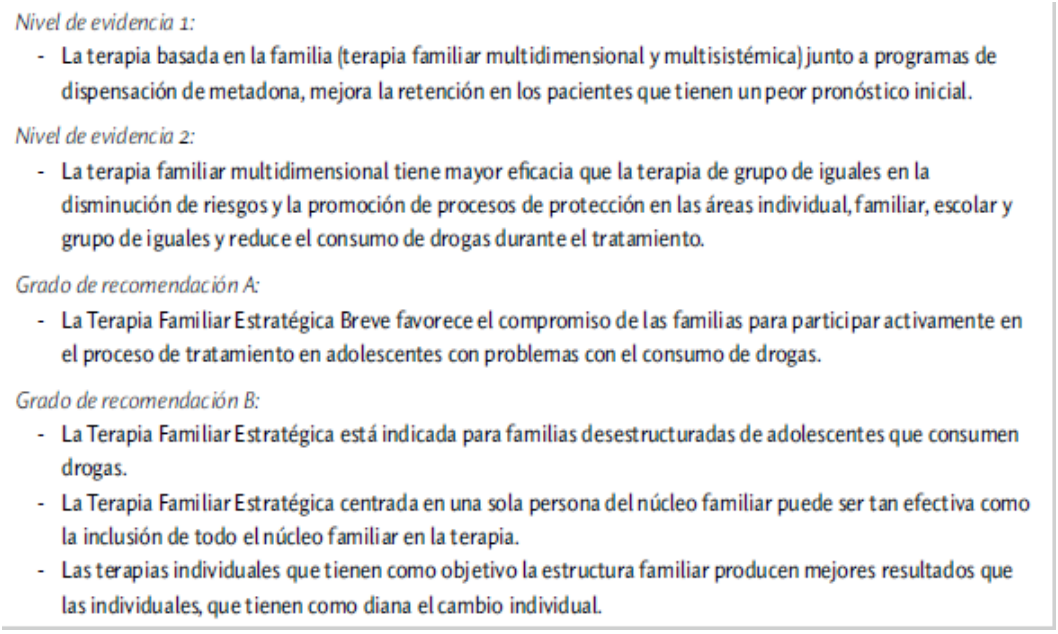
El Reforzamiento Comunitario es un paquete de tratamiento conductual integral que trabaja con incentivos sociales, recreativos, laborales y familiares para

alterar el entorno social del sujeto y que pueden incrementar la posibilidad de abstinencia. Incluye acciones como el asesoramiento legal, social (adhesión a planes sociales) y vocacional, terapia de pareja, etc. El énfasis clave es el desarrollo de red apoyo social y la promoción de actividades reforzantes que puedan sustituir el abuso de sustancias. Esta técnica está considerada entre las intervenciones con mayor grado de eficacia (Becoña Iglesias & Cortés Tomas, 2011; Blonigen et al., 2015).

El Tratamiento de Manejo de Contingencias se basa en el principio de que si una conducta es reforzada se incrementará su frecuencia. Incluye el monitoreo de la conducta que se busca cambiar y el refuerzo de la misma cada vez que ocurre usando reforzadores tangibles (*vouchers* que permiten ser canjeados por beneficios). Si bien la conducta final que se busca es la abstinencia, las conductas intermedias también se refuerzan (asistencia al tratamiento por ej.). Esta técnica ha mostrado su eficacia en aproximadamente 8 a 24 semanas de implementación (APA, 2013; Blonigen et al., 2015).

Por último, dentro de las técnicas conductuales se incluye la Terapia de Pareja y Familia (Blonigen et al., 2015). Anteriormente se había mencionado que en el tratamiento de las adicciones se incluía la red social primaria de apoyo, en aspectos de orientación y fortalecimiento de vínculos (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Jiménez-Lerma et al., 2011). Se trabaja específicamente sobre la comunicación, el manejo del refuerzo positivo sobre el paciente y la identificación de relaciones familiares conflictivas. La investigación señala con un nivel de evidencia 1 a la terapia conductual de pareja para incrementar las tasas de abstinencia (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2008).

Luego de las técnicas conductuales, encontramos las Terapias Centradas en la Familia que otorgan un rol central a la misma en la etiología y recuperación de la conducta adictiva. Las que se han investigado más en el campo de las conductas adictivas son la Terapia Familiar Breve Estratégica, la Terapia Familiar Multidimensional y la Terapia Familiar Multisistémica. Se la ha señalado como especialmente útil en adolescentes con problemas con el consumo de drogas que viven con sus padres. A pesar de los problemas metodológicos que presenta el estudio de la eficacia de este tipo de terapias (por implicar a más miembros que las terapias corrientes), la investigación nos muestra su evidencia (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2008) (ver figura 6).



Nivel de evidencia 1:

- La terapia basada en la familia (terapia familiar multidimensional y multisistémica) junto a programas de dispensación de metadona, mejora la retención en los pacientes que tienen un peor pronóstico inicial.

Nivel de evidencia 2:

- La terapia familiar multidimensional tiene mayor eficacia que la terapia de grupo de iguales en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en las áreas individual, familiar, escolar y grupo de iguales y reduce el consumo de drogas durante el tratamiento.

Grado de recomendación A:

- La Terapia Familiar Estratégica Breve favorece el compromiso de las familias para participar activamente en el proceso de tratamiento en adolescentes con problemas con el consumo de drogas.

Grado de recomendación B:

- La Terapia Familiar Estratégica está indicada para familias desestructuradas de adolescentes que consumen drogas.
- La Terapia Familiar Estratégica centrada en una sola persona del núcleo familiar puede ser tan efectiva como la inclusión de todo el núcleo familiar en la terapia.
- Las terapias individuales que tienen como objetivo la estructura familiar producen mejores resultados que las individuales, que tienen como diana el cambio individual.

Figura 6. Nivel de evidencia y grado de recomendación de las terapias centradas en la familia. Extraído de Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2011, p. 162).

2.2.3.2. Clasificación de los tratamientos psicológicos según la APA

A través de la División 12 de la APA (Psicología Clínica), se ofrece un listado de tratamientos eficaces de acuerdo a cuatro tipos de patologías: abuso y dependencia de sustancia, alcohol, cocaína y tabaquismo (APA, 2013).

En este caso, se utilizan las clasificaciones según el apoyo que brindan las investigaciones en: fuerte o modesto. En el primero es cuando reúnen los criterios para tratamientos bien establecidos, mientras que en el segundo se trata de tratamientos probablemente eficaces (Chambless et al., 1998). También existe la clasificación de controversial, cuando existen resultados contradictorios sobre un tratamiento (APA, 2013).

Desde el año 2015, se está trabajando en una revisión de las clasificaciones otorgadas hace 20 años por Chambless et al (1996), propuesta por Tolin, McKay, Klonsky y Thombs (2015). Sin embargo, hasta el momento no se ha utilizado esta clasificación en el listado de tratamientos. La misma va desde: Muy fuerte, cuando hay evidencia de alta calidad de que un tratamiento mejora los síntomas y que los beneficios se mantienen en el seguimiento, existe bajo riesgo de producir daño, demanda pocos recursos y ha demostrado efectividad en contextos naturales; Fuerte, cuando la evidencia es de moderada a alta, sin necesidad de demostrar su efectividad en contextos de no investigación; Débil, cuando la investigación aporta evidencias de baja a muy baja calidad en la producción de resultados significativos, no existe una relación clara de costo-beneficio; y, por último, se considera de evidencia insuficiente en el caso de que no haya meta-análisis disponibles o bien, su calidad metodológica sea deficiente (Tolin et al., 2015).

Es llamativo que la página web de la APA, ofrece la siguiente información para el paciente:

> Cuando se encuentre con un profesional, asegúrese de trabajar juntos para establecer objetivos claros del tratamiento y evaluar el progreso a través de esos objetivos. Siéntase libre de imprimir esta información y llevarla con usted para discutir su plan de tratamiento con su terapeuta (APA, 2013, párr. 3, *la traducción me pertenece*).

Los tratamientos que cuentan con fuerte apoyo empírico para trastornos por abuso y dependencia de sustancias son: Entrevista motivacional, Terapia de Mejora Motivacional (TMM) y TMM más Terapia Cognitiva Conductual; Manejo de Contingencias Basado en Premios; y Búsqueda de Seguridad (sólo para adultos). Mientras que aquellos tratamientos con apoyo moderado son: Búsqueda de Seguridad (con población adolescente), Cuidado de Amigos y Cambio Auto-Guiado.

En el caso del Alcohol, el único tratamiento con apoyo empírico fuerte es: Terapia Conductual de Parejas para Problemas con el Uso de Alcohol. Por otro lado, aquellos que han demostrado apoyo empírico modesto son: Consumo Moderado y Manejo de las Contingencias Basados en Premios.

Para la adicción a la cocaína sólo se sugiere Manejo de las Contingencias Basados en Premios con evidencia modesta de acuerdo a la investigación.

Por último, en el caso del tabaquismo se recomienda la Cesación Tabáquica con Prevención de Ganancia de Peso, como tratamiento con apoyo moderado según la investigación.

A continuación, se describen brevemente algunos de estos tratamientos no que no fueron mencionados anteriormente.

La Búsqueda de Seguridad es una terapia de habilidades de afrontamiento para ayudar a las personas a lograr seguridad cuando padecen trastornos adictivos y trastorno por estrés postraumático. Entre sus principios están: la búsqueda de seguridad en las relaciones del cliente, sus conductas y emociones; fortalecimiento de ideales; trabajo sobre aspectos cognitivos, conductuales, interpersonales y manejo de contingencias (APA, 2013).

El Cuidado de Amigos es un programa post tratamiento o de reinserción que dura aproximadamente seis meses, donde el paciente permanece en instalaciones comunitarias conviviendo con otras personas. Estos servicios están a cargo de consejeros, bajo la supervisión de un experto y el énfasis está puesto en la construcción de apoyo comunitario para una vida libre de drogas. Entre los servicios que se ofrecen incluyen: consejería de apoyo individual y con personas significativas de la red social, asistencia para la obtención de recursos (orientación laboral), promoción de integración a grupos sociales e intervenciones en crisis (APA, 2013).

El Cambio Auto Guiado es especialmente útil cuando el problema de adicción no es severo, se hace a través de guías de internet que el paciente descarga. Allí se detallan las tareas para la casa, y formularios acerca de los avances y motivaciones que deben ser completados en determinados tiempos (APA, 2013).

Por otro lado, la Terapia Conductual de Parejas para problemas con el consumo de alcohol está basada en los principios de que a veces la conducta del compañero o las interacciones entre la pareja pueden ser detonantes para la bebida, pero también funcionar como un refuerzo hacia la conducta meta (APA, 2013). Tiene una duración aproximada de 12 a 20 sesiones (Crespo et al., 2012). Intenta fomentar una relación positiva ya que influye en la motivación hacia el cambio, como también reducir fuentes de estrés en la pareja. De este modo, el terapeuta trabaja con ambos miembros a través del establecimiento de un contrato de sobriedad y empleando diversas actividades o tareas que la pareja debe cumplir en pos de lograr un mayor bienestar y una comunicación constructiva (APA, 2013; Blonigen et al., 2015).

Consumo Moderado es una aplicación web basada en principios del entrenamiento en auto-control conductual. Es un programa estructurado pero interactivo que comienza fijando metas y estimulando la autoevaluación de la conducta, y que luego va realizando un *feedback* de los avances. Se recomienda seguir los módulos prediseñados, pero también se pueden aplicar aisladamente (APA, 2013).

Por último, se describen las características de la Cesación Tabáquica con Prevención de Ganancia de Peso. Muchos fumadores no desean abandonar el tabaco por temor a aumentar de peso, por ello este programa es un tratamiento cognitivo conductual que aborda primero el abandono del tabaco, luego el control de peso. Se ofrece en formato grupal, e incluye modificaciones en la dieta como también actividad física.

2.2.3.3. Guía de Referencia Rápida de Tratamientos Psicológicos con Apoyo Empírico.

Por una iniciativa de la Universidad Complutense de Madrid se desarrolló una Guía de Referencia Rápida (GRR), para los trastornos psicopatológicos de adultos, incluyendo para cada uno las recomendaciones de las principales guías de referencia. Entre ellas: Sociedad de Psicología Clínica de la división 12 (Psicología Clínica) de la APA en Estados Unidos; National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Reino Unido; Guías de Práctica Clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud (SNS) de España; Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en la Evidencia (*National Registry of Evidence-Based Programs and Practices* – NREPP) de Estados Unidos. Ofrece también una síntesis de las principales recomendaciones.

Entre los objetivos de la GRR encontramos:

> Promover el cuidado de alta calidad y la mejora y homogenización de la calidad de los tratamientos que se ofrecen y aplican a los usuarios y clientes de los distintos servicios.
>
> Avanzar en la educación de los profesionales, y los propios sistemas de salud, sobre los tratamientos con mayor apoyo empírico a su eficacia
>
> Aportar una guía de referencia rápida, en castellano, que sirva de apoyo a estudiantes, docentes y profesionales que permita una búsqueda sencilla, ordenada por trastornos, a las recomendaciones de las principales guías de tratamientos psicológicos con apoyo empírico.
>
> Suponen un instrumento de gran utilidad para trasladar el cuerpo de conocimiento actual a los clínicos y, por ende, a su práctica clínica habitual (Crespo et al., 2012, párr. 4).

Dentro de las drogodependencias se ofrecen recomendaciones para trastorno por uso de opiáceos y otras sustancias, uso de Cocaína y uso de Alcohol.

El primer trastorno del cual la GRR ofrece los tratamientos disponibles, es el trastorno por uso de opiáceos y otras sustancias. Allí señala cinco técnicas con evidencia firme y consistente entre las diversas guías: Entrevista motivacional y Terapia de Mejora Motivacional; Manejo de Contingencias; Terapia Conductual de Pareja centrada en el consumo; y de haber comorbilidad con trastorno por estrés postraumático, emplear Búsqueda de Seguridad.

Mientras que dentro de las recomendaciones con alguna evidencia encontramos: Proporcionar información y consejo sobre la desintoxicación y el síndrome de abstinencia; Creación de redes de apoyo, grupos de ayuda mutua para el apoyo y mantenimiento tras el tratamiento; Cambio Auto Guiado para pacientes con problemas poco severos. En caso de existir comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad) se aconseja Terapia Cognitivo Conductual y programas de ayuda mutua basados en los 12 pasos.

La técnica de los 12 pasos o Facilitación de 12-pasos, está basada en los principios de Alcohólicos Anónimos donde la meta es que los participantes reduzcan su negación sobre el consumo y que acepten su bajo poder sobre el alcoholismo. Las personas asisten una vez por semana y se les pregunta por su consumo. Aunque hay evidencias sobre su eficacia, de algún modo la evidencia es controversial aún (Blonigen et al., 2015).

Los autores aclaran que estas técnicas (tratamientos para el trastorno por uso de opiáceos y otras sustancias) se utilizan habitualmente en combinación con tratamientos farmacológicos para el manejo del síndrome de abstinencia, para el mantenimiento con agonistas opiáceos (metadona y buprenorfina, principalmente) o para tratamiento con antagonistas de opiáceos (naltrexona) (Crespo et al., 2012).

En el caso de tratamientos para el uso de cocaína se recomienda al Programa de Manejo de Contingencias como el único con evidencia firme y consistente. Este

tipo de tratamiento se puede combinar con Refuerzo Comunitario y presenta evidencia de alta calidad para la permanencia en tratamiento.

Mientras que, dentro de las recomendaciones con alguna evidencia, encontramos: Terapia Conductual de Pareja para personas cuya pareja no consume; Entrevista Motivacional y Terapia de Reforzamiento Motivacional; y programas multimodales (tratamientos intensivos, en formato grupal que combinan educación, actividades de la vida diaria y otras intervenciones psicológicas). También se sugiere el entrenamiento en habilidades sociales y tratamientos residenciales para personas que buscan la abstinencia y tienen problemas físicos, mentales y/o sociales. Se recomienda que no se utilice: exposición a estímulos inductores del consumo; terapia cognitivo-conductual de forma rutinaria, sino sólo cuando los pacientes presentan buen nivel de cognición y motivación por el cambio o comorbilidad con otros problemas mentales (ej. ansiedad o depresión); lo mismo sucede con prevención de recaídas, se recomienda que no se utilice de forma rutinaria, únicamente en aquellos casos con grados psicopatológicos o de adicción muy graves para mejorar su situación de abstinencia; también están desaconsejadas las intervenciones psicodinámicas para reducir el consumo de cocaína y acupuntura.

Por último, en el caso de alcohol, dentro de las recomendaciones con evidencia firme y consistente, encontramos: Terapia Cognitivo-Conductual de Pareja para personas con abuso de alcohol, Terapia de facilitación de 12 pasos, Terapia Cognitivo-Conductual (aproximadamente en 12 semanas), Entrevista Motivacional y fármacos para la prevención de recaídas (anditipsotrópicos y anticraving).

Dentro de las recomendaciones con alguna evidencia, se mencionan: Terapia de Mejora Motivacional (TMM), Terapia Conductual (excluyendo el Manejo de Contingencias Basado en Premios), Tratamiento de Soporte de la Red Social para la dependencia del Alcohol (duración de 8 sesiones aproximadamente), Terapia Cognitivo-Conductual de Pareja, Terapia conductual de pareja, *Counseling* con mejoras gráficas de la Texas Christian University, Manejo de Contingencias Basado en Premio (duración aproximada de 8 a 24 semanas), Bebida Controlada, tratamientos basados en la autoayuda (de 3 a 5 sesiones), psicoeducación, *counselling*, Terapia Psicodinámica Breve, Psicoterapia de Apoyo Expresiva, Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento específico para cocaína, Prevención de Recaídas, Viviendo en equilibrio (programa psicoeducativo con énfasis en prevención de recaídas), seguimiento telefónico y *counseling* adaptado, moderar el consumo de alcohol y manejo de contingencias.

Finalmente, se señalan algunas técnicas con aspectos controvertidos. Entre ellas el *Mindfulness* y tratamientos multimodales con niveles bajos de evidencia.

2.2.3.4. Mecanismos de cambio en los tratamientos eficaces para adicciones

Blonigen et al. (2015) realizaron una revisión de los meta-análisis disponibles y de los ECA tipo 1 y tipo 2, y concluyeron que los tratamientos más efectivos eran: intervenciones cognitivo-conductuales, Entrevista Motivacional y Terapia de Compromiso Motivacional, Manejo de Contingencias, Enfoque de Refuerzo Comunitario, Terapia de Parejas y Familias y Aproximación de 12 pasos. Todas estas intervenciones apuntaban no sólo a la conducta de consumo, sino también al contexto de los pacientes y al fortalecimiento de sus recursos personales. Sin embargo, según los autores aun no disponemos de evidencia diferencial en estas técnicas, lo que sugiere que pueden llegar a operar a través de mecanismos comunes de cambio.

En Entrevista Motivacional se cree que la experiencia de discrepancia que le ocurre al cliente (entre la conducta actual con sus metas y valores), tiene un efecto positivo sobre el resultado.

En tanto que, en las intervenciones cognitivo conductuales, los estudios muestran que es la calidad de las habilidades adquiridas más que su cantidad, lo que funciona como un mediador de los efectos en terapias cognitivo conductuales para prevenir las recaídas una vez que termina el tratamiento. A su vez, se destaca que el entrenamiento en el rechazo de la bebida logra que el sujeto se mantengo más abstinente y que estos efectos están mediados por cambios en la auto eficacia (Blonigen et al., 2015).

Por otro lado, los estudios no han demostrado cuáles pueden ser los ingredientes activos del cambio en Manejo de Contingencias o Refuerzo Comunitario, posiblemente también se deba al aumento de la autoeficacia (Blonigen et al., 2015).

En los abordajes basados en los 12 pasos, se concluye que estos grupos ayudan a los individuos a recuperarse por el fortalecimiento de: autoeficacia, habilidades de afrontamiento, motivación, y de la red de apoyo social.

Moos (2007) sostenía que los mismos procesos que funcionan como factores protectores contra el desarrollo de drogodependencias, también pueden ser ingredientes activos de los tratamientos psicológicos eficaces para dicha patología, entre ellos estarían: apoyo, proyectos de futuro, actividades prosociales, estilos de vida saludables, habilidades de afrontamiento y autoestima.

Otra explicación de los mecanismos de cambio se basa en las investigaciones de la neurociencia, en los procesos de aprendizaje que ocurren en las personas en tratamiento a nivel de control cognitivo, impulsividad y atención, lo que podrían explicar los efectos positivos de las terapias conductuales (DeVito et al., 2012).

2.2.3.5. Reflexiones sobre los tratamientos psicológicos eficaces en adicciones

Una primera conclusión a la que se puede arribar, es que, si bien existen tratamientos con apoyo empírico, según algunos autores no se ha podido demostrar una eficacia diferencial (Blonigen et al., 2015). En algunos estudios multicéntrios se pudo observar que aun aplicando el mismo tratamiento con participantes que fueron entrenados juntos, aplicando intervenciones manualizadas y supervisados, se encontraban diferencias en los resultados (Moyers, Manuel, Hendrickson, Houck & Miller, 2009; Project MATCH Research Group, 1998). Es decir, se producen más diferencias entre los terapeutas que entre los tratamientos estudiados, lo que no quiere decir que sea equivalente cualquier tratamiento o ser tratado por cualquier terapeuta, porque hoy sabemos que existen técnicas nocivas y profesionales que no consiguen resultados exitosos (Knuuttila, Kuusisto, Saarnio & Nummi, 2012; Miller & Moyers, 2015).

Pero más allá de esta salvedad, una crítica común a los enfoques basados en la evidencia, es que ponen el acento en técnicas específicas negando el impacto de la relación terapéutica, variables del cliente y factores contextuales. Se trata de factores que muchas veces son llamados, injustamente, como "no específicos" o "comunes", ya que, si los mismos influyen en los resultados, se deberían investigar más para entender cómo funcionan, desarrollar medidas confiables, y entrenar a los terapeutas en habilidades interpersonales. Miller y Moyers (2015) expresan:

> La separación de [factores] específicos de factores relacionales es una dicotomía falsa. Cuando un tratamiento específico es ejecutado en el contexto de una relación interpersonal, ambos son inseparables. Preguntarse cuál es más importante es como preguntarse si (…) ganar una carrera es debido al caballo o al jinete (p. 407, *la traducción me pertenece*)

Por lo que restaría más investigación al respecto, ya sea para: demostrar la relativa superioridad de ciertas intervenciones, explicar el supuesto empate desde factores comunes y/o desarrollar modelos que integren variables terapéuticas y técnicas eficaces (Blonigen et al., 2015; Miller & Moyers, 2015; Pacheco Trejo & Martínez Martínez, 2013).

Por otro lado, los problemas de consumo afectan múltiples dimensiones del sujeto que dificultan la confección de un tratamiento individualizado, por ello se necesita de programas multicomponentes que apunten a las diferentes áreas afectadas y necesidades de la persona (Blonigen et al., 2015; Miller & Moyers, 2015; NIDA, 2010). El propósito último es, más que la abstinencia, el desarrollo de un estilo de vida saludable (Pacheco, 2013).

Otro punto a considerar es que, debido a la frecuencia de recaídas, muchas veces es necesario más de un tratamiento para que el paciente obtenga logros terapéuticos (NIDA, 2010). Esto no implica que el tratamiento no haya funcionado,

ya que son amplias las variables que se relacionan con la deserción, desde el abordaje profesional hasta factores del paciente, como por ejemplo dificultades en su trabajo o severidad psicopatológica (López-Goñi, Fernández-Montalvo & Arteaga, 2012; Secades Villa & Benavente, 2000).

Asimismo, es importante reflexionar sobre la validez interna y externa de los estudios publicados. Como se mencionó en el capítulo anterior, Seligman (1995) cuestionaba a los ensayos clínicos aleatorizados por su distancia con las intervenciones desarrolladas en contextos naturales, es decir por la ausencia de validez externa en pos del máximo control posible de variables durante el experimento. Al respecto Blonigen et al. (2015) comentan: "un desafío para el campo es determinar cómo implementar intervenciones basadas en evidencia en contextos naturales" (p. 731, *la traducción me pertenece*).

En los principios de un tratamiento eficaz del NIDA, se pone hincapié en la idiosincrasia de cada tratamiento, en que debe diseñarse en base a las necesidades de la persona intentando integrar aquellas técnicas que demostraron su utilidad. Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2011) reflexionan sobre dichos principios diciendo: "plantean la idiosincrasia del proceso de tratamiento de un trastorno adictivo, aspectos en los que usualmente el clínico de trincheras se ve reconocido en su práctica cotidiana y cuestionaría la rotundidad con la que algunos ensayos clínicos presentan sus resultados" (p. 164), postura también compartida por otros autores (Robertson, Walker, Stovall & McCluskey, 2015).

Por lo que, el reconocimiento de una técnica como eficaz en condiciones de control no es garantía de utilidad clínica. Los profesionales tienen la tarea de integrar la evidencia con su juicio clínico, para diseñar el mejor tratamiento disponible, uno de los principios de la Psicología Basada en Evidencia (Labrador & Crespo, 2012; Moretti & Basler, 2011).

Relacionado a este último punto, está el deber de comunicar las experiencias clínicas a la comunidad científica, ya que posiblemente muchas intervenciones den resultados positivos y al difundir las mismas de un modo sistemático, podrían replicarse en diferentes contextos avalando su efectividad. La transferencia tecnológica es muy importante en el área de adicciones, para superar la brecha entre clínicos e investigadores que se comentó en el capítulo anterior. Martínez Martínez y Medina Mora (2013) proponen cuatro sugerencias para lograr dicho propósito: propiciar un mayor acercamiento con los profesionales de la salud; permitir la reinvención del programa dentro de un contexto de colaboración entre los actores involucrados y evaluar dicho proceso; considerar limitaciones, recursos, objetivos y prácticas de la institución donde se pretende transferir el programa; y ofrecer seguimiento a largo plazo para evaluar el éxito de la adopción de la innovación. Frambach y Schillewaert (2002), agregan que los clínicos son más abiertos a estos

entrenamientos en tratamientos eficaces, cuando son impartidos por colegas más que por investigadores académicos, ya que prefieren intercambiar ideas sobre éxitos y fallas con miembros de equipos profesionales, al igual que ellos.

Finalmente, aplicar un tratamiento que tiene apoyo empírico no garantiza por sí mismo el éxito, se necesita que la persona realice un entrenamiento apropiado en el mismo (Miller, Sorensen, Selzer, & Brigham, 2006). Así como también, el resultado positivo está mediado por la relación terapéutica y las habilidades del terapeuta. "La ciencia psicológica avanza con evidencias y la práctica de la psicología necesita del saber hacer del profesional" (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2011, p. 167).

2.3. El terapeuta y sus variables en el campo de las adicciones

Muchos de los principios de la psicoterapia y de las variables del terapeuta que se comentaron en el capítulo anterior, también son aplicables al tratamiento de las adicciones sólo que con ciertas características. Por ello, a continuación, se expondrán diversas temáticas relacionadas a los terapeutas que trabajan en el campo de las adicciones.

Al igual que como sucedía con las variables del terapeuta y el bajo volumen de investigaciones comparado a los estudios sobre psicoterapia, en el campo de las drogodependencias ocurre un fenómeno similar (Miller & Moyers, 2015). Sin embargo, del amplio volumen de investigaciones dedicadas a intervenciones y de la conclusión de ausencia de eficacia diferencial entre las mismas, algunos autores concluyen que son las variables del terapeuta que influyen en el resultado una explicación posible a este hecho, ya que se trataría de un factor común a todas las intervenciones (Blonigen et al., 2015; Miller & Moyers, 2015).

Un antiguo estudio de 1980, encontró que en caso de personas con problemas de consumo de alcohol que fueron asignados aleatoriamente a nueve terapeutas, entrenados y supervisados de forma simultánea y que además aplicaron una intervención manualizada, variaban en su porcentaje de éxito desde 25% a 100 % (Miller, Taylor & West, 1980). Estos resultados también fueron encontrados en estudios posteriores (McLellan, Woody, Luborsky & Goehl, 1988; Valle, 1981).

Najavits, Crits-Christoph y Dierberger (2000) realizaron una meta-análisis y encontraron diferencias significativas entre los terapeutas en cuatro estudios, donde el tamaño del efecto del mismo osciló entre .13 y .74. Estas diferencias no se pueden atribuir al nivel de entrenamiento, años de experiencia clínica o a las características de los pacientes (Lebow et al., 2006; Najavits & Weiss, 1994).

Según algunos autores, el mejor indicador para la retención de los pacientes en tratamiento y el resultado, inclusive más que cualquier modalidad de tratamiento, es el terapeuta al cual el paciente fue asignado, ya que el porcentaje de varianza del resultado explicado por éste oscila entre 3% y 7 % (Brown, Lambert, Jones & Minami, 2005; Moyers, Manuel, Hendrickson, Houck & Miller, 2009; Najavits, et al., 2000; Okiishi et al., 2003; Project MATCH Research Group, 1998; Vargas Contreras, García Martínez, Ruíz García & Martínez Martínez, 2014).

En vistas de estos hallazgos, Miller y Moyers (2015) plantean: "Si los terapeutas son tan importantes para explicar los efectos de los tratamientos, ¿qué es lo que exactamente de ellos o qué es lo que ellos hacen que produce esa diferencia? (p. 405, *la traducción me pertenece*). Diversas investigaciones intentar dar respuesta a este interrogante.

Una investigación de 1977, encontró que las tasas de recuperación en pacientes con alcoholismo, aumentaban en función de las expectativas que los terapeutas infundían sobre sus clientes (Leake & King, 1977).

Postulados más actuales sostienen que los terapeutas que cuentan con más habilidades interpersonales y empáticas y que son menos confrontadores, logran mejores resultados, influyendo inclusive en la auto eficacia del paciente y en la adquisición de habilidades de afrontamiento (Miller & Rollnick, 2012; Moyers & Miller, 2013; Najavits et al., 2000). Estas características son congruentes con la aplicación de los principios de la Entrevista Motivacional y, de hecho, los estudios sugieren que los beneficios de dicha técnica son superiores cuando son instrumentados por un terapeuta menos directivos y empáticos (Baird et al., 2007; Karno & Longabaugh, 2004).

Otra investigación muestra que en el trabajo con minorías étnicas que son consumidoras de sustancias, se requieren no sólo las características *rogerianas* del terapeuta (empatía, genuinidad y aceptación incondicional), sino también competencias multiculturales, igualitarismo y fomentar la autonomía del paciente (Davis, Ancis & Ashby, 2015; Flückiger et al., 2013).

También se estudió el papel del estilo del terapeuta, donde se encontró que un estilo centrado en el cliente (más acorde a los principios de la Entrevista Motivacional) obtiene mejores resultados que un estilo directivo-confrontacional, ya que éste último se relaciona con una actitud de mayor oposición en los pacientes con alcoholismo (Miller, Benefield & Tonigan, 1993). Un resultado similar fue encontrado por Karno y Longabaugh, (2007) en el sentido de que la directividad del terapeuta y la reactancia del cliente influyen en el resultado en pacientes drogodependientes, lo que significa que los terapeutas deberían evitar tomar una actitud de ese tipo con clientes con elevada reactancia. Hallazgos similares fueron encontrados en las investigaciones entre el EPT y la resistencia del paciente (Botella

& Corbella, 2005; Botella & Corbella, 2006; Botella, Corbella & Belles, 2006; Corbella Santoña, Fernández-Álvarez, Botella et al., 2007).

En la década del 90´, Beck et al. (1999) postulaban características del encuadre terapéutico en la atención a pacientes drogodependientes. Recomendaban una definición estricta del mismo, donde se aclaren los límites de la confidencialidad y que no se tolerarán 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. A su vez, los autores 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.

Desde el modelo transteórico del cambio, se mencionan las posturas relacionales que debe adoptar un terapeuta frente a un cliente en cada etapa de cambio. Con los pacientes en Precontemplación la actitud es la de un padre protector, que debe lidiar con un adolescente resistente, que siente ambivalencia hacia la independencia. Si el paciente avanza a la Contemplación, el rol es similar al de un maestro socrático que incentiva el auto conocimiento y reflexión sobre su problema. Un entrenador con experiencia es la actitud del terapeuta en la etapa de Preparación, que habla desde su conocimiento en el tema y puede orientar en el plan de cambio de la persona. Ya con clientes en la etapa de Acción y Mantenimiento, el terapeuta se vuelve más un consejero o supervisor que está disponible siempre que se lo necesite y el cual debe acompañar el progreso del paciente (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).

Dichos autores agregan la siguiente reflexión: “históricamente, han sido los terapeutas quienes no estaban listos o motivados para adecuar su estilo relacional a las necesidades del cliente y quienes fueron resistentes a intentar nuevos enfoques para ayudar a más clientes” (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011, p. 294, *la traducción me pertenece*).

Por otro lado, se han realizado investigaciones con terapeutas de adicciones, pero sin relacionar si dichas variables están asociadas de algún modo a la eficacia.

Vargas Contreras et al., (2014) realizaron un estudio cualitativo con 10 terapeutas en formación en el área de adicciones y encontraron que los mismos destacaban la importancia de la capacitación, la supervisión *in situ*, la retroalimentación y el acceso a un experto para realizar consultas sobre el tratamiento en ejecución. En relación a esto, Bulacio (2008) comenta sobre la realidad de la atención profesional en Argentina diciendo que en muchas instituciones se encuentran trabajando profesionales recién egresados de sus estudios universitarios, carentes de capacitación específica. Por lo que se deben

investigar cuáles son las necesidades actuales de la formación para profesionales (Máculus, 2012).

Un estudio similar fue realizado por Pacheco Trejo y Martínez Martínez (2013) donde indagaron las variables de los terapeutas de adicciones que estaban relacionadas al cambio. Para ello trabajaron con entrevistas en profundidad con diez profesionales que contaban con una cantidad de casos dados de alta, para considerarlos como expertos en la temática. Como resultado, se encontraron tres grandes categorías de significados. La primera es conocimiento: se trata de un buen manejo teórico-práctico de intervenciones terapéuticas y métodos de evaluación; la segunda está relacionada a actitudes y creencias, donde se rescata la importancia de una actitud abierta y crítica sobre el consumo y los consumidores (evitando prejuicios y fomentando la comprensión), destaca el compromiso con la tarea terapéutica, trabajar desde un rol más horizontal (como un guía o facilitador y no como un experto), creencias sobre el éxito de la intervención que sumada a la actitud de compromiso hacen que se transmita esperanza al paciente; por último, está la categoría de habilidades: se destacó la importancia de una escucha empática y el uso de un lenguaje cercano (no muy técnico). Los autores concluyen: "los entrevistados señalan la necesidad de adquirir o desarrollar habilidades verbales, de empatía y de motivación que se acompañan de un interés genuino de ayudar a los adolescentes, como condiciones necesarias para ser un terapeuta exitoso" (p. 169).

Un estudio reciente, trabajó con coordinadores de instituciones de adicciones indagando: ¿qué características debería tener un profesional para trabajar en el área de adicciones? y ¿cuáles diferencias existen entre el trabajo clínico en adicciones y trabajo clínico en general? (Casari, Ison, Albanesi & Maristany, 2014). En la primera pregunta las principales respuestas fueron: capacidad de planificar el tratamiento de acuerdo a la individualidad del caso, perfil comunitario, habilidades empáticas, trabajo en equipo y asertividad. En tanto que las diferencias que se señalaron como propias del abordaje de las adicciones fueron: complejidad de la problemática, mayor compromiso, dificultades en la construcción del vínculo terapéutico, mayor uso de recursos técnicos, utilización de abordaje grupal y familiar, actitud de alerta ante conductas de riesgo.

Saarnio (2011) estudió variables de personalidad en terapeutas de Finlandia, empleando un instrumento basado en el modelo de los Cinco Factores. Empleando un análisis por cluster, se encontraron tres grupos diferentes: el primero con puntuaciones elevadas en Agradabilidad y Apertura a la Experiencia, y valores bajos en Autoconocimiento; el segundo se caracterizaba por valores opuestos, tales como valores bajos en Agradabilidad, Estabilidad Emocional y puntuaciones superiores en Autoconocimiento; mientras que el tercer grupo obtenía valores medios en todas las variables. Si bien este estudio muestra que entre los profesionales de adicciones hay diferencias significativas a nivel de personalidad,

las mismas no fueron relacionadas a variables de proceso o resultado. Y paradójicamente luego de este resultado, el autor concluye: "Estos resultados podrían ser de interés en la selección de estudiantes, terapeutas y para la supervisión en la tarea" (p. 356, *la traducción me pertenece*).

Otros estudios se han dirigido a explorar el *burn out* de los profesionales de adicciones, señalando la importancia de considerar las condiciones contextuales en el desarrollo del mismo (Vilardaga et al., 2011), y que ciertas variables socio profesionales, como pertenecer al sexo femenino, y tener una orientación cognitivo conductual estaría relacionado a menor riesgo, al contrario de ser un profesional hombre y adherir a enfoques psicodinámicos (Tartakovsky & Kovardinsky, 2013).

También se aconseja que las variables del terapeuta se deben entrenar, no son un don intuitivo, sino habilidades que pueden desarrollarse (Consoli & Machado, 2004; Miller & Moyers, 2015; Pacheco Trejo & Martínez Martínez, 2013).

Miller y Moyers (2015) enuncian algunas perspectivas para el estudio de las variables del terapeuta en adicciones. Primero mencionan que se deben considerar los siguientes aspectos positivos: empatía, funcionamiento interpersonal, calidez, aceptación incondicional, uso de reflejos; en tanto que como aspectos negativos se consideren aquellas intervenciones contrarias a los principios de la Entrevista Motivacional: confrontaciones, advertencias, utilización de consejos sin permisos. También se recomienda trabajar con un amplio número de terapeutas y cuanto mayor sea la heterogeneidad de los mismos, mejor. Por último, en organizaciones compuestas por múltiples terapeutas, se pueden estudiar la cantidad de casos dados de alta para indagar características y modos de acción de los profesionales con mejores resultados.

Sobre el rol de la alianza terapéutica, está demostrado su papel significativo en el tratamiento (Blonigen et al., 2015; Marcus, Kashy, Wintersteen & Diamond, 2011; Ruglas et al., 2012). Una forma para medir la misma es a través del *Working Alliance Inventory*, que evalúa la fuerza del vínculo entre cliente y terapeuta, el consenso sobre los objetivos del tratamiento y su grado acuerdo sobre las tareas a realizar (Horvath & Greenberg, 1994).

La temprana alianza terapéutica es un predictor consistente de la reducción del consumo, ya que funciona para aumentar el compromiso del paciente y su retención (Connors, Carroll, DiClemente, Longabaugh & Donovan, 1997; Meier, Barrowclough & Donmall, 2005), especialmente desde la mirada del terapeuta (Knuuttila et al., 2012). Y en relación a la alianza, se cree que es el terapeuta, y específicamente su estilo interpersonal del terapeuta, la variable que más contribuye a explicar la misma como también los resultados (Baldwin et al., 2007; Blonigen et

al., 2015; Crits-Christoph et al., 2009; Laska, Smith, Wislocki, Minami & Wampold, 2013). Estos resultados también se han observado en estudios cualitativos, donde la percepción de la relación entre el paciente drogodependiente y su consejero, son señalados como motivos importantes en el proceso de recuperación (Edwards & Loeb, 2011).

Guajardo y Kushner (2004) sostienen que ciertas características frecuentes de los pacientes con adicciones, como son los síntomas de manipulación, mentira, negación, minimización y ausencia de conciencia de enfermedad, agregan ciertas complicaciones al desarrollo de la alianza terapéutica. Como consecuencia, es frecuente que el terapeuta termine siendo manipulado y engañado, lo que explica los fracasos usuales. Por lo cual los autores 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 misma 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 & Kushner, 2004).

Sin embargo, la relación entre alianza y resultados positivos no es estrictamente lineal, sino más bien curvilínea. Esto significa que, si la misma es muy fuerte o elevada, puede afectar el progreso del paciente (Crits-Christoph et al., 2009).

Otra perspectiva de investigación es la utilización de Prácticas Basadas en Evidencia (en adelante PBE). A inicios de la década del 90´, ha habido un interés para que los profesionales de la salud apliquen este tipo de tratamientos (Prendergast, 2011). Muchas instituciones promueven acciones en esta dirección, como regulaciones y acreditaciones profesionales, entrenamiento e incentivos financieros (Robertson, Walker, Stovall & McCluskey, 2015). Incluso se han diseñado pruebas psicométricas para evaluar la predisposición del profesional a PBE.

Por ejemplo, *Evidence-based Practice Attitudes Scale* (Aarons, 2004), que evalúa la actitud del clínico hacia las PBE en un breve cuestionario que se compone de cuatro dimensiones: atractivo de las PBE, predisposición a adoptar PBE en caso de ser necesario, apertura a nuevas prácticas, y divergencias percibidas sobre prácticas usuales con investigación clínica o intervenciones desarrolladas por investigadores; o *The Attitudes Toward Psychotherapy Treatment Manuals*, que evalúa la actitud y sentimiento del clínico acerca de tratamientos manualizados (Addis & Krasnow, 2000; Kazantzis, Lampropoulos, & Deane, 2005).

Dentro del campo de las adicciones, el *Cuestionario para Terapeutas Especialistas en Adicciones y el Uso de la Práctica con Base en la Evidencia* explora factores como formación profesional, actualización a través de cursos de capacitación, uso de herramientas para la búsqueda de información científica, teoría en la que fundamentan sus procedimientos, así como los conocimientos, actitudes y autoeficacia de los terapeutas, y las condiciones del contexto para el uso de las PBE (Vargas Contreras, Martínez Martínez, Mandujano & Oropeza Tena, 2014).

En relación a las PBE y su utilización en la comunidad de profesionales, algunos autores son optimistas en este punto, y consideran que los terapeutas tienden a tener mayor conocimiento y utilización de los recursos que provienen de la investigación, al menos con algunos de los tratamientos eficaces como la Entrevista Motivacional y la Terapia Cognitivo Conductual (Arthur & Blitz, 2000; Garner, 2009). Mientras que otros autores consideran que hay una brecha entre clínicos e investigadores, donde se observa un lento traslado de las PBE al campo clínico, muchos profesionales prefieren emplear métodos terapéuticos en los cuales fueron entrenados en su formación básica o bien que prefieren confiar más en su propia experiencia (Henderson, MacKay & Peterson-Badali, 2006; Miller, Zweben, & Johnson, 2005), y también existe cierto desconocimiento de los profesionales con respecto a tratamientos manualizados y hasta se desconoce su fundamento científico (Addis & Krasnow, 2000; Ashcraft et al., 2011).

Entre las variables que influyen en una actitud positiva hacia las PBE están: nivel de educación (personas con estudios superiores, como doctorados), conocimiento, entrenamiento y aplicación previa de las mismas y orientación cognitivo conductual (Aarons, 2004; Addis & Krasnow, 2000; Ashcraft et al., 2011; Bearman, Wadkins, Bailin, & Doctoroff, 2015; Nakamura, Higa-McMillan, Okamura, & Shimabukuro, 2011; Robertson et al., 2015). Mientras que profesionales de adicciones con orientación psicodinámica o humanística, o con más años de experiencia parecerían ser renuentes a la aplicación de PBE (Aarons, 2004; Addis & Krasnow, 2000; Ashcraft et al., 2011).

2.4. Reflexiones finales.

A lo largo de este capítulo que se denomina Abordajes Psicológicos en Adicciones, se pudo ofrecer una síntesis actualizada que permita caracterizar el trabajo de los profesionales en esta área. En un primer momento, se detallaron criterios diagnósticos actuales y los factores que sirven como explicación acerca de la vulnerabilidad de las adicciones y el proceso de desarrollo de la

drogodependencia. Luego se comentó el camino que recorre una persona en busca de ayuda, las etapas de cambio y la respuesta asistencial disponible, aquí se hizo hincapié en los diferentes dispositivos de atención, el rol central del profesional psicólogo y los aportes que ha hecho la investigación en el estudio de tratamientos eficaces. Finalmente, se mencionaron variables del terapeuta relacionadas a la eficacia de la terapia en adicciones y también líneas actuales de investigación.

Esta caracterización del campo de las adicciones, sirve para contextualizar el rol del terapeuta y analizar cómo puede plasmarse su estilo personal. En estudios anteriores sobre el EPT que fueron realizados en tesis de grado o postgrado, también se dedicó un segmento importante de la producción académica a detallar las características propias del abordaje en determinada problemática psico social, como por ejemplo neonatología (Vega, 2006) o psico – oncología (Gómez, 2015).

Si reconocemos a las adicciones como un problema de salud pública que demanda grandes cantidades recursos asistenciales, y si sumamos la complejidad inherente de la patología y el dispositivo de asistencia con que se brinda respuesta (programas institucionales ambulatorios o residenciales), encontramos un fundamento sólido al estudio del estilo personal del terapeuta en profesionales abocados al campo de las adicciones.

2.5. Objetivos

2.5.1. Objetivos generales

Avanzar en el conocimiento del Estilo Personal del Terapeuta como variable significativa en el proceso psicoterapéutico.

Indagar acerca del perfil de los terapeutas que trabajan en el campo de las adicciones.

2.5.2. Objetivos específicos

Comparar las dimensiones del EPT en psicoterapeutas que trabajan con trastornos por dependencia de sustancias, con psicoterapeutas que no se dediquen a esta población específicamente.

Analizar si en las diferencias que se producen en el EPT de ambos grupos, influyen las variables socio demográficas y socio profesionales de los terapeutas (como edad, género y provincia de residencia; años de experiencia profesional, orientación teórica, grupo etario con el que trabaja, especialidad clínica, tipo de abordaje, contexto de trabajo). Y a su vez, describir si las variables socio demográficas y profesionales que producen resultados significativos en la muestra total, presentan similar tendencia en los análisis intra grupo (es decir, si se mantienen significativas en cada grupo de terapeutas).

Determinar si las funciones del EPT pueden explicarse a partir de variables de personalidad y si existen diferencias de personalidad entre los terapeutas de ambos grupos.

3. Metodología

3.1. Diseño y tipo de estudio

La investigación se trabajó a través de un diseño no experimental transeccional, debido a que no existe una manipulación de variables y los datos son recolectados en un momento único por cada sujeto (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2014). A la vez se trata de una investigación de carácter descriptivo – comparativo, cuya clasificación se corresponde con un diseño ex post facto, retrospectivo, de dos o más grupos, uno cuasi-control (Montero & León, 2007).

3.2. Participantes

Para la presente investigación se trabajó con una muestra de tipo intencional, ya que es recomendada para este tipo de estudios (Hernández Sampieri et al., 2014).

La muestra quedó conformada por 429 psicólogos clínicos.

El conjunto de terapeutas que trabajan con pacientes drogodependientes (en adelante Grupo Adicciones) está conformado por 102 sujetos, 100 de ellos (98 %) provenían de instituciones específicas de atención de las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis, y sólo dos son terapeutas de instituciones clínicas de atención polivalente pero que únicamente refirieron trabajar con pacientes adictos, por tal motivo se los incluyó.

Paralelamente, se recolectaron datos de terapeutas cuyo criterio de inclusión fue que no trabajen en instituciones de atención a pacientes drogodependientes (en adelante Grupo Clínico). Este grupo está compuesto por un total de 327 terapeutas.

Un resumen de las principales variables socio demográficas y socio profesionales que caracterizan a la muestra total se puede encontrar en la tabla 6.

Tabla 6. **Variables socio profesionales del Grupo Clínico y Grupo Adicciones (N =429).**

		Grupo Clínico (n= 327)	Grupo Adicciones (n= 102)
Sexo	Femenino	88,07%	68,62%
	Masculino	11,92%	31,37%
Edad	M (DE)	32, 79 (8,67)	32, 57 (7, 59)
	Mínimo	23	23
	Máximo	68	61
	Rango	45	38
Provincia de residencia	Mendoza	69,72%	55,88%
	San Juan	12,84%	33,33%
	San Luis	13,76%	10,78%
	Otros	4%	0%

Duración predominante de los tratamientos	Breve	40,67%	31,37%
	Intermedio	53,82%	61,76%
	Prolongado	3,36%	5,88%
	Más de uno	2, 15%	1%
Grado de especialización	Licenciatura	53,82%	55,88%
	Especialización	38,53%	37,25%
	Maestría	6,72%	6,86%
	Doctorado	0,91%	0
Años de experiencia profesional	M (DE)	5,85 (7,02)	4,28 (5,10)
	Mínimo	0	0
	Máximo	43	20
	Rango	43	20
Enfoque teórico	Cogn. Cond.	7,03%	7,84%
	H. Exist. y Guestáltico	9,78%	7,84%
	Integrativo	32,72%	36,27%
	Psicoanalítico	34,55%	31,37%
	Sistémico	12,84%	11,76%
	Otros	3%	4%
Universidad de egreso	UCA	4,28%	0%
	UCC	10,09%	29,41%
	UC	3,66%	2,94%
	UM	3,66%	7,84%
	UdA	51,68%	28,43%
	UNSL	16,81%	21,56%
	Otros	10%	9%
Grupo etario predominante de trabajo	Niños y adolescentes	22,93%	19,60%
	Adultos	54,74%	50,98%
	Gerontes	0,61%	0%
	Más de uno	21,72%	30,40%
Tipo de abordaje predominante	Individual	76,14%	60,78%
	Grupal	0,91%	12,74%
	Familiar	5,50%	6,86%
	Más de uno	17,44%	19,61%
Contexto de trabajo	Autónomo	58,10%	1%
	Privado	17,43%	43,13%
	Público	16,51%	55,88%
	Más de uno	8%	0%
Tipo de patología con que trabaja principalmente	Ansiedad y depresión	48,31%	
	Trastornos de la personalidad	2,14%	
	Trastornos severos (psicosis)	2,75%	
	Trastornos de la comunicación	3,36%	
	Adicciones	0%	100%
	Otros y más de una patología predominante	43,43%	

Nota: M (Media), DE (Desviación Estándar). En la variable provincia de residencia, la denominación "otros" representa a terapeutas de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza. La duración de los tratamientos fue clasificada de acuerdo a la investigación original de la escala EPT-C antes comentada (Fernández-Álvarez et al., (2003), donde se explica que un tratamiento breve es aquel

cuya duración temporal es inferior a seis meses, intermedio es aquel comprendido entre seis meses y dos años, y prolongado aquel mayor a dos años. La opción "más de uno" que está presente tanto en duración predominante de los tratamientos, grupo etario de trabajo, tipo de abordaje y contexto de trabajo, fue incluida para detallar aquellos casos donde el terapeuta no eligió una opción predominante (como plantea la consigna), sino que optó por señalar al menos dos opciones. Las universidades de egreso de acuerdo a sus abreviaturas son: Universidad Católica Argentina (UCA), Universidad del Aconcagua (UdA), Universidad de Congreso (UC), Universidad de Mendoza (UM), Universidad Católica de Cuyo (UCC), Universidad Nacional de San Luis (UNSL) y otros, donde se incluyeron a universidades que no están localizadas en las provincias de Cuyo: Universidad de Buenos Aires, Universidad del Salvador, Universidad Adventista del Plata, Universidad Konrad Lorenz, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Ciencias Empresariales, Universidad Nacional de La Plata, Universidad de Flores, Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Nacional de Cuyo, Universidad Autónoma de Madrid y Universidad de Belgrano. Los enfoques teóricos fueron representados con las siguientes abreviaturas: Cogn. Cond. (Cognitivo Conductual), H. Exist. y Guestáltico (Humanístico Existencial y Guestáltico), y "otros" que incluye a terapeutas de las siguientes corrientes teóricas que no están contempladas entre las opciones originales del EPT -C (Fernández-Álvarez et al., 2003): psicoterapia breve de orientación eriksoniana, neoruspsicología, enfoque social de Pichón Riviere, psicoterapia breve focalizada, psicología transpersonal, cognitivo postracionalista, terapia estratégica centrada en soluciones, terapia Jungiana y psicodrama. Por último, el contexto de trabajo, implica trabajar de manera autónoma (independiente), o ser empleado, tanto en el sector privado de la salud (instituciones, fundaciones, clínicas privadas, etc) o en el sector público (hospitales, centros de salud, etc.).

Como puede observarse en determinadas variables la composición por grupo es similar, en otros casos difiere.

En el primer caso, encontramos similitudes en el mayor predominio de: terapeutas del sexo femenino (88, 07 % / 68, 62 %), de la provincia Mendoza (69,72 % / 55, 88%), sin títulos de postgrado (53, 82 % / 55, 88 %), que refirieron trabajar predominantemente con adultos (54,74 % / 50, 98 %), cuya duración de los tratamientos es intermedia (53, 82 % / 55, 88%), y con abordaje de tipo individual (76, 14 % / 60, 78 %). La edad es similar (32, 79 / 32, 57) y los años de experiencia son prácticamente iguales (5,85 / 4,28).

Aquellas variables donde existen diferencias en las prevalencias son:

- Enfoque teórico. Si bien los grupos predominantes fueron psicoanalíticos e integrativos, difieren en la distribución por grupo. En el Grupo Clínico prevalecen terapeutas de orientación psicoanalítica (34, 55%) y en el Grupo Adicciones la mayor prevalencia se registra en profesionales integrativos (36, 27 %)
- Universidad de egreso. Psicólogos graduados de la Universidad del Aconcagua son quienes predominaron en el Grupo Clínico (51, 68 %), en tanto que los profesionales del Grupo Adicciones concluyeron sus estudios universitarios en su mayoría en la Universidad Católica de Cuyo (29, 41 %).
- Contexto de trabajo. En el Grupo Clínico es mayoritario el porcentaje de psicólogos que trabajan de forma autónoma (58, 10 %), mientras que el sector público fue el prevalente en los terapeutas del Grupo

Adicciones (55, 88 %). Esta diferencia es esperable, ya que en este caso los terapeutas de adicciones trabajan exclusivamente en instituciones.

- Tipo de patología. Es lógico porque es la variable que divide principalmente ambos grupos. En el Grupo Adicciones la totalidad de los terapeutas señaló a las adicciones como patología central de trabajo (100 %) y en el Grupo Clínico fueron la ansiedad y depresión señaladas como patologías predominantes de abordaje (48, 31 %).

3.3. Instrumentos

3.3.1. Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta, versión abreviada (Castañeiras et al. 2008).

Dicho cuestionario, creado originalmente por Fernández Álvarez y García (1998), evalúa las cinco funciones que fueron descriptas en el marco teórico: Atencional, Operativa, Instruccional, Involucración y Expresiva. El inventario propone como consigna indagar la forma en que el profesional lleva adelante su trabajo, aclarando que no existen respuestas correctas y que debe ser espontáneo a la hora de asignar valores a los ítems. Los reactivos son presentados como afirmaciones a las que cada terapeuta debe responder 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 se obtienen por sumatoria simple de los ítems que componen cada una de ellas. Para la presente investigación, se utilizó la versión abreviada del cuestionario desarrollada por Castañeiras et al. (2008), compuesta por 21 ítems que indaga las funciones anteriormente desarrolladas.

3.3.1.1. Confiabilidad y Validez del EPT-C

Originalmente, los autores propusieron en su modelo teórico que el constructo del EPT se componía de seis funciones: atencional, operativa, expresiva, instruccional, de compromiso vincular y evaluativa (Fernández Álvarez & García, 1998).

En el primer estudio en que fue aplicado el cuestionario EPT, la validez fue analizada desde diferentes perspectivas. En primer lugar, según los sujetos que participaron (n= 150) el instrumento presentó validez aparente. Por otro lado, la validez de contenido fue discutida entre los autores del cuestionario y se incorporó como tercer juez a un terapeuta experimentado.

La confiabilidad se analizó utilizando el método test – retest aplicando el instrumento a 34 sujetos tres meses después. Se calculó el coeficiente de correlación

de Spearman y de los 48 reactivos que poseía la versión original, 45 obtuvieron valores significativos ($p < .05$).

Posteriormente, en el año 2003 Fernández Álvarez et al. analizaron las propiedades psicométricas del instrumento, con una nueva versión de 36 ítems aplicada a 189 psicoterapeutas. Los ítems relacionados a la función Evaluativa fueron eliminados (es decir, la prueba quedó conformada por 5 dimensiones).

Para analizar la validez se empleó Análisis Factorial Exploratorio (componentes principales, rotación Varimax y normalización Kaiser), lo cual obtuvo KMO .756 con valores estadísticamente significativos $p<.$ 001. Este análisis arrojó 4 factores que explican el 40 % de la varianza de acuerdo con la rotación de la suma de los cuadrados cargados. Los ítems corresponden a afirmaciones de las siguientes dimensiones: 1) Atencional – Operativa; 2) Expresiva; 3) Involucración; 4) Instruccional. Es decir, se obtuvo una composición factorial de 4 factores, en lugar de las 5 dimensiones que proponían los autores. Estos factores mostraron correlaciones significativas con las respectivas funciones. Los autores sugirieron que a pesar de que las funciones Atencional y Operativa están agrupadas en un mismo factor, se debía mantener la estructura de cinco dimensiones por las diferencias teóricas entre ambas.

Fueron calculados los índices de confiabilidad a través del alfa de Cronbach encontrando los siguientes valores: Atencional (α =.80), Operativa (α =.76*)*, Instruccional (α= .69*)*, Expresiva (α = .75*)* e Involucración (α =.75). También se empleó el método test – retest con 89 sujetos, que volvieron a completar el cuestionario al cabo de cuatro meses de la toma inicial obteniendo valores significativos en el coeficiente de correlación de Pearson ($r> .76 < .83$), lo cual es coherente con la estabilidad que se postula sobre el constructo (Fernández Álvarez et al., 2003).

Dos años después, Fernández Álvarez et al. (2005) realizan un nuevo análisis psicométrico del instrumento con una muestra mayor de terapeutas: N= 366.

El Análisis Factorial Exploratorio, se realizó utilizando el método de extracción análisis de componentes principales, rotación varimax con normalización Kaiser y analizando la convergencia de rotación en 6 iteraciones. Los análisis arrojaron un KMO = .808, $p < .000$. Se obtuvieron 4 factores que explicaron el 38.48 % de la varianza.

Los valores de confiablidad calculados a través del alfa de Cronbach arrojaron los siguientes valores: Atencional (α =.80), Operativa (α = .76), Instruccional (α =.69), Involucración (α =.75) y Expresiva (α= .75).

El último estudio realizado sobre el EPT en Argentina que analizó las propiedades psicométricas del EPT-C, fue realizado por Castañeiras et al. (2008), quienes se propusieron desarrollar una versión abreviada del cuestionario existente

y evaluar la misma a través de Análisis Factorial Confirmatorio. Esta nueva versión se construyó del siguiente modo: en primer lugar, los ítems fueron seleccionados de la escala original compuesta por 36 ítems de acuerdo a criterios psicométricos (eliminando aquellos que mejoraban la confiabilidad de la escala) y conceptuales (analizando su contenido y validez). De este modo, quedaron seleccionados 21 ítems.

La nueva versión del cuestionario EPT-C se aplicó a un total de 461 terapeutas y fue sometida a Análisis Factorial Confirmatorio para evaluar el ajuste de la misma de acuerdo a las cinco dimensiones teóricas que sostenían los autores, las cuales se propusieron como variables latentes relacionadas. Utilizando el programa AMOS se estimaron los parámetros mediante el método de máxima verosimilitud. Así se calcularon los coeficientes de regresión estandarizados entre variables latentes y los indicadores (ítems), como también las correlaciones entre las variables latentes (las cinco dimensiones del EPT). Los índices de ajuste del modelo a los datos: *CFI, GFI, IFI, AGFI* fueron aceptables (superiores a .90), como también el índice *RMSEA* (inferior a .05).

De este modo la versión abreviada (21 ítems) mostró correlaciones positivas con valores que indicaron fuertes asociaciones ($r \geq .80 \leq .95$), en referencia a la versión anterior compuesta por 36 ítems. Los índices de confiabilidad fueron: Atencional (α =.71), Operativa (α =.75), Expresiva (α =.70), Involucración (α =.72) e Instruccional (α =.60). Sobre ésta última (función Instruccional), los autores comentan que su valor de confiablidad es aceptable en contextos de investigación, y que el mismo puede deberse a que quedó representada por sólo tres ítems.

En síntesis, la composición por ítem de cada factor quedó del siguiente modo: Atencional: 1,18, 33 y 36; Operativa: 3, 10, 22, 25 y 31; Involucración: 13, 21, 23, 34; Expresiva: 6, 11, 15, 28, 29; Instruccional: 9, 27, 35.

Es importante mencionar que también se realizaron investigaciones que indagaron las propiedades psicométricas del cuestionario EPT-C en otros países, como Brasil (Oliveira et al., 2006), Chile (Quiñones Bergueret et al., 2010) y Portugal (Moura de Carvalho, Corbella & Matos, 2011).

En Brasil, Oliveira et al. (2006) presentaron la versión preliminar del cuestionario EPT-C donde participaron un total de 225 terapeutas, empleando la versión original del instrumento (36 ítems). Allí únicamente se calcularon los índices de confiabilidad a través del alfa de Cronbach, los cuales fueron: Atencional (α =.70), Involucración (α =.67), Operativa (α =.77), Instruccional (α =.52) y Expresiva (α =.55).

Quiñones Bergueret et al. (2010) presentaron el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento con 92 terapeutas acreditados de Chile, aplicando también la versión original (36 ítems). Mediante el Análisis Factorial Exploratorio, empleando como método de extracción el análisis de ejes principales, se obtuvieron

4 factores: Expresividad Emocional, Operativo-Atencional, Instruccional e Involucración. Estos resultados son similares a los que se obtuvieron anteriormente al encontrar una estructura factorial de cuatro factores (Fernández Álvarez et al., 2003, 2005). En tanto que los valores de confiabilidad fueron: Atencional-Operativa (α =.79), Expresión Emocional (α = .78), Involucración (α= .64) e Instruccional (α= .75).

Un estudio posterior (Moura de Carvalho et al., 2011) intentó replicar la estructura factorial de cinco funciones obtenida en la versión breve (Castañeiras et al., 2008), con terapeutas de Portugal (n= 384). Como resultado, encontraron evidencia parcial sobre el ajuste del modelo de cinco factores con la versión breve de 21 ítems, ya que los indicadores dieron por debajo de los valores críticos: X^2 (210) = 1548,07, p< .001; X^2/df = 7,38; *CFI* = .87; *RMSEA*= .049; *SRMR* = .06; *AIC* = 19,47. Se propuso re-especificar el modelo efectuando dos modificaciones: 1) se suprimió el ítem 33 (función Atencional), por su bajo valor en la carga factorial (λ =.13); 2) se correlacionaron los errores del ítem 1 (función Atencional) y 22 (función Operativa). Los índices de ajuste para este modelo re-estimado fueron X^2 (190) = 1501,8, p< .001; X^2/df = 7,90; *CFI* = .90; *RMSEA* = .045; *SRMR* = .06; *AIC* = -9,00. Esto indicó que el nuevo modelo propuesto, presentó mejores indicadores de ajuste.

A nivel de confiabilidad, los valores para cada dimensión fueron: Atencional (α = .45), Operativa (α =.74), Expresiva (α =.55), Involucración (α =.72) e Instruccional (α =.62). El valor más bajo allí obtenido, es relacionado por los autores con el reducido número de ítems que representan a la función Atencional (tres ítems). Por último, en las correlaciones intratest, se encontraron múltiples resultados significativos: Atencional con Operativa (r= .68), Involucración (r= -.30) y Expresiva (r= -.58); Operativa con Involucración (r= -.14) e Instruccional (r= -.34); en tanto que la función de Involucración presentó dos correlaciones significativas con las dimensiones Expresiva (r= .52) e Instruccional (r= -.20). Al igual que en estudios anteriores donde los resultados fueron satisfactorios, los autores también recomiendan continuar con los estudios psicométricos del instrumento (Moura de Carvalho et al., 2011).

3.3.1.2. Confiabilidad del instrumento en la presente muestra

Originalmente en la presente investigación se trabajó con la versión de 36 ítems. Luego se calcularon los coeficientes de correlación entre las mismas funciones de la versión original y abreviada, trabajando con la muestra total (N= 429). Como los valores fueron significativos en todos los casos, se optó por trabajar con la versión abreviada (ver tabla 7).

Tabla 7. Correlaciones entre la versión original del EPT-C (36 ítems) con la versión breve (21 ítems) (N= 429)

	Versión breve				
Versión original	1	2	3	4	5
Atencional	.86				
Expresiva		.86			
Instruccional			.73		
Involucración				.89	
Operativa					.94

Nota: En todos los casos las correlaciones son significativas al nivel de $p < .001$

Empleando la versión abreviada, se calcularon las correlaciones intra test. Se encontraron correlaciones significativas entre la función Atencional con la función Operativa ($r = .304$, $p < .001$), y entre ésta última con la función Expresiva ($r = 180$, $p < .001$). La función Expresiva también correlacionó significativamente con la función de Involucración ($r = .151$, $p < .01$). Finalmente, la única correlación negativa se observó entre la función Instruccional con la función de Involucración ($r =. -203$, $p < .001$). En todos los casos se trata de correlaciones débiles ($r <.29$), con excepción del primer caso (correlación positiva entre las funciones Atencional y Operativa) que alcanza el rango de moderado ($r >.30$) (Aron & Aron, 2001).

Para la presente muestra se calcularon los índices de confiabilidad de cada factor a través del alfa de Cronbach, obteniendo los siguientes resultados: Atencional ($\alpha = .541$), Operativa ($\alpha =. 661$), Involucración ($\alpha = 681$), Expresiva ($\alpha =. 672$) e Instruccional ($\alpha = .455$). Existen dos argumentos que pueden señalarse para interpretar estos valores como aceptables para la presente investigación.

Si bien diversos autores postulan valores superiores a .70 como admisibles (George & Mallery, 2007; Hernández-Sampieri et al., 2014; Hogan, 2004), existe consenso en señalar que el coeficiente de confiabilidad exigido es diferente de acuerdo al propósito de la investigación. Por ejemplo, en la toma de decisiones clínicas se recomiendan coeficientes mayores a .85 (Morales-Vallejo, 2007; Pfeiffer, Heslin & Jones, 1976; Schmitt & Hunter, 1996); mientras que, respecto del uso de los tests en contextos de investigación, pareciera que es difícil encontrar un valor mínimo para aceptar un coeficiente de fiabilidad como adecuado (Guilford, 1954; Morales-Vallejo, 2007; Nunnally, 1978).

También debe agregarse que el valor de confiabilidad depende de la longitud de la escala (cantidad de ítems) (Gliem & Gliem, 2003; Schmidt, 1996). Entonces, un índice que, si bien resulta menor a lo aceptable en términos generales, puede considerarse útil en situaciones donde el número de ítems es reducido y de este modo, adecuado para tareas de investigación (Loewenthal, 2001). El ejemplo más claro de que la cantidad de ítems afecta los índices de confiabilidad, puede observarse en el caso de la función Instruccional ($\alpha = .455$), quedando representada sólo por tres ítems. Un caso similar ocurrió con la función Atencional en el estudio

de Moura de Carvalho et al. (2011), donde la misma quedó conformada por tres ítems y el coeficiente obtenido fue similar (α = .455).

Por lo tanto, debido a que la escala puede considerarse breve (posee 21 ítems), se utiliza con fines de investigación, y a que se cuentan con estudios previos que avalan las propiedades psicométricas del instrumento (Castañeiras et al., 2008; Fernández-Álvarez et al., 2003, 2005; Moura de Carvalho et al., 2011; Quiñones-Bergeret et al., 2010) es que se decide emplear la muestra obtenida para continuar con los análisis estadísticos, considerado como una limitación a tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados.

3.3.2. Cuestionario de Personalidad Big Five (BFQ) (Castro-Solano, 2005).

El "Cuestionario Big Five" - adaptado por Castro-Solano (2005) - es un inventario de 44 ítems que evalúa los cinco grandes rasgos de personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Agradabilidad y Responsabilidad.

Está basado en la teoría de los Cinco Factores que postuló McDougall en 1932, quien sostenía que la personalidad podía entenderse como la expresión de cinco factores perfectamente identificables: Neuroticismo/Estabilidad Emocional, Extraversión/Intraversión, Apertura a la Experiencia, Agradabilidad y Responsabilidad. Años después McCrae y Costa (1999) demostraron que esta estructura pentafactorial era sólida a través del tiempo, empleando diferentes métodos, instrumentos y fuentes de información. Dichos autores afirman que este modelo se replica en diferentes contextos culturales y que su universalidad puede deberse a tendencias disposicionales con una base biológica (McCrae & Costa, 1999).

Las definiciones de las dimensiones de personalidad se detallan a continuación (Castro-Solano, 2005):

- Neuroticismo (N). Este factor expresa una tendencia general a expresar miedo, tristeza, venganza, enojo, culpa y disgusto. Las personas que puntúan alto en N son más vulnerables al impacto de los sucesos vitales. En general, el factor N indica una disposición a experimentar afectos negativos. Las personas que obtienen puntajes bajos en N son en general estables emocionalmente. No hay que confundir el factor N con la categoría nosológica de neurosis ni con la presencia de trastornos psiquiátricos. Se recuerda que N es una disposición de la personalidad normal. Las personas que puntúan alto en N pueden no ser pacientes psiquiátricos, ni ser neuróticos graves. Sin embargo, la presencia de N alto indica cierta predisposición a padecer trastornos psicológicos.

- Extraversión (E). Los extrovertidos son personas sociables, prefieren los grupos grandes, son activos y firmes en sus opiniones, enérgicos y optimistas. Les gusta generalmente la excitación y tienen una disposición alegre. Los introvertidos (bajo E) son personas más reservadas y poco amistosas; si bien no sufren de ansiedad social, prefieren estar solos. Hay que tener en cuenta que tener bajo E no significa que la persona sea pesimista. El alto E está relacionado con bienestar psicológico. No se debe confundir la teoría junguiana de la extraversión-introversión con el factor E. Así, por ejemplo, tanto la reflexión como la introspección no se relacionan con E, sino con la dimensión de Apertura a la experiencia.
- Apertura a la experiencia (O). La imaginación, la sensibilidad estética, la preferencia por la variedad y la curiosidad intelectual integran O. Los individuos que puntúan alto en O tienen valores no convencionales, están abiertos a los datos de la experiencia tanto interna como externa y tienen tendencia a experimentar tanto, emociones negativas, como positivas con mayor intensidad. En general este factor se relaciona con el pensamiento divergente y la creatividad. A veces se lo denomina "intelecto", pero téngase presente que O no es equivalente a inteligencia. En términos generales las habilidades cognitivas formarían un sexto factor que no se encuadra en los rasgos de personalidad propiamente dichos, desde la óptica de este modelo. Bajos puntajes en O indican personas convencionales y conservadoras, que prefieren lo familiar a lo novedoso, con pocos intereses.
- Agradabilidad (A). Es una dimensión que atañe a las relaciones interpersonales. La persona que tiene una puntuación alta en A es generalmente altruista, está dispuesta a ayudar a los demás, y tiende a ser complaciente y conformista. El polo opuesto de A lo constituyen las personas egocéntricas, escépticos respecto de las intenciones de los demás, y que son más competitivas que cooperativas. Un bajo puntaje en A está asociado a las conductas antisociales y los rasgos paranoicos. Un alto puntaje en A indica conductas dependientes.
- Responsabilidad (C). Se trata de personas escrupulosas, ordenadas, con fuerte voluntad y determinación. Se trata de personas puntuales y confiables. Un alto puntaje en C se asocia con logros académicos y laborales. Si C es muy alto, se trata de personas con rasgos obsesivos, irritables, en exceso ordenadas y adictas al trabajo. Las personas que registran bajo puntuación en C son en general menos exigentes para alcanzar sus metas, y mucho más hedonistas.

Los evaluados tienen que leer 44 ítems que describen las características básicas de las personas. En una escala del 1 al 5 deberán responder el grado de acuerdo con la frase propuesta, indicando la medida en que la oración los describe, desde completamente de acuerdo (5 puntos) hasta completamente en desacuerdo (1 punto).

La puntuación bruta obtenida se transforma en percentiles. Estas se interpretan tomando como corte los percentiles 25 y 75. Las puntuaciones inferiores al percentil 25 indican que el evaluado es menos propenso a exhibir ese rasgo en sus actos de conducta, en tanto que las puntuaciones superiores al percentil 75 reflejan propensión a poseer el rasgo en cuestión.

3.3.2.1. Confiabilidad y Validez del instrumento del BFQ

Castro-Solano y Casullo (2001) realizaron la adaptación del cuestionario *Big Five Inventory* (John, 1990), el cual estaba adaptado originalmente para población norteamericana. La adaptación al español constó de varias etapas. En primer lugar, se realizó una traducción del idioma inglés respetando expresiones idiomáticas locales. Se recurrió a dos jueces psicólogos que tradujeron la versión en forma separada y luego se consensuaron los ítemes en los que había desacuerdo. Posteriormente, se efectuó una prueba del instrumento con el fin de verificar la comprensión adecuada de los ítemes en un pequeño grupo de estudiantes universitarios (N = 12), quienes realizaron sugerencias en la redacción de los ítems.

Una vez concluida la adaptación idiomática, se realizaron dos estudios diferentes que indagaron las propiedades psicométricas de la escala. La primera con adolescentes (Castro-Solano & Casullo, 2001) y la segunda con población adulta civil y miliar (Castro-Solano, 2005). En éste último caso, se trabajó con una muestra de 639 sujetos adultos de la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense divididos en dos grupos: 276 pertenecen a población civil y el resto a población militar (n= 360). El propósito fue obtener baremos que permitiesen interpretar los puntajes según el tipo de población a evaluar (Castro-Solano, 2005).

En cuanto a la validez factorial, se llevó a cabo un Análisis Factorial Exploratorio. Se comprobó previamente que la matriz de correlaciones era adecuada para este tipo de análisis, a ésta se impuso una estructura de cinco factores que explicaban el 45% de la varianza de las puntuaciones. Los factores fueron rotados en forma ortogonal según el método Varimax. Se concluyó que los ítems se agrupan en las cinco dimensiones esperadas.

En relación a la consistencia interna, para verificar la homogeneidad de cada una de las escalas se realizó un análisis de fiabilidad calculando el coeficiente alfa de Cronbach para cada escala, obteniendo los siguientes valores: Extraversión (α = .68), Agradabilidad (α = .66), Responsabilidad (α = .70), Neuroticismo (α = .74) y Apertura a la Experiencia (α = .77).

3.3.2.2. Confiabilidad del instrumento en la presente muestra

Para la presente muestra se calcularon los índices de confiabilidad a través del cálculo de alfa de Cronbach por cada dimensión. Los valores que se obtuvieron fueron: Extraversión (α = .77), Agradabilidad (α =. 645), Responsabilidad (α =. 77), Neuroticismo (α =. 75) y Apertura a la Experiencia (α = .79).

3.4. 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 explicó el propósito de la investigación a los coordinadores de cada centro asistencial. Posteriormente, el objetivo fue detallado a los profesionales psicólogos solicitando su colaboración voluntaria. Los profesionales firmaron un consentimiento informado donde se les explicaba que la información obtenida será confidencial, dejando constancia de su conformidad para participar de la investigación (ver anexos).

En cuanto a los profesionales del grupo Clínico, los mismos fueron contactados en diversos medios tanto presenciales como virtuales. En el primer caso, los cuestionarios se repartieron en instituciones de salud y centros asistenciales, previa conformidad de los directivos respectivos. Debido a que los datos serían recogidos de instituciones y por ello se podría identificar posteriormente al profesional, se incluyó también un consentimiento informado similar al utilizado con los terapeutas del Grupo Adicciones. En tanto que, también se solicitó la colaboración de profesionales por medios virtuales en páginas específicas que nuclean a psicoterapeutas, enviando el cuestionario *online* a quienes mostraban interés por participar. Del mismo modo, también se aclaró a los profesionales el carácter anónimo de la prueba y que los cuestionarios serán individualizados por un código específico y no por los datos de contacto que se obtuvieron en el muestro *online* (como el correo electrónico), siguiendo los lineamientos éticos de las investigaciones por internet (Roussos, Braun & Olivera, 2013).

3.5. Análisis de Datos

Para el análisis de datos se utilizó el SPSS para Windows versión 22.0. Con el objetivo de preparar los datos para los análisis posteriores se examinaron: a) el patrón de valores perdidos, b) la media, desviación estándar, asimetría y curtosis de cada una de las variables consideradas en este estudio, y c) la presencia de casos atípicos univariados.

Con el fin de cumplimentar los objetivos se realizaron los siguientes análisis.

a) El objetivo 1 consistía en comparar las dimensiones del EPT en psicoterapeutas que trabajan con trastornos por dependencia de sustancias con respecto a los que no trabajan. Se realizó una prueba *t* de diferencia de media según el grupo de trabajo de los participantes en las funciones del EPT. Para estimar el tamaño del efecto se calculó la *d* de Cohen (Cohen, 1988) donde se consideró valores pequeños (*d* = .2), medianos, (d = .5) y grandes (d = .8).

b) el objetivo 2 consistía en analizar si en las diferencias que se producen en el EPT de ambos grupos, influyen las variables socio demográficas y socio profesionales de los terapeutas (como edad, género, provincia de residencia; años de experiencia, orientación teórica, grupo etario con el que trabaja, especialidad clínica, tipo de abordaje, contexto de trabajo). Y a su vez, describir si las variables socio demográficas y profesionales que producen resultados significativos en la muestra total, presentan similar tendencia en los análisis intra grupo (es decir, si se mantienen significativas en cada grupo de terapeutas). Por lo tanto, se compararon los valores medios en las funciones del EPT, en relación a variables dicotómicas y politómicas. Para ello se empleó el Análisis de varianza multivariado (MANOVA) y univariado (ANOVA), pruebas t de diferencias entre medias. El eta cuadrado (η^2) se utilizó en las primeras dos pruebas para estimar el tamaño del efecto, se partió de las indicaciones de Cohen (1988) donde los tamaños del efecto (η^2) 1%, 10% y 25% son considerados pequeños, medianos y grandes, respectivamente. Por último, en el caso de aquellas variables escalares (edad y años de experiencia profesional) se indagó su asociación a través del coeficiente de correlación de *r* de Pearson, interpretando la intensidad del valor con los criterios de Aaron & Aaron (2001): $r > .29$ (pequeño), $r > .49$ (moderada) y $r < .50$ (fuerte). En aquellos casos de correlaciones significativas, se estudió la posibilidad de determinación de una variable predictora sobre las funciones del EPT a través del análisis de regresión lineal simple, método pasos sucesivos.

c) El objetivo 3 consistía en determinar si existen diferencias de personalidad entre los terapeutas de ambos grupos y si los rasgos de personalidad pueden explicar las funciones del EPT. Por lo tanto, se aplicó una prueba *t* de diferencias de media para explorar las diferencias en los rasgos de personalidad según el grupo de terapeuta, y luego mediante un análisis de regresión múltiple (método *Enter*) se determinó la contribución predictiva de los rasgos de personalidad (variable independiente) en cada uno de los estilos del terapeuta (variables dependientes). Estos análisis se realizaron con la muestra total y para cada una de las variables dependientes (cinco en total).

4. Resultados

4.1. Preparación de los datos

Previo al análisis, se evaluó el patrón de valores perdidos para estimar si el mismo respondía a una distribución aleatoria, y de este modo evaluar el porcentaje de estos valores en cada variable en estudio. Se utilizó la rutina de *Análisis de Valores Perdidos* de SPSS para detectar los valores ausentes. Se observó que estos valores, en ninguna de las variables, bajo estudio, superaron el 5%, por lo cual se decidió imputar los valores ausentes utilizando el método Estimación Maximación.

En el caso de los ítems del EPT, se confirmó mediante la prueba de MCAR (X^2 (727) = 704.578, p = .718) la aleatoriedad de los casos perdidos. Se aclara que en el caso del EPT, sólo uno de los ítems (número 10) superó el 1 % del total de valores perdidos alcanzando un porcentaje de 3,8 % de valores ausentes, dicho reactivo fue discutido en investigaciones previas como problemático para su interpretación (Vides Porras et al., 2012).

Por otro lado, en los ítems del BFQ se confirmó la aleatoriedad de los casos perdidos mediante la prueba de MCAR (X^2 (473)= 431.035, p = .917)

Luego, con el objetivo de poseer una idea lo más exacta posible sobre las características de las variables en estudio se prestó atención a tres aspectos básicos: tendencia central (media), dispersión (desviación típica) y forma de la distribución (asimetría y curtosis) de las variables. Como criterio para evaluar los índices de asimetría y curtosis se consideró como excelente, valores entre +1,00 y -1,00, y adecuados valores inferiores a +2,00 y -2,00 (George & Mallery, 2007). En el Grupo Clínico los índices de asimetría y curtosis de las variables en estudio variaron entre -.24 a .39 y entre -.52 a .075, respectivamente. En el Grupo Adicciones, los índices de asimetría y curtosis variaron entre -.45 a .63 y entre -.54 a .39 (ver tabla 8).

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de las funciones del EPT-C y de las dimensiones del BFQ (n= 426)

	Grupo Clínico (n= 325)				Grupo Adicciones (n= 101)			
	M	DE	As	Cs	M	DE	As	Cs
Funciones del EPT								
Atencional	11,14	3,76	.39	.075	10,6	3,96	.63	.39
Operativa	16,06	5,17	.25	-.36	15,73	4,77	.34	-.54
Involucración	14,06	4,67	.18	-.05	15,42	4,57	.13	-.27
Expresiva	20,99	5,49	-.24	-.173	20,21	6,34	-.45	-.13
Instruccional	12,37	3,78	.09	-.52	12,18	3,46	-.14	-.23
Dimensiones de Personalidad								
Extraversión	29,72	5,15	-.29	-.46	28,53	4,69	-.51	.35
Agradabilidad	37,29	4,12	-.26	-.3	36,15	4,25	-.1	-.14
Responsabilidad	37,1	5,03	-.38	-.25	36,46	4,83	-.19	-.4
Neuroticismo	20,73	5,24	.15	-.07	20,06	4,38	-.1	-.66
Apertura a la Experiencia	38,77	6,12	-.30	-.54	38,8	5,73	-.2	-.43

Nota: M (Media), DE (Desviación Estándar), As (Asimetría), Cs (Curtosis)

Posteriormente, se identificaron casos atípicos univariados mediante el cálculo de puntuaciones estándar para cada uno de las variables (z > 3,29). En el Grupo Clínico se observaron dos casos extremos. En el Grupo Adicciones, uno. Previo a su descarte se realizó la prueba de distancia de Mahalanobis con $p < .001$ con la finalidad de detectar casos atípicos multivariados (Tabachnick & Fidell, 2013), sin encontrar resultados positivos. La muestra final para Grupo Clínico quedó conformada por 325 terapeutas y el Grupo Adicciones por 101 terapeutas.

Objetivo 1: Comparar las dimensiones del EPT en psicoterapeutas que trabajan con trastornos por dependencia de sustancias, con psicoterapeutas que no se dediquen a esta población específicamente (ver tabla 9)

Tabla 9. Prueba t de Student según grupo de trabajo

	Grupo Clínico (n= 325)		Grupo Adicciones (n= 101)				
	M	DE	M	DE	t	p	d
Atencional	11,14	3,75	10,6	3,96	1,238	.216	.140
Operativa	16,06	5,17	15,73	4,76	.58	.563	.066
Involucración	14,06	4,67	15,42	4,56	-2,58	.01	.295
Expresiva	20,99	5,49	20,21	6,33	1,209	.227	.132
Instruccional	12,37	3,78	12,18	3,45	.449	.654	.053

Como resultado se encontró una diferencia significativa en la función de Involucración (t = -2.58, p < .05, d = .295) con un tamaño del efecto pequeño (Cohen, 1988). Es importante mencionar que el tamaño del efecto disminuye cuando los dos grupos a comparar no son iguales en cantidad (Aron & Aron, 2001) El valor superior fue obtenido por los terapeutas del Grupo Adicciones (M= 15.4) sobre el Grupo Clínico (M= 13.89). Esto implica que, los psicólogos del Grupo Adicciones estarían caracterizados por un mayor grado de compromiso con su tarea y que otorgan una preponderancia superior a su labor como psicólogos en el contexto de su vida en general, en relación a sus colegas del Grupo Clínico. Por otro lado, en las demás funciones del EPT no se hallaron resultados estadísticamente significativos. En todos los casos, fueron superiores los valores del Grupo Clínico, lo cual puede ser interpretado como una tendencia hacia: mayor focalización atencional, preferencia por tratamientos pautados, mayor cercanía emocional con sus pacientes, y predominio de abordajes más rígidos en el establecimiento del encuadre terapéutico.

A continuación, se grafican los perfiles del EPT en ambos grupos.

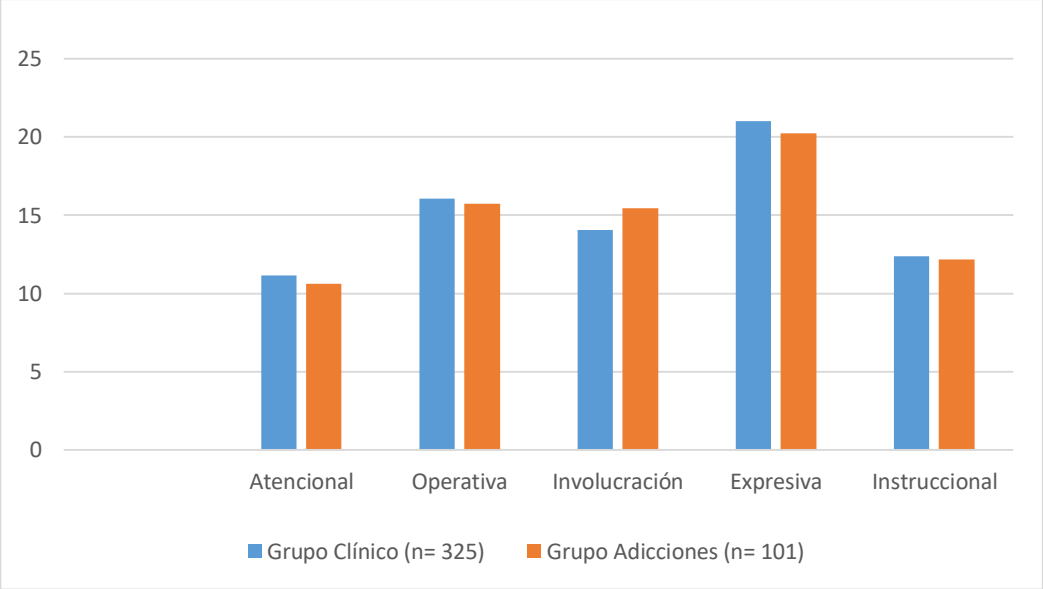


Figura 7. Perfil del EPT en ambos grupos de terapeutas.

<u>Objetivo 2</u>: Analizar si en las diferencias que se producen en el EPT de ambos grupos, influyen las variables socio demográficas y socio profesionales de los terapeutas (como edad, género y provincia de residencia; y años de experiencia, orientación teórica, grupo etario con el que trabaja, especialidad clínica, tipo de abordaje, contexto de trabajo). Y a su vez, describir si las variables socio demográficas y profesionales que producen resultados significativos en la muestra total, presentan similar tendencia en los análisis intra grupo (es decir, si se mantienen significativas en cada grupo de terapeutas).

4.2. Análisis de variables socio demográficas sobre el EPT: género, provincia de residencia y edad.

4.2.1. Análisis por género

La primera variable que se analizó fue el género del terapeuta. Se utilizó la prueba *t* de diferencia de medias para comparar ambos grupos. En el análisis del grupo general (N= 426) no hubo resultados significativos. Sin embargo, sí se encontraron resultados significativos en en el Grupo Clínico (n= 325) en la función Atencional (t =2.504, p < .05, d =.396), donde los terapeutas hombres tuvieron valores significativamente superiores, lo que cual significa mayor focalización atencional en la búsqueda de información terapéutica. El tamaño del efecto es pequeño (Cohen, 1988). Se aclara que, en este caso, existe una amplia diferencia entre la composición numérica de ambos subgrupos que podría afectar los resultados (ver tabla 10). Mientras que en el Grupo Adicciones no hubo diferencias significativas.

Tabla 10. Prueba t de Student según género en el Grupo Clínico (n= 325)

	Femenino (n= 286)		Masculino (n= 39)				
	M	DE	M	DE	t	p	d
Función Atencional	10,94	3,63	12,53	4,37	2,504	.013	.396

Nota: Sólo se expresan los valores de la función Atencional ya que fueron los únicos que arrojaron resultados significativos.

4.2.2. Análisis por provincia de residencia

Seguidamente se analizó si la provincia de residencia presentaba diferencias significativas en el análisis sobre el EPT. En este caso se incluyeron en el análisis sólo las tres provincias consignadas en la muestra original: Mendoza (n= 284), San Juan (n= 76) y San Luis (n= 54). En primer lugar, se analizó su efecto en la muestra total considerando dicha salvedad, es decir, sólo con los terapeutas de las provincias antes mencionadas (n= 414) (ver tabla 11). Se encontró una diferencia significativa en el ANOVA en la función Expresiva (F (2, 411) 6,773, p < .01, η^2 = .032). El análisis post hoc Bonferroni, reveló que las diferencias significativas (p < .05) se producen entre terapeutas de Mendoza (M= 20,08) y San Luis (M= 22,75), lo que implica que los primeros serían más distantes a nivel emocional.

Luego se analizó qué sucedía al interior de cada grupo de terapeutas a comparar. La diferencia en la función Expresiva se mantuvo tanto en el Grupo Clínico (n= 313) como en el Grupo Adicciones (n= 101). En el primer subgrupo los resultados significativos (F (2, 310) = 4,21, $p < .05$, η^2 =.027) se expresaron entre los profesionales de Mendoza (n= 227) y San Luis (n= 44) aplicando el análisis post hoc Bonferroni ($p < .05$) (ver tabla 11). Mientras que en el Grupo Adicciones además de los resultados significativos en la función Expresiva (F (2, 98) = 3,422, $p < .05$, η^2 =.065), entre los psicólogos de Mendoza (n= 57) y San Luis (n= 10) aplicando el análisis post hoc Bonferroni ($p < .05$), también se detectó una nueva diferencia significativa en la función Operativa (F (2, 98) = 3.467, $p < .05$, η^2= .066), donde los terapeutas de San Juan (n= 34) obtuvieron valores significativamente superiores a sus colegas de Mendoza (n= 57) en el análisis post hoc Bonferroni, esto indicaría una inclinación por tratamientos más pautados en los psicólogos de San Juan.

Tabla 11. ANOVA según provincia de residencia en la muestra total y parcial

	Muestra total (n= 414)				Grupo Clínico (n= 313)				Grupo Adicciones (n= 101)			
Funciones EPT	F	gl	p	η^2	F	gl	p	η^2	F	gl	p	η^2
Operativa	n.s.				n.s.				3,467	(2,98)	.03	.066
Expresiva	6,773	(2,411)	.001	.032	4,21	(2,310)	.01	.027	3,422	(2,98)	.03	.065

Nota: Sólo se exponen los resultados de las funciones Operativa y Expresiva ya que fueron las únicas que arrojaron resultados estadísticamente significativos.

4.2.3. Análisis por edad

Por último, se analizó el rol que desempeña la edad sobre el EPT empleando la prueba de correlación de Pearson (ver tabla 12). En la muestra total (N= 425, ya que hubo un dato ausente sobre la edad), sólo la función Instruccional presentó una correlación significativa con la edad (r = .14, $p < .01$), la misma es de magnitud pequeña (Aron & Aron, 2001). Esto implicaría que a medida que se acrecienta la edad, los profesionales tienden a optar por mayor rigidez en la estructuración del encuadre terapéutica. Esta tendencia no demostró resultados significativos en el Grupo Clínico (n= 325) ($p >. 05$), mientras que en el Grupo Adicciones (n= 100, ya que hubo un dato ausente sobre la edad) la correlación fue significativa a nivel .01, con similar sentido (positiva) y de intensidad levemente superior (r = .29). Por otro lado, la función Expresiva arrojó resultados significativos únicamente en el Grupo Clínico (r= .14, $p < .01$), lo cual indicaría mayor cercanía emocional en el vínculo terapéutica mientras aumenta la edad de los psicólogos.

Tabla 12. Correlaciones entre edad con funciones del EPT en la muestra total y parcial

		Muestra total (n= 425)	Grupo Clínico (n= 325)	Grupo Adicciones (n= 100)
Expresiva	r	n.s.	.146	n.s.
	p		.008	
Instruccional	r	.144	n.s.	.296
	p	.003		.003

Nota: Sólo se exponen los resultados de las funciones Expresiva e Instruccional ya que fueron las únicas que arrojaron resultados significativos.

Seguidamente, se analiza si la edad podría ser un predictor de la función Instruccional en la muestra total (N= 425), a partir del análisis regresión lineal simple (método *enter*). Se halló una ecuación de regresión significativa, F (1, 423) = 9,009, $p < .01$, $r^2 = .021$ (ver tabla 13). Esto implica que la edad explica un 2,1 % de la varianza de los valores en la función Instruccional, pudiendo asumir que no sería un buen predictor de la misma.

En el Grupo Clínico (n = 325) se analizó si la edad podría predecir a la función Expresiva, utilizando similares análisis estadísticos. Se halló una ecuación de regresión significativa, F (1, 323) = 7,0261, $p < .01$, $r^2 = .021$ (ver tabla 13). Esto implica que la edad explica un 2,1 % de la varianza de los valores en la función Instruccional, pudiendo asumir que no sería un buen predictor de la misma.

En tanto que en el Grupo Adicciones (n= 100), se analizó la predicción de la función Instruccional a partir de la edad de los terapeutas. Se halló una ecuación de regresión significativa, F (1, 98) = 9.424, $p < .01$, $r^2 = .088$ (ver tabla 13), lo cual implica que la edad explicaría un 8,8 % de la varianza en los valores de la función Instruccional.

Tabla 13. Predicción de las funciones del EPT a partir de la edad de los terapeutas

	Muestra total (n= 425)			Grupo Clínico (n= 325)			Grupo Adicciones (n= 100)		
Funciones EPT	Instruccional (r^2= .021)			Expresiva (r^2= .021)			Instruccional (r^2= .088)		
	β	t	p	β	T	p	β	t	p
Edad	.063	3,001	.003	.092	2,65	.008	.135	3,07	.003

Nota: Sólo se exponen los resultados de las funciones Expresiva e Instruccional ya que fueron las únicas que arrojaron resultados significativos en el análisis previo de correlaciones entre la edad y las funciones del EPT**.**

4.2.4. Interacción entre variables socio demográficas: edad, género y provincia de residencia

Concluido el análisis de las variables socio demográficas (edad, género y provincia de residencia), se encontró que las tres poseían algún efecto significativo sobre al menos una función del EPT en los análisis paramétricos bivariados. Seguidamente, se intentó demostrar si dichas variables en interacción arrojaban efectos significativos en la muestra total (N= 426).

Para cumplir con este objetivo, se utilizó un análisis multivariado 2 (género) x 3 (edad) x 3 (residencia) de la varianza (MANOVA) para explorar si existían diferencias en las funciones del EPT según variables socio demográficas. En el caso de la edad, dicha variable fue recategorizada en 3 grupos iguales de acuerdo a su distribución por frecuencias, quedando en el primer grupo hasta el percentil 33 (quienes poseen hasta 28 años, n= 171), en el segundo hasta el percentil 66 (terapeutas cuyas edades oscilan entre 29 y 34 años, n= 127), y en el tercer grupo aquellos ubicados por encima del percentil 66 (terapeutas mayores de 35 años, n= 128); mientras que en las provincias de residencia, se consideró aquellas que originalmente estaban contempladas para esta investigación: Mendoza (n= 284), San Juan (n= 76) y San Luis (n= 54).

Los resultados revelaron un único efecto significativo para la variable edad, λ Wilks .946, F (10, 784) = 2.213, $p \leq .05$, η^2=.027. Los valores en las demás variables fueron: Sexo λ Wilks .990, F (5, 392) = .779, $p > .05$; provincia de residencia λ Wilks .965, F (10, 784) = 1.394, $p > .05$; interacción género y provincia de residencia: λ Wilks .979, F (10, 784) = .824, $p > .05$; interacción género y edad: λ Wilks .970, F (10, 784) = 1.190, $p > .05$,; interacción provincia y edad: λ Wilks .950, F (20, 1301) = .996, $p > .05$; interacción género, provincia y edad: λ Wilks .960, F (20, 1301) = .787, $p > .05$.

Mediante el análisis de varianza univariado (ANOVA) se observó diferencia según los grupos etarios en Involucración (F (2) =4,807, $p < .01$, η^2= .024) y en la función Instruccional (F (2) = 5,003, $p < .01$, η^2= .025). Para estimar el tamaño del efecto se calculó *eta cuadrado* (η^2), y se observó un $\eta^2 = .02$ (2% de la varianza) para ambas funciones del EPT, lo cual implica un efecto de pequeño a moderado. Los análisis post-hoc con la prueba de Bonferroni ($p<.05$) indicaron que para los puntajes directos en la escala Involucración, los sujetos entre 29 y 34 años presentaron puntajes superiores (M= 15,06) con respecto al grupo de entre 35 o más años (M= 13,46), es decir, mayor compromiso con la tarea en edades menores. No se observaron diferencias significativas en los otros grupos. Por otro lado, en el caso de la función Instruccional, el análisis post hoc de Bonferroni arrojó que las diferencias significativas ($p < .05$) se producen entre los terapeutas del primer grupo etario (menores de 29 años, M= 11,89) y tercer grupo etario (M=13,36), como entre aquellos del segundo (M=11,86) y tercer grupo etario (M=13,36). Los puntajes superiores los obtuvieron los terapeutas de mayor edad. Esto implica que los profesionales de mayor edad de la muestra, serían quienes optan por encuadres más rígidos de trabajo terapéutico.

4.3. Análisis de variables socio profesionales sobre el EPT: universidad de egreso, enfoque teórico, años de experiencia profesional, duración predominante de los tratamientos, tipo de abordaje, grado de especialización, grupo etario de trabajo y contexto de trabajo.

4.3.1. Análisis por universidad de egreso

Con el propósito de analizar la influencia de la universidad de egreso sobre el EPT, se efectuó la prueba ANOVA (ver tabla 14) en la muestra total (N= 426). Debido a la diversidad de instituciones en la muestra (18), para el análisis se tomaron únicamente aquellas universidades de la región de Cuyo: Pontificia Universidad Católica Argentina (n= 14), Universidad Católica de Cuyo (n= 63), Universidad de Congreso (n= 15), Universidad de Mendoza (n= 20), Universidad del Aconcagua (n= 197) y Universidad Nacional de San Luis (n= 75). Las mismas representan el 90 % del total de la muestra total (n= 384).

Se detectaron diferencias significativas en dos funciones en relación a la universidad de egreso: función de Involucración (F (5, 378) = 2.800, p< .05, η^2=.036) y en la Función Expresiva (F (5, 378) = 4.404, p< .001, η^2=.055).

Tabla 14. ANOVA según universidad de egreso (n= 384)

	F	gl	p	η^2
Función Atencional	.416	5	.83	.01
Función Operativa	1,048	5	.38	.014
Función de Involucración	2,800	5	.01	.04
Función Expresiva	4,404	5	.0007	.06
Función Instruccional	1,915	5	.09	.03

4.3.2. Análisis por enfoque teórico

Luego, se analizó el enfoque teórico del terapeuta, en primer lugar, en la muestra total (N = 426). Para ello, sólo se tomaron las cinco opciones principales que contempla la versión original del cuestionario: Cognitivo Conductual (n= 31), Humanístico – Existencial y Gestáltico (n= 40), Integrativo (n= 142), Psicoanalítico (n= 144) y Sistémico (n= 54), siendo un total de 411 terapeutas (96, 7 %). Para comprobar la presencia de diferencias significativas se utilizó la prueba ANOVA. Como resultado se encontraron diferencias significativas en cuatro de las cinco funciones del EPT: Atencional (F (4, 406) = 5.397, p < .01, η^2=.050; Operativa (F (4, 406) = 26.894, p < .001; η^2=.209); Expresiva (F (4, 406) = 17.669, p < .001; η^2= .148) e Instruccional (F (4, 406) = 26.894, p < .01, η^2= .037).

Para detectar entre qué grupos de terapeutas se producían las diferencias, se utilizó el análisis post hoc Bonferroni ($p < .05$) (ver figura 8). En la función Atencional, el análisis detectó las diferencias significativas ($p < .05$) entre terapeutas que adscriben al enfoque psicoanalítico con sus colegas Cognitivo Conductuales, Integrativos y Sistémicos. La figura nos mostraría que la mayor focalización atencional estaría representada por terapeutas cognitivo conductuales, en tanto que en el otro extremo (apertura atencional) se encontrarían psicólogos adherentes a corrientes psicoanalíticas y humanístico existenciales gestálticas. En tanto que en la función Operativa las diferencias se produjeron entre terapeutas psicoanalistas con los demás grupos de terapeutas (Cognitivo Conductuales, Humanístico Existencial, Integrativos y Sistémicos), también entre cognitivo conductuales con psicólogos de la corriente Humanístico Existencial. Esto implica que los extremos de dicha función serían representados por profesionales cognitivo conductuales (aquellos más partidarios de emplear tratamientos pautados), en oposición a sus pares psicoanalistas quienes se describieron con mayor espontaneidad en sus abordajes terapéuticos. La función Expresiva también difirió de forma significativa de acuerdo al enfoque teórico, entre terapeutas psicoanalistas (aquellos con menor cercanía emocional con sus pacientes), con sus pares Humanistas Existenciales (quienes se describieron más cercanos a nivel emocional), Integrativos y Sistémicos; también se registraron diferencias significativas entre cognitivo conductuales con humanistas existenciales, y entre éstos últimos con sus colegas Integrativos. Por último, en la función Instruccional también se relevaron diferencias significativas entre psicoterapeutas Integrativos con Humanistas Existenciales y Sistémicos. Los profesionales integrativos tendrían la representación más clara en esta función, al ser descriptos como más rígidos en el establecimiento del encuadre terapéutico.

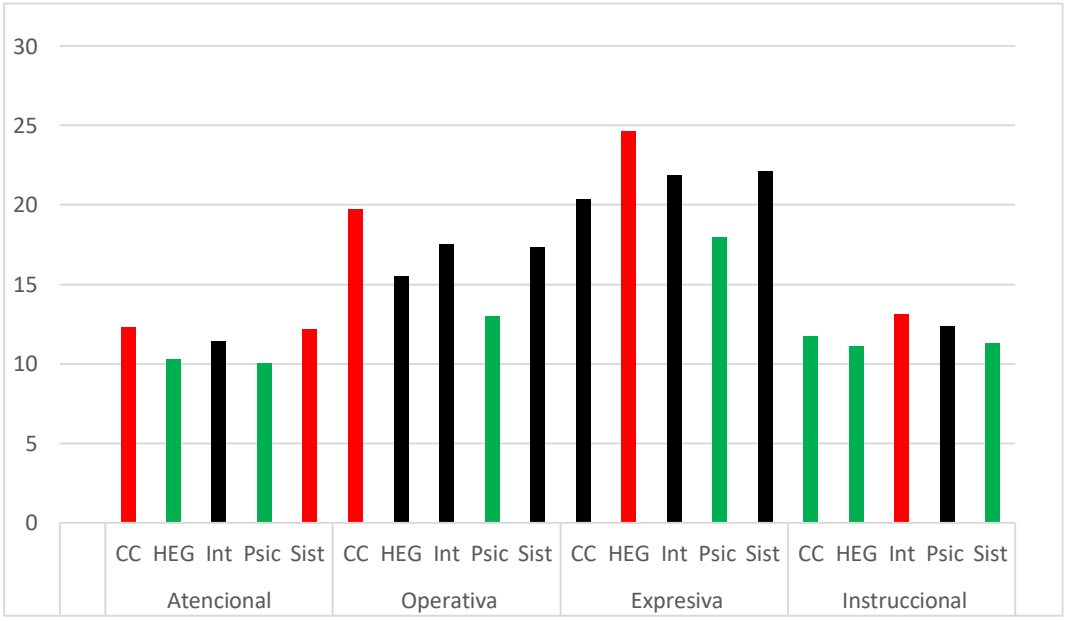


Figura 8. Perfiles del EPT según los cinco enfoques teóricos principales en la muestra total (n= 411): CC (Cognitivo Conductuales, n= 31), HEG (Humanístico – Existencial y Guestáltico, n= 40), Int (Integrativo, n= 142), Psic (Psicoanalítico, n= 144) y Sist (Sistémico, n= 54). Los colores por función representan: rojo (valores superiores), negro (puntajes intermedios) y verde (valores inferiores)

.

A nivel intragrupo, se mantuvieron todas las diferencias significativas en las mismas funciones en la prueba ANOVA en el Grupo Clínico (n= 315): función Atencional (F (4, 310) = 4.891, $p < .01$), función Operativa (F (4, 310) =20.284, $p < .001$), Función Expresiva (F (4,310) = 13.787, $p < .001$), función Instruccional (F (4,310) = 3.201, $p < .05$).

Mientras que, en el Grupo Adicciones (n= 96), sólo 2 de ellas: Operativa (F (4, 91) = 9.202, $p < .001$) y Expresiva (F (4, 91) =5.691, $p < .001$). En estos últimos, aplicando el contraste post hoc Bonferroni se encontró que las diferencias significativas se producen entre: terapeutas cognitivo conductuales con psicoanalíticos ($p <. 05$), y entre éstos últimos con terapeutas integrativos ($p < .001$) en la función Operativa; mientras que en la función Expresiva las diferencias se dan entre terapeutas Integrativos con psicoanalíticos ($p < .01$), y entre estos últimos con profesionales del enfoque sistémico ($p < .05$). De este modo vemos que en el Grupo Adicciones se expresan menor cantidad de diferencias significativas y el perfil nos mostraría que aquellos que poseen mayor inclinación por tratamientos estructurados serían los terapeutas integrativos y cognitivo conductuales en oposición a sus colegas psicoanalíticos; en tanto que los profesionales que adhieren a un enfoque integrativo y sistémico se caracterizarían por cercanía emocional con sus pacientes, en contraposición a psicólogos psicoanalistas que serían más distantes.

4.3.3. Análisis por años de experiencia profesional

Seguidamente, se analizó si los años de experiencia profesional ejercían una influencia significativa sobre el EPT. Para ello se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson (ver tabla 15).

Tabla 15. Correlaciones entre años de experiencia profesional con funciones del EPT en la muestra total y parcial

Funciones EPT		Grupo total (n= 421)	Grupo Clínico (n= 324)	Grupo Adicciones (n= 97)
Expresiva	r	.12	.16	n.s.
	p	.01	.002	
Instruccional	r	.13	n.s.	.29
	p	.005		.003

Nota: Sólo se expresan aquellas funciones del EPT donde se obtuvieron resultados significativos.

En la muestra total (N= 421, ya que hubo cinco casos perdidos) se encontraron dos correlaciones significativas positivas: Expresiva ($r = .12$, $p < .05$) e Instruccional ($r = .13$, $p < .01$). Lo cual implica que, al aumentar la edad, los psicólogos tenderían a desarrollar mayor cercanía a nivel emocional con sus pacientes, como también se inclinarían por cierta rigidez en el encuadre terapéutico.

Mientras que, en el Grupo Clínico (n= 324), sólo se mantuvo la correlación con la función Expresiva con prácticamente similar intensidad, pero significativa a mayor nivel ($p < .01$); en el Grupo Adicciones (n= 97) ocurrió un caso similar, donde se detectó una correlación significativa en la función Instruccional con intensidad superior ($r = .29$). En todos los casos las correlaciones tuvieron una magnitud pequeña ($r \leq .29$)

Para profundizar en dicho resultado, se analizó si los años de experiencia podían predecir estas funciones del EPT que arrojaron resultados significativos (Expresiva e Instruccional), para ello se efectuó un análisis de regresión lineal (método *enter*) en la muestra total y parcial (ver tabla 16).

En el primer caso, se halló una ecuación de regresión significativa, F (1, 419) = 6.342, $p < .05$, $r^2 = .015$. Esto implica que los años de experiencia explican un 1,5 % de la varianza de los valores en la función Expresiva, pudiendo asumir que no sería un buen predictor de la misma. Este resultado se mantiene significativo en el Grupo Clínico (n= 324) con un valor de r^2 levemente superior (.028).

Los resultados también fueron significativos cuando se intentó predecir la varianza de la función Instruccional a partir de los años de experiencia profesional. Se halló una ecuación de regresión significativa, F (1, 419) = 7.962, $p < .01$, $r^2 = .019$ (ver tabla 16). Esto implica que los años de experiencia explican un 1,9 % de la varianza de los valores en la función Instruccional, pudiendo asumir que no sería un buen predictor de la misma. Este resultado se mantiene significativo en el Grupo Adicciones (n= 97) con un valor de r^2 superior (.086).

Tabla 16. Análisis de Regresión Lineal Simple. Predictor: Años de experiencia profesional.

	Muestra total (n= 421)				Grupo Clínico (n= 324)				Grupo Adicciones (n= 97)			
Funciones EPT	β	t	p	r^2	β	t	P	r^2	β	t	p	r^2
Expresiva	.104	2,518	.012	.015	.130	3,033	.003	.028	n.s.			
Instruccional	.076	2,822	.005	.019	n.s.				.197	2,994	.004	.086

Nota: El análisis de regresión solo se realizó con las funciones Expresiva e Instruccional, debido a que en el análisis anterior (correlación entre años de experiencia profesional y funciones del EPT) fueron las únicas funciones del EPT que arrojaron resultados significativos

4.3.4. Análisis por duración predominante de los tratamientos

A continuación, se analizó el rol de la duración de los tratamientos en el EPT. Para ello se analizaron aquellos grupos de mayor representación en la muestra: Breve (n= 165) e Intermedio (n= 237). Se excluyó del análisis a quienes refirieron trabajar con tratamientos de duración prolongada debido a su baja representatividad (4 % del total). En el análisis del grupo total (N= 402), se detectaron dos diferencias significativas (ver tabla 17), donde los valores de los terapeutas que ejecutan tratamientos breves fueron mayores. Los resultados se dieron en la función

Atencional (t =2.160, p < .05, d = .222) y en la función Operativa (t = 2.37, p < .05, d =.239). Esto significa que los terapeutas que ejecutan tratamientos predominantemente breves, se inclinarían por una atención focalizada y por intervenciones más pautadas, en comparación con sus colegas que realizan tratamientos cuya duración está comprendida entre los seis meses y dos años.

Tabla 17. Prueba t de Student según duración de tratamiento (N= 402)

	Breve (n= 165)		Intermedio (n= 237)				
	M	DE	M	DE	t	p	d
Función Atencional	11,58	3,76	10,74	3,81	2,16	.031	.222
Función Operativa	16,82	5,19	15,61	4,92	2,37	.018	.239

Nota: Se expresan los resultados de las funciones Atencional y Operativa porque fueron las únicas que arrojaron resultados significativos en la comparación de grupos en la muestra total (N= 402).

Estas diferencias significativas se encuentran en el Grupo Clínico (n= 308) también, pero no en el Grupo Adicciones (n= 94). Se encontró una diferencia significativa en la función Atencional (t= 3.014, p < .01) donde los valores de los terapeutas que ejecutan tratamientos breves fueron significativamente superiores (M= 11,96) a sus colegas que imparten tratamientos intermedios (M= 10.67). Mientras que en la función Operativa ocurrió un caso similar (t= 2.932, p < .01), los terapeutas que manifestaron realizar tratamientos breves (M= 17,20) obtuvieron valores significativamente superiores (M= 15,49).

4.3.5. Análisis por tipo de abordaje predominante

Luego se analizó el papel que desempeña el tipo de abordaje predominante que emplea el terapeuta, en primer lugar, en la muestra total. Se consideraron para el análisis aquellos profesionales que refirieron un único abordaje: individual (n= 309), familiar (n= 16) o grupal (n= 25), sumando un total de 350 terapeutas. Para ello se empleó la prueba ANOVA. Si bien hay una amplia disparidad en la distribución por grupos (el 88 % pertenece al dispositivo individual), en la prueba de homogeneidad de varianzas los resultados no fueron significativos (p > .05).

Como resultado se encontró una diferencia significativa en la función Expresiva (F (2, 347) = 4.383, p < .05, η^2 =.025). Los análisis post hoc DSM (p < .05) arrojaron que las diferencias se producen entre terapeutas con abordaje principalmente individual (M= 20.12) con sus colegas que refirieron trabajar con dispositivos grupales (M= 23.12) y familiares (M= 22.80) de forma predominante.

Lo cual implicaría mayor distancia en la comunicación emocional, en los terapeutas que trabajan con abordajes predominantemente individuales.

Seguidamente se indagó si estas diferencias se producían también a nivel intra grupo. En el Grupo Adicciones (n= 81) las diferencias se mantuvieron significativas en la función Expresiva (F (2, 78) = 3.961, $p < .05$, $\eta^2 = .092$), donde a través del análisis post hoc DSM ($p < .05$) se pudo detectar que los terapeutas que utilizan mayormente abordajes individuales poseen valores significativamente inferiores a los colegas que emplean dispositivos familiares. Mientras que, en el Grupo Clínico (n= 269), no se pudieron encontrar diferencias significativas en la función Expresiva, pero sí surgieron diferencias en la función Instruccional (F (2, 266) = 3.824, $p < .05$, $\eta^2 = .028$). Aplicando el análisis post hoc Bonferroni ($p < .05$) se detectó que dichas diferencias se producen entre terapeutas de abordajes grupales y familiares, siendo significativamente inferiores en estos últimos. Estos resultados señalan que existiría mayor flexibilidad para regular el encuadre terapéutica en profesionales que aplican dispositivos familiares.

4.3.6. Análisis según grado de especialización

A continuación, se indagó el rol que desempeña la especialización del terapeuta en la muestra total (N= 426), en este caso se recategorizó a las variables en: Licenciatura (n= 231), Especialización (n= 163) y Maestría o Doctorado (n= 32). Empleando la prueba ANOVA no se encontraron resultados significativos.

4.3.7. Análisis según gruto etario de trabajo

El grupo etario de trabajo fue la siguiente variable socio profesional que se analizó. Para ello se tomaron a los subgrupos más representativos de la muestra: niños y adolescentes (n= 95) y adultos (n= 229) (en los demás casos se trataba de más de un grupo etario predominante, a pesar de que la consigna solicita al terapeuta sólo consignar una opción), sumando un total de 324 terapeutas. Debido a que se trata de dos grupos a comparar, se efectuó una prueba t de diferencia de medias (ver tabla 18). Se encontró una diferencia significativa en la función Operativa (t= -2.44, $p < .05$, d= .301), siendo superior los valores de los terapeutas que manifestaron trabajan predominantemente con adultos, en relación a quienes se abocan mayoritariamente a la atención de niños y adolescentes. Lo cual implicaría que quienes trabajan con niños y adolescentes, tenderían a ser más espontáneos en sus intervenciones.

Tabla 18. Prueba t de Student según grupo etario de trabajo en la muestra total (N= 324)

	Niños y adolescentes (n= 95)		Adultos (n= 229)				
	M	DE	M	DE	t	p	d
Función Operativa	14,83	5,43	16,42	5,13	-2,48	.013	.296

Nota: Se expresan los resultados de la función Operativa porque fue la única que arrojó resultados significativos en la comparación de grupos en la muestra total (N= 302).

En los análisis intragrupo, dicha diferencia se mantuvo sólo en el Grupo Clínico (t = 2.860, p< .01, d =.392). Los terapeutas que se desempeñan predominante con adultos (n= 178) poseen valores significativamente superiores (M= 16.72) a sus colegas que trabajan con niños y adolescentes (n= 75) (M= 14.62).

4.3.8. Análisis según contexto de trabajo

Finalmente se analizó la variable contexto de trabajo. Para ello se tomaron a los terapeutas de la muestra total que se inclinaron por una de las tres opciones que plantea el cuestionario (se excluyeron a aquellos que marcaron más de una): autónomo (n= 189), privado (n= 100) y público (n= 111), siendo un total de 400 profesionales. Empleando la prueba ANOVA, se encontró una diferencia en la función Expresiva (F (2, 397) = 4.500, p< .05, η^2= .022.), donde los terapeutas que trabajan principalmente de forma autónoma poseen valores significativamente superiores a sus colegas del sector público en el análisis post hoc Bonferroni (p < .05). Esto significa un mayor desarrollo de la comunicación emocional con sus pacientes, de parte de los psicólogos que se desempeñan de manera independiente principalmente.

En el Grupo Clínico (n= 299), dichas diferencias no se encontraron. Mientras que el Grupo Adicciones, al estar compuesto casi exclusivamente por terapeutas del sector privado (n= 43) y público (n= 57), se tomaron dichos subgrupos para el análisis aplicando la prueba t para diferencia de medias (n= 100). Como resultado se encontró la diferencia en la función Expresiva previamente registrada en la muestra total (t = 3.691, p < .001, d = .757), donde los profesionales del sector privado (M= 22.67) obtuvieron medias significativamente superiores a los profesionales del ámbito público (M= 18.22).

4.3.9. Análisis según institución de trabajo en el Grupo Adicciones

Por último, y para concluir con el segundo objetivo, se analizó una variable relacionada al contexto del trabajo, pero que es propia del Grupo Adicción: la institución en la cual trabaja el terapeuta. Debido a las características de las mismas, y tal como se mencionó en el marco teórico, existen diversos dispositivos de tratamiento relacionados a las capacidades estructurales y profesionales del equipo sanitario. Por ello, se analizó si existían diferencias entre los terapeutas de adicciones según la institución a la que pertenecen. Los terapeutas representan el trabajo de 16 instituciones diferentes de las provincias de cuyo. En el análisis sólo se incluyeron aquellas instituciones donde al menos existían tres profesionales psicólogos, quedando la muestra conformada por 96 terapeutas que pertenecen a 13 instituciones diferentes.

Se intentó utilizar análisis paramétricos, pero debido a que en la prueba de homogeneidad de varianzas dos de las cinco funciones del EPT no arrojaron valores adecuados ($p < .05$), se empleó la prueba no paramétrica *H* de *Kruskal Wallis*. Como se trata de una investigación que resguarda la confidencialidad de las instituciones, no se exponen los nombres de las mismas, sino que se mencionan de acuerdo a un código numérico que las identifica. En la tabla 19 únicamente se resumen los valores de los estadísticos.

Tabla 19. H de Kurskal Wallis según institución de trabajo en adicciones (n= 96)

Funciones EPT	X^2	gl	p
Atencional	4,661	12	.968
Operativa	24,62	12	.016
Involucración	19,12	12	.085
Expresiva	39,12	12	.0001
Instruccional	11,41	12	.494

Como puede observarse, se registraron dos diferencias significativas en las funciones del EPT de acuerdo a la institución donde trabajan los terapeutas. En primer lugar en la función Operativa (X^2 (12)= 24,94, $p < .05$) y también en la función Expresiva (X^2 (12)= 39,12, $p < .001$).

4.3.10. Interacción entre variables socio profesionales: enfoque teórico, duración predominante de los tratamientos y años de experiencia profesional.

Concluido el análisis de las variables socio profesionales, se encontró que a excepción del grado de especialización, las demás poseían algún efecto significativo sobre al menos una función del EPT en los análisis paramétricos bivariados. Seguidamente, se intentó demostrar si dichas variables en interacción arrojaban efectos significativos. Debido a su cantidad, sólo se introdujeron aquellas que en al menos dos estudios independientes hubiesen demostrado un efecto significativo sobre el EPT. Las mismas fueron: enfoque teórico, duración predominante de los tratamientos y años de experiencia profesional.

En las dos primeras variables (enfoque teórico y duración predominante de los tratamientos), tal como se hizo previamente, se tomaron los subgrupos más representativos (cognitivo conductual, humanístico existencial, integrativo, psicoanalítico y sistémico / breve, intermedio y prolongado). Los años de experiencia profesional fueron categorizados en una variable de medición ordinal para poder introducirse en el MANOVA, en tres subgrupos de acuerdo a estudios previos similares en: Principiantes (hasta 5 años de experiencia) – Experiencia media (entre 5 y 15 años de experiencia) – Expertos (más de 15 años de experiencia) (Castañeiras et al., 2006b; Fernández Álvarez et al., 2015; Fernández Álvarez, Gómez & Corbella, 2012; Gómez et al., 2011)

Se utilizó un análisis multivariado 5 (enfoque teórico) x 3 (años de experiencia profesional) x 3 (duración predominante de los tratamientos) de la varianza (MANOVA) para explorar si existían diferencias en las funciones del EPT según variables socio profesionales.

Los resultados revelaron un único efecto significativo para la variable enfoque teórico, λ Wilks .860, $F(20, 1201) = 2.784$, $p \leq .001$, $\eta^2=.037$. Los valores en las demás variables fueron: Duración predominante de los tratamientos λ Wilks .963, $F(10, 724) = 1.376$, $p > .05$; Años de experiencia profesional λ Wilks .961, $F(10, 724) = 1.449$, $p > .05$; interacción enfoque teórico y duración predominante de tratamientos: λ Wilks .896, $F(35, 1525) = 1.151$, $p > .05$; interacción enfoque teórico y años de experiencia profesional: λ Wilks .894, $F(40, 1580) = 1.026$, $p > .05$; interacción duración predominante de los tratamientos y años de experiencia profesional: λ Wilks .926, $F(20, 1201) = 1.416$, $p > .05$; interacción enfoque teórico, duración predominante de los tratamientos y años de experiencia profesional: λ Wilks .914, $F(25, 1346) = 1.317$, $p > .05$.

Mediante el análisis de varianza univariado (ANOVA) se observó diferencia según el enfoque teórico, los años de experiencia profesional y en la interacción entre duración de los tratamientos con los años de experiencia profesional.

En el caso del enfoque teórico, los efectos significativos se registraron en la función Operativa ($F(4) = 8.152$, $p < .001$, $\eta^2 = .082$) y en la función Expresiva ($F(4) = 2.786$, $p < .05$, $\eta^2 = .030$). Para estimar el tamaño del efecto se calculó el *eta cuadrado* (η^2), y se observó un η^2 que oscila entre .02 y .08 (2 a 8% de la varianza) para cada función del EPT, lo cual implica un efecto de pequeño a moderado.

Los años de experiencia profesional tuvieron un efecto significativo sobre la función Expresiva ($F(2) = 3.609$, $p < .05$). El tamaño del efecto fue pequeño ($\eta^2 = .019$, 1 % de la varianza explicada).

Mientras que, en la interacción entre la duración predominante de los tratamientos con los años de experiencia profesional, se encontró un efecto significativo en la función Expresiva ($F(4) = 3.811$, $p < .01$). El tamaño del efecto fue pequeño ($\eta^2 = .040$, 4 % de la varianza explicada).

Objetivo 3: Determinar si las funciones del EPT pueden explicarse a partir de variables de personalidad y si existen diferencias de personalidad entre los terapeutas de ambos grupos.

Previo al análisis, para identificar la posible contribución de las dimensiones de personalidad a las funciones del EPT, se realizó un análisis preliminar de las correlaciones entre ambas variables (Ver tabla 20) en la muestra total (N= 426).

A excepción de la función Atencional, las demás funciones del EPT tuvieron al menos una correlación significativa con dimensiones de personalidad. La función Operativa correlacionó negativamente con Apertura a la Experiencia ($r = -.11$, $p < .05$); Involucración correlacionó en forma inversa con Responsabilidad ($r = -.12$, $p < .05$) y Extraversión ($r = -.12$, $p < .05$), y de manera positiva con Neuroticismo ($r = .23$, $p < .001$); la función Expresiva correlacionó positivamente con Extraversión ($r = .15$, $p < .01$) y Apertura la Experiencia ($r = .13$, $p < .01$); y finalmente la función Instruccional correlacionó negativamente con Responsabilidad ($r = .23$, $p < .001$). En todos los casos se trata de correlaciones de magnitudes pequeñas ($r < .29$) (Aaron & Aaron, 2001).

Seguidamente, se realizó un análisis de regresión múltiple (método *Enter*) en la muestra total (N= 426), para estimar el grado en que cada dimensión de personalidad contribuye de manera independiente a explicar las funciones del EPT (ver tabla 21).

En el primer modelo, se tomó como variable dependiente Función Atencional sin encontrar resultados significativos ($p > .05$)

En el segundo modelo la variable dependiente fue la función Operativa. La dimensión Apertura a la Experiencia explicó un 1,9 % de la varianza, realizando una contribución negativa ($\beta = -.095$).

Tabla 20. Correlaciones entre dimensiones de personalidad y funciones del EPT (N= 426)

		Funciones EPT				
Dimensiones de Personalidad		Atencional	Operativa	Involucración	Expresiva	Instruccional
Extraversión	r	-.03	.02	-.12	.15	.04
	p	.53	.58	.01	.001	.35
Agradabilidad	r	-.05	-.06	-.03	.08	-.02
	p	.22	.2	.47	.06	.66
Responsabilidad	r	-.03	.02	-.12	-.03	.23
	p	.52	.59	.03	.51	.0009
Neuroticismo	r	-.01	.008	.23	-.04	-.02
	p	.75	.86	.0009	.35	.59
Apertura a la Exp.	r	-.08	-.11	-0,03	.13	.03
	p	.07	.03	0,52	.004	.45

En el tercer modelo se intentó predecir a la función de Involucración. La dimensión Neuroticismo explicó un 6,7 % de la varianza, realizando una contribución positiva (β = .21).

El cuarto modelo consistió en introducir a la función Expresiva como variable dependiente. La dimensión Extraversión predijo un 4,3 % de la varianza, realizando una contribución positiva (β = .14).

Finalmente, en el quinto modelo las dimensiones Agradabilidad y Responsabilidad realizaron una contribución significativa a la variable dependiente función Instruccional explicando un 7 % de la varianza. Agradabilidad realizó una contribución significativa negativa (β = -.10) y Responsabilidad lo hizo de forma positiva (β = .20).

Tabla 21. Análisis de regresión múltiple considerando como variables independientes las cinco dimensiones de personalidad y como dependientes las cinco funciones del EPT.

Variable Dependiente	Función Atencional		
Dimensiones de Personalidad	β	t	p
Extraversión	.002	.05	.95
Agradabilidad	-0,055	-1,13	.25
Responsabilidad	-0,02	-0,52	.59
Neuroticismo	-0,04	-1,02	.30
Apertura a la experiencia	-0,05	-1,83	.06
F	(5,420) 1.134 (p > .05)		
R^2	.013		
Variable Dependiente	Función Operativa		

Dimensiones de Personalidad	β	t	p
Extraversión	.06	1,28	.19
Agradabilidad	-0,1	-1,6	.1
Responsabilidad	.03	.61	.53
Neuroticismo	-0,01	-0,19	.84
Apertura a la experiencia	-0,09	-2,23	.02
F	(5, 420) 1.660 (p > .05)		
R²	.019		
Variable Dependiente		Función de Involucración	
Dimensiones de Personalidad	β	t	p
Extraversión	-0,07	-1,47	.14
Agradabilidad	.08	1,5	.13
Responsabilidad	-0,05	-1,04	.29
Neuroticismo	.21	4,54	.0009
Apertura a la experiencia	.01	.26	.79
F	(5, 420) 6.072 (p < .001)		
R²	.067		
Variable Dependiente		Función Expresiva	
Dimensiones de Personalidad	β	t	p
Extraversión	.14	2,5	.01
Agradabilidad	.1	1,41	.15
Responsabilidad	-0,09	-1,57	.11
Neuroticismo	.005	.08	.93
Apertura a la experiencia	.09	1,95	.05
F	(5, 420) 3.786 (p < .01)		
R²	.043		
Variable Dependiente	Función Instruccional		
Dimensiones de Personalidad	β	t	p
Extraversión	.0002	.007	.99
Agradabilidad	-0,1	-2,15	.03
Responsabilidad	.2	5,43	.0009
Neuroticismo	.01	.3	.75
Apertura a la experiencia	.03	1,14	.25
F	(5, 420) 6.301 (p < .001)		
R²	.070		

Para concluir con el tercer objetivo se intentó indagar si existían diferencias en los puntajes directos de las dimensiones de personalidad en la comparación de

los terapeutas según los grupos de trabajo (Clínico – Adicciones). Para ello se efectuó una prueba *t* de diferencia de medias (Ver tabla 22)

Tabla 22. Prueba t de Student entre grupo de trabajo y personalidad de los terapeutas (N= 426)

	Grupo Clínico (n= 325)		Grupo Adicciones (n= 101)				
	M	DE	M	DE	t	p	d
Extraversión	29,71	5,14	28,53	4,68	2,061	.040	.221
Agradabilidad	37,29	4,11	36,14	4,25	2,419	.016	.250
Responsabilidad	37,09	5,02	36,45	4,82	1,136	.257	.250
Neuroticismo	20,72	5,23	20,06	4,38	1,161	.246	.137
Ap. a la Exp.	38,77	6,12	38,8	5,73	-0,043	.966	.000

Como resultado, se encontraron dos diferencias significativas en las dimensiones de personalidad Extraversión (t= 2.061, p < .05, d =.221) y Agradabilidad (t= 2.491, p < .05, d= .250). En ambos casos las medias fueron superiores en los terapeutas del Grupo Clínico, y el tamaño del efecto fue de pequeño a moderado (Cohen, 1988). Esto significaría que los profesionales de adicciones estarían caracterizados por un perfil de personalidad más reservado y solitario, como también más egocéntricos y desconfiados de las intenciones de los demás.

5. Discusión

El objetivo general de esta tesis fue contribuir al conocimiento del EPT como variable significativa del proceso terapéutico y, en segundo lugar, analizar la presencia de un perfil característico en aquellos terapeutas que trabajan en el campo de las adicciones.

Dentro de las líneas de investigación sobre el EPT, se mencionaba que una de ellas está abocada al estudio de perfiles característicos según la población clínica de trabajo (Botella & Corbella, 2005; Fernández Álvarez et al., 2003). Por ello, 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.

5.1. Comparación de las funciones del EPT en profesionales de distintos campos clínicos

Entonces, el primer objetivo planteado, apuntó a conocer si existían diferencias significativas en las funciones del EPT de acuerdo al campo de trabajo, específicamente una comparación entre aquellos terapeutas que trabajan predominantemente en el campo de las adicciones con quienes no lo hacen, constituyendo dos grupos a comparar (Grupo Adicciones – Grupo Clínico). Como resultado, se encontró una única diferencia significativa en la función de Involucración, donde los terapeutas del Grupo Adicciones obtuvieron valores superiores.

Dicha función está relacionada al compromiso con el trabajo y los pacientes, a través de conductas explícitas e implícitas (Fernández Álvarez et al., 2003). Recordemos que, hasta el momento, el EPT-C no cuenta con puntos de corte que permitan identificar un valor de referencia para determinar si cierto puntaje es alto o bajo. En este caso, el continuo de la función de Involucración distingue a terapeutas en dos polos: aquellos más distantes, que involucran pocos aspectos de su vida personal en el trabajo (a nivel de tiempo, relaciones familiares y personales, expectativas económicas y prestigio social); y terapeutas cuya actividad profesional está mayormente conectada en su vida personal (a nivel de tiempo, cultivando vínculos con sus colegas, buscando sustento económico principalmente de esta actividad). En síntesis**,** se refiere al lugar que el trabajo ocupa en la vida del terapeuta (Fernández Álvarez & García, 1998; Fernández Álvarez et al., 2003).

Estos resultados, no concuerdan con investigaciones similares del EPT según poblaciones clínicas. Tal como se explicitó, sólo se han realizado cuatro estudios diferentes, analizando el perfil de terapeutas que trabajan en la atención clínica de: pacientes severamente perturbados (Rial et al., 2006), padres de niños internados en neonatología (Vega, 2006), casos de maltrato infantil (Casari, Magni & Morelato, 2014) y pacientes oncológicos o con enfermedades crónicas (Gómez,

2015). En dichos estudios, sólo en la investigación de Rial et al. (2006) se obtuvieron diferencias significativas en la función de Involucración en la comparación de terapeutas que se dedicaban a la atención de pacientes con patologías severas y aquellos que no lo hacían, con la salvedad de que en esa investigación la función de Involucración fue estadísticamente inferior en el grupo en estudio, es decir que obtuvo valores menores.

Deberíamos preguntarnos qué grado de involucración es recomendable en estos casos, ya que como señala la teoría no existen combinaciones ideales de EPT, pero esto no quiere decir que todos los posibles perfiles sean igualmente positivos, sino que dependen de las situaciones clínicas específicas (Fernández Álvarez et al., 2003). Esto cobra mayor importancia en el tratamiento de las adicciones, ya que la ausencia de eficacia diferencial entre las técnicas eficaces podría ser explicadas por la figura del terapeuta y su influencia en el resultado (Blonigen et al., 2015; Brown et al., 2005; Lebow et al., 2006; McLellan et al., 1988; Miller & Moyers, 2015; Miller et al., 1980; Moyers et al., 2009; Najavits et al., 2000; Okiishi et al., 2003; Project MATCH Research Group, 1998; Valle, 1981; Vargas Contreras et al., 2014).

Rial et al. (2006) consideraron al menor grado de involucración como un mecanismo de protección ante la elevada exigencia de la tarea, sin embargo, no se postula que esto sea óptimo para el tratamiento de este tipo de pacientes (entre los que se incluyeron sujetos con drogodependencia).

Una posible interpretación de este resultado, puede estar ligado a la complejidad de la tarea que plantea la atención de pacientes drogodependientes: entre ellos, la psicopatología concomitante (afectación de múltiples esferas de la vida del sujeto), el diseño de un plan de tratamiento individualizado, la elevada deserción y las dificultades en el establecimiento de una alianza de trabajo (American Psychiatric Association, 2014; Casari, Ison et al., 2014; Guajardo & Kushner, 2004; López Goñi et al., 2012; Llorente et al., 2011; McCrady, 2008; Miller & Miller, 2009; NIDA, 2010; Secades Villa & Benavente, 2000). Quizás la elevada complejidad de la atención, lleve a los terapeutas a movilizar mayores recursos personales en pos de lograr éxito en el tratamiento.

En dicha línea de interpretación, diversas investigaciones mencionaron la importancia del compromiso con la tarea terapéutica y el interés genuino por ayudar como un factor importante en la eficacia terapéutica en el campo de las adicciones, como también una actitud de alerta ante posibles riesgos lo cual también estaría relacionado a mayor grado de involucración (Casari, Ison et al., 2014; Leake & King, 1977; Pacheco Trejo & Martínez Martínez, 2013).

El hecho de que los terapeutas deban modificar su actitud en función del estadio de cambio también puede influir, ya que en el proceso que atraviesa una persona con consumo compulsivo de sustancias, se suceden diferentes etapas comenzando por una negación del mismo. Norcross, Krebbs y Prochaska (2011) mencionan cómo debería actuar un terapeuta dependiendo del estadio de cambio, lo cual añade otro factor más a la complejidad del abordaje antes planteada.

Además, se debería considerar la experiencia del profesional. En el caso de Argentina, en muchas instituciones se encuentran trabajando profesionales recién egresados de sus estudios universitarios, carentes de capacitación específica (Bulacio, 2008; Máculus, 2012). Si prestamos atención a dicha variable, encontramos que son escasos los años de experiencia profesional en cada grupo de terapeutas: Grupo Adicciones (M= 4,28; DE: 5,1) y Grupo Clínico (M=5,85; DE: 7,02). Inclusive serían catalogados como principiantes, por poseer menos de cinco años de experiencia profesional según estudios previos (Castañeiras et al., 2006b; Fernández Álvarez et al., 2015; Fernández Álvarez et al., 2012; Gómez et al., 2011), encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos si lo analizáramos (t= 2,400, $p < .05$). Por lo tanto, quizás la escasa experiencia profesional lleve a una mayor movilización de recursos personales y de compromiso con la tarea, aunque en análisis posteriores dichas variables no hayan estado correlacionadas entre sí.

Se debería investigar también si la función de Involucración está relacionada al Síndrome de *Burn Out* o bien depende de condiciones contextuales como fue señalado anteriormente (Vilardaga et al., 2011), ya que una actitud de compromiso elevado quizás termine funcionando como un factor de riesgo en una profesión con cargas de toxicidad (Ávila Toscano, Gómez Hernández & Montiel Salgado, 2010; Baringoltz & Levy, 2007; Fernández Álvarez, 2011).

Puede ocurrir que haya una amplia disparidad en el tiempo destinado a la atención clínica, y esto influya en los valores obtenidos en la función de Involucración. Ya que en el presente relevamiento se incluyeron a terapeutas de diversas instituciones (un total de 16), y las mismas poseen características diferentes en cuanto al tipo de dispositivo involucrado, los cuales variaron entre consultorios externos, programas ambulatorios y comunidades terapéuticas. El dispositivo está relacionado a la intensidad de la intervención (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Jiménez Lerma et al., 2011; Miller & Miller, 2009; NIDA, 2010; SEDRONAR, 2009), y repercute en la carga horaria del profesional. A pesar de que en el análisis la variable institución no arrojó resultados significativos en la función de Involucración, en posteriores estudios se podría comparar el EPT de acuerdo a la modalidad de atención de cada establecimiento, ya que aquí sólo pudo analizarse la presencia de diferencias entre terapeutas que pertenecen a diversas instituciones. También sería recomendable comparar no sólo si los terapeutas se diferencian según el lugar específico de trabajo y su dispositivo de abordaje, sino comparar si al interior de cada institución particular existen perfiles característicos del EPT.

En este sentido, el amplio número de terapeutas y su heterogeneidad en cuanto a variables socio profesionales es un factor positivo porque permite efectuar mayor cantidad de análisis y comparaciones con el EPT, postura recomendada previamente para la investigación (Miller & Moyers, 2015). Sin embargo, dicha divergencia como contrapartida puede influir en los resultados haciendo que no surjan diferencias significativas en las demás funciones del EPT, ya que se trata de un grupo heterogéneo que no cuenta con un perfil claramente definido.

Retomando el análisis de las funciones del EPT, las demás dimensiones del constructo no alcanzaron diferencias significativas, la tendencia de valores fueron siempre superior en el Grupo Clínico. Es decir que los terapeutas del Grupo Adicciones como parte de su estilo terapéutico tendrían mayor inclinación por una atención más abierta, intervenciones no estructuradas, comunicación emocional más distante y mayor flexibilidad en el establecimiento de reglas para el encuadre.

En el caso de la función Atencional (ligada a los mecanismos de búsqueda de información) quizás la tendencia a obtener valores inferiores se deba a la complejidad de la problemática que lleva a registrar información de múltiples fuentes y no sobre un tema focalizado. Debido a que, como se planteó en investigaciones previas, es importante considerar otras problemáticas en el paciente adicto en su tratamiento, además del objetivo de reducir el consumo compulsivo (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Blonigen et al., 2015; Llorente et al., 2011; Miller & Miller, 2009; Miller & Moyers, 2015; NIDA, 2009).

En una de las investigaciones similares sobre el EPT, cuando se analizaron terapeutas que se abocaban a la atención de pacientes oncológicos, se encontró que los mismos poseían valores inferiores en la función Atencional (Gómez, 2015).

En relación a la función Operativa (ligada a intervenciones pautadas versus espontáneas), es más difícil intentar explicar si los terapeutas del Grupo Adicciones deberían tener valores superiores o inferiores en la función Operativa. Por un lado, se sugiere un plan de tratamiento individualizado que apunte a múltiples áreas de interés (Casari, Ison et al., 2014), ya que no existe un único tratamiento que de por sí garantice el éxito (NIDA, 2010). Esto estaría relacionado a la inclinación espontánea de los terapeutas en la función Operativa, porque como señala la teoría, los valores bajos en la misma es característico de terapeutas con un abordaje flexible que apuntan a la personalidad global del paciente (Fernández Álvarez et al., 2003).

Sin embargo, es amplia la literatura sobre técnicas eficaces (Arthur & Blitz, 2000; Garner, 2009; Martínez Martínez & Medina Mora, 2013; Roten, Zimmermann, Ortega & Deplaned, 2013), y el hecho de que los terapeutas del Grupo Adicciones tengan como denominador común el abordaje principal de dicha patología, podría haber hecho esperar mayores valores en esta función debido a que en el Grupo Clínico la diversidad de patologías predominantes de los pacientes es muy amplia: en primer lugar ansiedad y depresión, luego la categoría "*otros y más de una patología predominante*" (motivo por el cual se cuestionaba este modo de catalogar el tipo de patología en el marco teórico). Debería reflexionarse a qué se debe esto.

Una primera conjetura podría asociarse al desconocimiento o resistencia a utilizar técnicas psicológicas eficaces, ya que aquí se cumplirían ciertos criterios señalados como asociados al no empleo de PBE. Entre ellos el amplio número de terapeutas de orientación psicodinámica (alrededor del 30 % en la presente muestra), señalada como predominante en el tipo de orientación teórica de los centros asistenciales a nivel país (SEDRONAR, 2009), y a su vez, el bajo número de terapeutas cognitivo conductuales (Aarons, 2004; Addis & Krasnow, 2000;

Ashcraft et al., 2011). Un segundo argumento a favor, es el hecho de que más de la mitad de los terapeutas evaluados no cuenten con estudios de posgrado (Aarons, 2004; Addis & Krasnow, 2000; Ashcraft et al., 2011; Bearman et al., 2015; Nakamura et al., 2011; Robertson et al., 2015). También se señala que el ítem del EPT-C con mayor cantidad de casos perdidos fue el número 10 (*Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración*), el cual pertenece a la función Operativa y fue cuestionado en estudio previos (Vides Porras et al., 2012) y podría apoyar la hipótesis del desconocimiento de parte de los profesionales.

Y una segunda explicación, quizás se relacione con que los profesionales conozcan dichas técnicas, pero no las consideren útiles. Anteriormente, se señalaba la distancia entre clínicos e investigadores a nivel de la psicoterapia en general, y también en el campo de las adicciones (Aarons, 2004; Addis & Krasnow, 2000; Ashcraft et al., 2011; Henderson, MacKay & Peterson-Badali, 2006; Miller, Zweben, & Johnson, 2005). Se refería cómo en la literatura se presentan técnicas específicas que reflejan una amplia brecha con lo que ocurre en contextos naturales, y tal vez sea este factor el que genere rechazo (Becoña-Iglesias & Cortés-Tomás, 2011; Blonigen et al., 2015; Seligman, 1995; Robertson et al., 2015). La resistencia al empleo de las mismas también proviene por el modo en que las PBE son transmitidas sin permitir una adaptación local o reformulación por parte de la comunidad receptora en el momento de la transferencia tecnológica (Martínez-Martínez & Medina-Mora, 2013). Este desconocimiento o rechazo a la utilización podría indagarse en estudios posteriores con cuestionarios específicos como los mencionados anteriormente (Aarons, 2004; Addis & Krasnow, 2000; Kazantzis et al., 2005; Vargas-Contreras et al., 2014), que permitirían analizar una variable asociada al resultado terapéutico.

En comparación con estudios previos similares, en el estudio de Rial et al. (2006) los terapeutas que asisten predominantemente a pacientes severamente perturbados, obtuvieron valores significativamente mayores en la función Operativa. Sin embargo, los autores no esbozaron una explicación de estos resultados.

Seguidamente, la función Expresiva arrojó puntajes prácticamente similares en la comparación entre ambos grupos, siendo levemente inferior en el Grupo Adicciones. De acuerdo a la información vertida en el marco teórico, se podría conjeturar que dicha función debería haber tenido una tendencia de este tipo (inferior). Este resultado implicaría que los terapeutas del grupo en estudio, manifestarían una inclinación hacia una comunicación emocional más distante.

Esta tendencia fue encontrada como una diferencia significativa en resultados preliminares de la presente investigación, realizados con menor número de terapeutas (Casari, Albanesi & Maristany, 2012; Casari, Albanesi, Maristany & Ison, 2016; Casari, Ison et al., 2014). Y también en estudios similares sobre el EPT en poblaciones clínicas, donde los terapeutas que se desempeñan en la atención de problemáticas relacionadas al maltrato infantil, como también aquellos que asisten a pacientes severamente perturbados, obtuvieron puntajes significativamente

inferiores en la función Expresiva (Casari, Magni & Morelato, 2014; Rial et al., 2006).

Se recuerda que esta función está relacionada a la expresión y comunicación emocional, muy vinculada a la empatía del terapeuta. Por lo que deberíamos preguntarnos ¿existe un grado recomendable de empatía para trabajar con pacientes drogodependientes?

Sabemos que en la psicoterapia en general, es muy importante que el terapeuta sea empático con sus pacientes. Ya desde las investigaciones de Rogers (1957) tenemos conocimiento de su valor, hasta postulados contemporáneos (Elliot et al., 2011; Hill & Corbett, 1993; Heinonen, 2014; Hersen et al., 1984; Holdsworth et al., 2014; Lambert, 2013; Watson et al., 2014; Zimmermann, 2014). En el caso de las adicciones diversos autores también abogan por la importancia de la empatía del terapeuta (Casari, Ison et al., 2014; Davis et al., 2015; Flückiger et al., 2013; Guajardo & Kushner, 2004; Miller & Moyers, 2015; Pacheco-Trejo & Martínez-Martínez, 2013).

En este caso, quizás sean las características de manipulación comúnmente asociadas (Beck et al., 1999; Becoña-Iglesias & Cortés-Tomas, 2011; Casares-López et al., 2010; Fenton et al., 2012; Guajardo & Kushner, 2004) y el hecho de trabajar en instituciones (Fernández Álvarez, 2011), lo que afecte el desarrollo de un vínculo emocional con mayor intensidad, ya que en un consultorio privado el intercambio entre paciente y terapeuta es más directo al no haber intermediarios o más profesionales tratando al mismo paciente. Esta explicación de los menores valores en la función Expresiva fue dada en estudios previos, donde se comentaba que la mayor demanda asociada a pacientes con alto grado de severidad psicopatológica llevaría a los profesionales a tomar distancia profesional y focalizarse sobre los aspectos más técnicos de la psicoterapia, y no tanto sobre los emocionales (Casari, Ison et al., 2014; Casari, Magni & Morelato, 2014**;** Espada-Salado, Fernández-Rodríguez & Laporte-Puig, 2012; NIDA, 2010; Rial et al., 2006; Velázquez, 2012).

Finalmente se analiza el rol de la función Instruccional, la cual al igual que el caso anterior, obtuvo valores prácticamente similares con una leve tendencia a ser menores en los terapeutas de adicciones.

En el estudio de Vega (2006) con profesionales de neonatología, se encontró que dicha función era significativamente inferior en los terapeutas en estudio. Allí se ofrecía como conjetura para explicar este hallazgo, el hecho de que, a comparación con el Grupo Clínico, la demanda no es espontánea, el ambiente de trabajo dista bastante del consultorio clásico y las reglas del encuadre deben ser flexibles. Similares resultados fueron obtenidos en la investigación de Gómez (2015).

En los resultados preliminares de esta investigación, se habían detectado diferencias en la función Instruccional, donde los terapeutas del Grupo Adicciones obtuvieron puntajes significativamente superiores (Casari, Ison et al., 2014). Lo

cual nos lleva al siguiente interrogante ¿sería esperable un mayor grado de estructuración del *setting* terapéutico en el abordaje de adicciones?

En primer lugar, se debe recordar que la función Instruccional está asociada al establecimiento del encuadre de trabajo y sus componentes: reglas, horarios, honorarios, frecuencia de sesiones, etc. Es una función relativamente independiente de las demás, y hasta fue considerada como la más importante para la alianza terapéutica, porque remite a la flexibilidad del terapeuta y su capacidad de adaptación a las exigencias de la tarea (Corbella et al., 2009 b); Fernández-Álvarez et al., 2003).

Hecha esta aclaración, se podría conjeturar que los terapeutas de adicciones deberían ser más estrictos en el encuadre por el simple hecho de que trabajan en instituciones específicas, y allí se deben respetar reglas que en cierto sentido trascienden la voluntad del profesional, y que un terapeuta que trabaje de forma autónoma puede determinar más libremente. Por ejemplo, Beck et al. (1999) proponían una definición estricta del encuadre terapéutico, y si pensamos en las características de la atención en comunidades terapéuticas, también se recalcaba la importancia de un marco normativo estructurado de reglas que los pacientes deben aceptar (Blonigen et al., 2015; López-Fernández et al., 2012; SEDRONAR, 2009).

5.2. Análisis de las variables socio demográficas y profesionales en la muestra total y parcial en relación al EPT

Tal como se expuso en el marco teórico, existe una línea de investigación que se propuso indagar el rol de variables socio demográficas y profesionales en el EPT. Por lo que, en consonancia con estudios previos, el segundo objetivo de la presente tesis se dirigió en la misma dirección para analizar el rol de ciertas variables en la muestra general, y luego al interior de cada grupo de terapeutas.

La primera variable que se analizó fue el sexo del terapeuta, la cual está consignada como variable a indagar desde los inicios de la investigación sobre el EPT (Fernández Álvarez et al., 2003). Como resultado se obtuvo una diferencia significativa en el Grupo Clínico en la función Atencional, siendo mayor el valor registrado en los terapeutas hombres, coincidiendo con el estudio de Castañeiras et al. (2008). Se aclara que, tanto en el presente estudio, como en la investigación recientemente citada, la proporción de terapeutas por género no es equitativa: 88% de mujeres en el Grupo Clínico, y 78% de mujeres participaron en el estudio de Castañeiras et al. (2008), coincidiendo con los valores presentados en el relevamiento cuantitativo de psicólogos en Argentina (Alonso & Klinar, 2015).

En la literatura se señalaba que el sexo del terapeuta no era una variable consistente con la eficacia de la terapia (Baldwin & Imel, 2013; Nissen-Lie et al., 2013; Sánchez-Bahíllo et al., 2014). Por lo tanto, sabiendo de diferencias en las características atencionales entre hombres y mujeres, pareciera ser que la función

Atencional varía según el sexo del terapeuta, por lo que es una variable de proceso relevante y restaría indagar si al interactuar con pacientes de similar o diferente sexo se producen resultados diferenciales, tal como sostenía Bagladi (2010) al postular que era en la interacción de variables del terapeuta y paciente que se podían lograr mejores explicaciones de los resultados en psicoterapia.

La siguiente variable socio demográfica que se analizó fue la provincia de residencia. En la muestra participaron terapeutas de las provincias de Cuyo (Mendoza, San Juan y San Luis). El análisis arrojó diferencias significativas en la comparación entre los terapeutas de Mendoza y de San Luis en la función Expresiva (con la muestra total, y al interior de cada grupo), y entre los profesionales de San Juan y de Mendoza en la función Operativa.

Hasta el momento no se han realizado investigaciones similares. Sí contamos con estudios de adaptación del test EPT-C en diferentes países, donde los análisis factoriales reflejan estructuras disímiles a las propuestas en Argentina (Moura de Carvalo et al., 2011; Quiñones-Bergueret et al., 2010). A su vez, Rial et al. (2006) también recomendaban realizar estudios con terapeutas de diferentes regiones geográficas (hablando puntualmente de Buenos Aires). Por lo que deberíamos preguntarnos, si las diferencias obtenidas responden a las instituciones académicas que hacen mayor o menor hincapié en la formación de ciertos aspectos sobre el terapeuta (como su empatía o el énfasis en intervenciones técnicas estructuradas), o bien si son características de los habitantes de determinado lugar lo que termina influyendo en un modo particular de estilo del terapeuta. En este caso, es complicado conjeturar la dirección de dicha influencia porque si bien las tres provincias son cercanas geográficamente (la distancia mayor es de 350 kilómetros), en cada una de las mismas hay por lo menos una universidad en donde se dicta la carrera de psicología.

En relación a este planteo, el análisis por universidad de egreso también arrojó diferencias significativas, en las mismas funciones: Expresiva y Operativa. Este análisis (realizado a través de la comparación de seis universidades) tampoco tiene precedentes en las investigaciones previas del EPT, por lo que posiblemente las diferencias se deban a características de la formación de grado que deberán ser estudiadas con mayor detalle en futuros estudios. También se debería indagar si en el caso de Argentina particularmente, a partir de la obligatoriedad de acreditación de las carreras de grado en psicología (Ferrero & De Andrea, 2011; Klappenbach, 2015), los perfiles del EPT tienden a asemejarse entre las diferentes posibilidades de estudiar la carrera en distintas universidades.

La siguiente variable sociodemográfica que se analizó fue la edad, donde se encontró una correlación significativa con la función Instruccional en la muestra total y en el Grupo Adicciones. Y, por otro lado, también se detectó una correlación significativa con la función Expresiva únicamente en el Grupo Clínico. En todos los casos, las correlaciones fueron positivas. Es decir que a medida que el terapeuta aumenta su edad cronológica tendería a: mayor estructuración en el establecimiento

del encuadre terapéutico (especialmente en el Grupo Adicciones) y cercanía en la comunicación emocional.

Al igual que el caso del sexo, la evidencia previa señalaba que la edad del terapeuta no era un variable significativa en relación a los resultados (Baldwin & Imel, 2013; Nissen-Lie et al., 2013; Sánchez-Bahíllo et al., 2014). Sin embargo, a pesar de que en los estudios comparativos del EPT según población clínica se intentó controlar la edad del terapeuta en los grupos a contrastar (Casari, Magni & Morelato, 2014; Gómez, 2015; Rial et al., 2006; Vega, 2006), en un sólo estudio se encontraron resultados significativos entre la edad y las funciones del EPT. Castañeiras et al. (2008), detectaron correlaciones negativas entre la edad 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 (Castañeiras et al., 2008). Entonces, los resultados de la presente investigación no discreparían de los encontrados anteriormente en el sentido de que no son contradictorios, sino que aportan nuevos datos sobre las correlaciones entre el EPT y la edad del terapeuta.

Recordemos también que la edad cronológica promedio de ambos grupos es de 32 años, sin haber diferencias significativas entre los mismos: $t(423)=.285$, $p > .05$. Esta franja etaria nos habla de terapeutas transitando la adultez temprana (Papalia, Feldman & Martorell, 2012), por lo que quizás el promedio etario pueda influir en los resultados, al no representar una edad mayor de los terapeutas (o ser escasa su representación).

Se encontró también que la edad funcionaba como un predictor de las funciones del EPT, aquel con mayor valor se registró en la función Instruccional en el Grupo Adicciones (alcanzando un 8 %). Por lo que se podría pensar, si en este caso particular, son los terapeutas de este grupo los que producen el resultado significativo en la muestra total, ya que no se observa dicho resultado en el Grupo Clínico. Anteriormente se había reflexionado que los terapeutas de adicciones deberían ser más estrictos en el encuadre por el simple hecho de que trabajan en instituciones específicas y allí se debían respetar reglas que en cierto sentido trascienden la voluntad del profesional. Quizás esta tendencia se acentué definitivamente con la edad del profesional, y en la comparación de terapeutas de diferentes franjas etarias (en la prueba ANOVA) se encontraron diferencias significativas siendo mayores los valores de aquellos ubicados en la franja etaria superior (profesionales de 35 o más años).

La función Expresiva sólo arrojó resultados significativos en el Grupo Clínico, reflejando una tendencia hacia una mayor cercanía emocional a medida que se acrecienta la edad del terapeuta. Podría conjeturarse que quizás al inicio los profesionales tienden a centrarse en aspectos más técnicos, y luego, con mayor experiencia de vida, pueden enfocarse en el desarrollo de un vínculo terapéutico más cargado de aspectos emocionales.

Finalmente, en relación a la edad, en la prueba ANOVA, se encontró una diferencia significativa en la función de Involucración al separar a los profesionales

en tres grupos etarios. Aquellos que obtuvieron valores superiores fueron los del grupo etario intermedio (29 a 34 años), en comparación con terapeutas de mayor edad (igual o superior a 35 años). Esto implica que el compromiso del profesional hace una relación curvilínea: tiende a ir aumentando desde el inicio, quizás por el entusiasmo con la nueva tarea hasta hacer un pico en determinada franja etaria y luego comienza a decaer. Este fenómeno puede deberse a un factor de protección que lleva al profesional a tomar distancia de su tarea, por el carácter tóxico de la psicoterapia que antes se comentó (Baringoltz & Levy, 2007; Fernández-Álvarez, 2011; Rial et al., 2006).

Para concluir el análisis de variables sociodemográficas, se intentó evaluar si en la interacción de dichas variables se producían resultados significativos a través del análisis multivariado de la varianza (MANOVA), siendo negativo el análisis.

A continuación, se analizaron las diversas variables socio profesionales: enfoque teórico, años de experiencia profesional, duración predominante de los tratamientos, tipo de abordaje, grado de especialización, grupo etario de trabajo y contexto de trabajo.

El enfoque teórico del profesional es la variable que más se ha estudiado en la tradición de investigaciones sobre el EPT. Sin embargo, son escasas las conjeturas que se esbozaron para intentar explicar las diferencias halladas.

En la presente investigación, cuando se compararon a terapeutas de distintos enfoques teóricos, se detectaron diferencias significativas en todas las funciones del EPT a excepción de la función Involucración.

En la función Atencional, aquellos que obtuvieron valores superiores fueron los terapeutas cognitivo conductuales, sistémicos e integrativos. Esto indica una inclinación hacia una mayor focalización en la búsqueda de información. Mientras que los terapeutas con menores valores en la función Atencional, fueron los que se definieron como psicoanalíticos, lo que señala mayor apertura atencional. Estos resultados coinciden con estudios previos (Castañeiras, et al., 2006a; 2008; Da Silva et al., 2006; Fernández-Álvarez et al., 2000; 2005; Vázquez & Gutierrez de Vázquez, 2015).

En estudios anteriores, se postuló al fenómeno de la atención flotante y a la asociación libre como técnicas propias del enfoque psicoanalítico (Mordoh, Gurevicz, Thompson, Mattera & Lombardi, 2004; Schkolnik, 2008; Tortosa & Civera, 2006), que influyen en una actitud más receptiva en la función Atencional destacada en los terapeutas de dicha orientación teórica (Castañeiras, et al., 2006a; Vázquez & Gutierrez de Vázquez, 2015). Así como también al hecho opuesto, de que la atención sea más focalizada en los terapeutas cognitivo conductuales porque suelen ser terapias más breves y focalizadas sobre problemas específicos (Baringoltz, 2009).

Ligada la función Atencional, estaría la función Operativa. En este caso hubo dos grupos de terapeutas que marcaron claramente los valores extremos de esta polaridad: por un lado, los terapeutas psicoanalíticos obtuvieron los puntajes inferiores señalando una inclinación por intervenciones espontáneas, es decir, tratamientos que no siguen un esquema determinado de acción; en el otro extremo de la función Atencional, se encontrarían los psicólogos que adhieren a enfoques cognitivo conductuales. Estos resultados también van en consonancia con investigaciones anteriores (Castañeiras, et al., 2006a; 2008; Da Silva et al., 2006; Fernández-Álvarez et al., 2000; 2005; Vázquez & Gutiérrez de Vázquez, 2015).

En el caso de terapeutas cognitivo conductuales, la tendencia a tratamientos pautados posiblemente esté relacionada con el amplio repertorio de técnicas de intervención de corte cognitivo-conductual para problemas específicos, donde muchas de ellas cuentan con apoyo empírico (Chambless et al., 1996, 1998; Dahab, 2014). Mientras que en el caso de los profesionales que se definen como psicoanalistas, quizás se deba a una homogeneidad en el modo de abordaje técnico donde haya mayor conceptualización de la psicopatología subyacente, pero no tanta especificidad en divergencia de intervenciones técnicas tales como la interpretación y el análisis de la transferencia (Sarnat, 2010; Virgilio, 2011).

En el análisis comparativo de la función Expresiva, surge un nuevo grupo de terapeutas como representativo de uno de los extremos del continuo: aquellos más cercanos emocionalmente serían los humanísticos existenciales. Y, nuevamente, psicólogos que adhieren a un marco psicoanalítico son quienes poseen valores inferiores. Estos resultados también coinciden con estudios previos (Castañeiras, et al., 2006a, 2008; Da Silva et al., 2006; Fernández-Álvarez et al., 2000, 2005; Vázquez & Gutiérrez de Vázquez, 2015).

El primer caso podría explicarse por el énfasis puesto en la relación terapéutica y en las cualidades afectivas del terapeuta (Riveros-Aedom, 2014; Rogers, 1957). Por otro lado, también se ha señalado desde el psicoanálisis, el énfasis en la mayor neutralidad posible de parte del terapeuta para no interferir con la transferencia del paciente, ya que a través de las proyecciones de este se expresa el síntoma a ser modificado y, para ello, el profesional de la psicología debe captar el modo de relacionarse del paciente, y no intentar estructurar la relación terapéutica (Mordoh et al., 2004; Schkolnik, 2008; Virgilio, 2011).

Por último, en la función Instruccional se manifestaron diferencias entre terapeutas integrativos como aquellos más rígidos en el establecimiento del encuadre terapéutico, en contraposición con sus colegas humanísticos existenciales gestálticos, quienes serían los más flexibles en dicho punto. Se recuerda que la opción "*Integrativo*" dentro del enfoque teórico está contemplada como opción a elegir, pero también se determina cuando el terapeuta señala a más de un enfoque teórico como opción ante la consigna "*enfoque teórico*", criterio empleado en estudios previos (Fernández-Álvarez et al., 2003). Estos resultados coinciden parcialmente con investigaciones anteriores (Fernández-Álvarez et al., 2000) y contradicen a otras (Vázquez & Gutiérrez de Vázquez, 2015).

Es importante mencionar que Vázquez y Gutiérrezde Vázquez (2015) cuestionan el perfil del terapeuta integrativo porque no existe un modelo único de integración, sino que muchas veces se solapa con una actitud ecléctica. Otros autores suponen que cuando un terapeuta es integrativo, siempre lo hace desde una teoría de base que intenta aglutinar planteos teórico-técnicos de las demás (Muller & Palavezzatti, 2012). Por lo que, en realidad, se podría estar señalando una actitud más que un modelo teórico (Fernández-Álvarez & Opazo, 2004).

En síntesis, el análisis por enfoque teórico nos muestra diferencias significativas en los perfiles. De este modo, los terapeutas cognitivo conductuales serían focalizados a nivel atencional, con una marcada inclinación por tratamientos estructurados y flexibles a la hora de fijar las pautas del encuadre terapéutico. En tanto que, los psicólogos que se definen como humanistas-existenciales-gestálticos poseerían una atención más abierta, un gran desarrollo empático, y al igual que sus colegas cognitivo conductuales, una inclinación hacia mayor flexibilidad en el encuadre. Los profesionales psicoanalistas también poseen un perfil claramente diferenciado, caracterizado por un bajo desarrollo en las funciones técnicas (Atencional y Operativa), es decir con una atención preferentemente abierta y con inclinación hacia intervenciones pautadas, también se destacan por un grado superior de distancia emocional con sus pacientes. Los terapeutas que adhieren al enfoque sistémico poseen una atención marcadamente focalizada y cierta flexibilidad en el establecimiento del encuadre terapéutico. Por último, aquellos que se definen como integrativos son quienes poseen un perfil menos definido, coincidiendo con Vázquez y Gutiérrez de Vázquez (2015), sólo se destacan en la función Instruccional por su tendencia hacia la rigidez en el establecimiento del encuadre terapéutico.

En el Grupo Clínico se mantuvieron diferencias significativas en todas las funciones antes analizadas. Sin embargo, en el grupo Adicciones sólo dos de ellas: Operativa y Expresiva. Vemos que en la función Operativa la tendencia es similar: terapeutas cognitivo conductuales se caracterizan por su preferencia por tratamientos pautados en conjunto con sus colegas sistémicos, y en contraposición a psicólogos psicoanalistas que expresarían una tendencia opuesta (mayor espontaneidad). En la función Expresiva, sólo varía el grupo de terapeutas más cercano emocionalmente, ya no son los terapeutas humanistas existenciales, sino integrativos y sistémicos, mientras que en el otro extremo se mantienen los profesionales que se definen como psicoanalistas, caracterizados por su distancia emocional.

¿Qué conclusión podemos hacer del análisis por enfoque teórico? Aparentemente, en el trabajo con pacientes drogodependientes, el marco teórico técnico desde el cual el profesional realiza su trabajo, estaría menos relacionado con su tarea a comparación de los profesionales abocados al tratamiento de esta patología. Esta conclusión se rescata porque hay menor cantidad de diferencias significativas en el análisis intragrupo en el Grupo Adicciones. Podría decirse que los terapeutas se parecen más entre sí cuando trabajan en una población clínica similar, más allá de su enfoque teórico. A su vez, este análisis no puede objetarse

por la disparidad numérica y de representación por enfoque teórico en cada grupo a comparar, debido a que los supuestos estadísticos para ejecutar la prueba ANOVA no fueron violados.

Dentro de la línea de investigaciones similares sobre el EPT en poblaciones clínicas, estos resultados coincidirían con el estudio de Rial et al (2006) y de Gómez (2015) que sí hallaron diferencias significativas por enfoque de acuerdo a la población clínica, en contraste con la investigación de Vega (2006) que arrojó resultados negativos.

Seguidamente se analizó el rol de los años de experiencia profesional sobre las funciones del EPT. Como resultado se encontró que los mismos están asociados a la función Expresiva e Instruccional de forma positiva, lo cual implica que mientras más años el profesional acumule como experiencia tendría una inclinación hacia una mayor cercanía emocional y rigidez en el encuadre terapéutico. En el Grupo Clínico sólo se mantuvo la correlación con la función Expresiva, en tanto que en el Grupo Adicciones ocurrió un caso similar, donde se detectó una correlación significativa en la función Instruccional.

Luego se analizó la capacidad predictiva de los años de experiencia profesional en las dos funciones del EPT. Allí se encontró que se obtenían resultados de mayor magnitud (valor de r^2) en las muestras parciales que en la muestra total. Esto implica que en el Grupo Clínico los años de experiencia profesional podían explicar la varianza de la función Expresiva, y en el Grupo Adicciones, dicha variable lograba un poder de explicación mayor en la función Instruccional.

En síntesis, estos resultados quieren decir que los años de experiencia profesional explican funciones del EPT diferentes según el tipo de patología con el que el profesional trabaje de forma predominante. Aquellos que se desempeñan en instituciones de adicciones, tendrían una tendencia a volverse más rígidos en el encuadre terapéutico a medida que acumulan años de experiencia profesional; por otro lado, los terapeutas que no se abocan a este campo específico, desarrollarían mayor cercanía emocional con sus pacientes a medida que aumentan sus años de experiencia profesional.

Castañeiras, et al. (2006a) postulaban tres acepciones diferentes sobre lo que puede entenderse como experiencia del profesional: a) la intensidad y la especialización del entrenamiento profesional del terapeuta; b) la experiencia acumulada en relación a cantidad y tipo de pacientes tratados; c) el número de años de experiencia profesional, más allá de la calidad de la misma (en esta concepción se ha estudiado la categoría años de experiencia profesional dentro del EPT). Es importante recordar esta aclaración, porque los años de experiencia no están necesariamente ligados a la calidad del entrenamiento o actualización del profesional.

En los estudios previos, existían posiciones contradictorias sobre la experiencia del terapeuta: algunos la reconocían como una variable importante

(Bergin, 1963; Sánchez-Bahíllo et al., 2014), mientras que otros no (Aarons, 2004; Addis & Krasnow, 2000; Ashcraft et al., 2011; Beutler et al., 1994, 2004, citados en Baldwin & Imel, 2013; Lebow et al., 2006; Najavits et al., 2000; Nissen-Lie et al., 2013; Najavits & Weiss, 1994). Por otro lado, ciertos autores sostienen que no deberíamos preguntarnos por los años de experiencia del profesional, sino por cuánto se ha capacitado o entrenado durante su carrera profesional (Chambless & Hollon, 1998; Seligman, 1995).

Una posible explicación a la relación de la función Expresiva con los años de experiencia profesional, es que la misma ayuda al terapeuta en su capacidad empática, lo cual mejora la alianza terapéutica y por ende el resultado (Sánchez-Bahíllo et al., 2014).

En tanto que, con los terapeutas del Grupo Adicciones, quizás ocurra que, con el tiempo en ejercicio profesional, se dé una tendencia hacia una mayor rigidez en el encuadre terapéutico producto de normativas institucionales que el psicólogo debe adoptar como una regla del proceso (Beck et al., 1999; Blonigen et al., 2015; López-Fernández et al., 2012; SEDRONAR, 2009). Es importante mencionar que, del análisis estadístico, el valor más alto de regresión se obtenía en esta interacción: años de experiencia profesional como predictor de la función Instruccional en el Grupo Adicciones. Lo que nos señala la importancia que adquiere esta variable socio-profesional en los terapeutas de dicho campo de acción terapéutica.

Dentro de los estudios del EPT, estos resultados no coincidirían con investigaciones anteriores que señalaban a los años de experiencia vinculados a otras funciones del EPT, como la Atencional y Operativa (Castañeiras et al., 2006b, 2008; Da Silva et al., 2006).

Una limitación de este estudio es que no se empleó un criterio excluyente sobre los años de experiencia profesional, como sí se hizo en otros estudios comparativos (Gómez, 2015; Vega, 2006). Si bien es una limitación porque quizás el perfil de los terapeutas de adicciones no represente una caracterización fiel al tratarse de profesionales con escasa experiencia, por otro lado, la heterogeneidad permitió analizar la covarianza de dicha variable con las funciones del EPT (estudiar si existe una relación creciente o decreciente entre las mismas). También puede agregarse, tal como ya se mencionó, que quizás no son los años de experiencia la variable más importante, sino la capacitación del profesional durante su experiencia.

A continuación, se analizó el rol de la duración de los tratamientos predominantes, que según las consignas originales propone tres opciones a los terapeutas en el EPT-C: *breve* (hasta seis meses), *intermedio* (entre seis meses y dos años) y *prolongado* (más de dos años). En el análisis de la muestra total, se encontraron dos diferencias significativas en las funciones técnicas del EPT: Atencional y Operativa. Lo cual implica que aquellos profesionales que refirieron trabajar con formatos de terapia de duración breve, poseerían una atención más focalizada y preferencia por tratamientos pautados, en comparación con colegas que definen a sus tratamientos predominantes como intermedios.

Estos resultados coinciden con investigaciones previas del EPT (Castañeiras, et al., 2006a, 2008) y serían esperables porque se trata de características que el terapeuta emplea para poder dar por terminado el proceso terapéutico en un lapso breve de tiempo, donde se plantean objetivos específicos e indicadores de resultado.

La investigación sobre la duración del tratamiento no ha sido un área de gran interés dentro de la tradición de estudios sobre la psicoterapia. Luborsky et al. (1975) en su revisión, comentaron que la duración de un proceso terapéutico no era una variable relevante para la eficacia diferencial de la psicoterapia. Posteriormente, los manuales de psicoterapia pautarían cierta extensión a los tratamientos, por lo general breve, para lograr la eficacia (Hersen et al., 1984), así como también se cumple este principio en los tratamientos psicológicos eficaces para drogodependencia (Crespo et al., 2012). Por otro lado, Seligman (1995) llegaría a la conclusión de que cuánto más tiempo se extienda la terapia, se lograrían mejores resultados. También se reflexionaría acerca de la duración estimada que proponen las compañías aseguradoras de salud, estableciendo de algún modo un límite temporal máximo (Fernández Álvarez, 2011; Howard et al., 1986).

Y dentro de las variables del terapeuta, Heinonen et al. (2012) encontraron que, en terapias de duración breves, los terapeutas que conseguían mejores resultados eran activos, extravertidos y comprometidos; mientras que aquellos profesionales que se definían como más cautelosos y no intrusivos, obtenían mejores resultados en terapias de larga duración. Es decir que, dependiendo de la extensión de la terapia, habría ciertas características recomendables del terapeuta (Heinonen, 2014).

En el análisis intragrupo, estas diferencias se mantuvieron únicamente (y con similar tendencia) en el Grupo Clínico. Quizás dichos resultados significativos no se encontraron en el Grupo Adicciones por la menor cantidad de casos, aunque el porcentaje de terapeutas por tipo de tratamiento siga el mismo orden en cuanto a su representación en ambos grupos: mayormente “intermedios”, luego “breves” y finalmente “prolongados”.

No puede afirmarse tampoco que los terapeutas de adicciones deberían necesariamente ejecutar tratamientos breves. Porque si bien la literatura previa señala técnicas eficaces que en teoría están diseñadas para ejecutarse en periodos breves de tiempo (APA, 2013; Blonigen et al., 2015; Crespo et al., 2012), muchas veces se necesita que la persona transite por varios tratamientos antes de lograr el alta (NIDA, 2010) o porque en las comunidades terapéuticas se señala que el tiempo puede extenderse por años (Becoña Iglesias & Cortes Tomas, 2011; Llorente et al., 2011). Otras posturas señalaban que no hay una relación directa entre el tiempo de permanencia con los resultados, más allá de la motivación o características del paciente, siendo preferible un tratamiento individualizado que considere las preferencias del paciente y que otorgue libertad para decidir cuándo concluir siempre que exista un acuerdo con el equipo profesional (Blonigen et al., 2015). Por lo tanto, hasta que no haya un acuerdo más sólido en la comunidad científica

sobre una duración recomendada de tratamientos en el campo de adicciones, no tiene mucho interés profundizar en analizar características del perfil del EPT en esta población clínica. Asimismo, debería reflexionarse cuál fue el fundamento de esta distinción de duración predominante de tratamientos, porque pareciera que la mayoría de los terapeutas se inclinan por las primeras dos opciones (breve – intermedio), una crítica similar al criterio que se empleó para catalogar las opciones disponibles en tipo de patología en el EPT-C.

Un caso semejante al analizado en el párrafo anterior, acerca de la escasa capacidad discriminativa de las opciones disponibles de una pregunta, ocurre ante la consigna "*tipo de abordaje predominante*" donde las opciones de respuestas son: individual, pareja, familia o grupos. En la presente investigación, ocurrió que la mayoría de los terapeutas se inclinó por la primera opción como aquel abordaje predominante (88 % de la muestra total). Sin embargo, como no fueron violados los supuestos de normalidad en la prueba ANOVA, el análisis de comparación de medias pudo ejecutarse encontrando diferencias significativas en la función Expresiva. Los resultados se manifestaron entre quienes refirieron emplear tratamientos individuales (menor valor), en oposición a quienes instrumentan terapias grupales y familiares (mayor valor). Esto significa que el primer grupo de terapeutas sería emocionalmente más distante con sus pacientes.

Debido a que sólo en un estudio se realizó este análisis sin encontrar resultados significativos (Castañeiras et al., 2008), es complejo conjeturar una explicación. Sería esperable pensar que, en un dispositivo individual, el terapeuta podría hacer uso de mayores recursos para sostener la comunicación emocional ya que se trata de un único paciente, y, por ende, al tratar con un grupo o familia, sería naturalmente más laborioso desarrollar mayor empatía. Sin embargo, ocurrió el fenómeno inverso. Quizás pueda deberse a la diferencia de representación: no es lo mismo promediar el valor de una función del EPT entre más de 300 terapeutas, que el promedio de un grupo de 25 profesionales. Es decir, las posibilidades de tener un valor superior son relativas a la cantidad de sujetos que componen cierto subgrupo de análisis.

En el marco teórico se comentaba que no habría una eficacia diferencial entre técnicas que se pueden emplear en formato individual o grupal (Holdsworth et al., 2014), por lo que se reconoce que se necesitaba más entrenamiento en este tipo de abordajes (Fernández-Álvarez, 2011) especialmente por el tema de costos. Una respuesta han sido los abordajes transdiagnósticos (Belloch, 2012; Sandín, 2012).

En el análisis intragrupo, en el Grupo Adicciones las diferencias se encontraron nuevamente entre terapeutas que ejecutan tratamientos individuales en oposición a quienes manifestaron practicar abordajes familiares, siendo éstos últimos quienes poseen mayor cercanía emocional. Anteriormente se había reflexionado de que los valores de la función Expresiva eran inferiores en los terapeutas del Grupo Adicciones, y que esto podía deberse a varios factores (características de la patología y trabajo en instituciones). Quizás ocurra entonces

que el terapeuta desarrolle mayormente una capacidad empática con los familiares del paciente, ya que la construcción del vínculo emocional con el paciente lleva más tiempo (Guajardo & Kushner, 2004).

Un dato sobre el que habría que reflexionar, es la proporción de terapeutas del Grupo Adicciones que menciona ejecutar dispositivos no individuales. La distribución fue: Individual (61 %), Grupal (13 %), Familiar (7 %) y el resto más de uno. Deberíamos pensar si es suficiente dicha proporción, ya que en reiteradas ocasiones se menciona la utilidad de dispositivos grupales de intervención para la atención en drogodependencias (APA, 2013; Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2008; Casari, Ison et al., 2014; Jiménez-Lerma et al., 2011; Llorente et al., 2011). Si bien es lógico y esperable que haya una combinación de abordajes, es llamativo que el principal sea individual y haya bastante diferencia de porcentajes con el resto. Quizás se deba a la baja capacitación de los profesionales en técnicas grupales o cuestiones de infraestructura de las instituciones que no permiten la instrumentación de estos dispositivos. De todos modos, si se considera su utilidad en términos de eficiencia (costo–beneficio), sería útil mayor empleo de dispositivos grupales.

En tanto que, en el Grupo Clínico, se encontró una diferencia significativa en la función Instruccional donde los terapeutas que realizan tratamientos grupales poseerían mayor rigidez en el establecimiento del encuadre terapéutico, y quienes se caracterizarían por un grado superior de flexibilidad serían los profesionales más relacionados a dispositivos familiares. Ya que no hay antecedentes directos que exploren estas diferencias, se podría pensar que ante una familia un terapeuta debe ser más flexible porque involucra miembros de variados rangos etarios (incluyendo niños y adolescentes), y el terapeuta debe admitir ciertas variaciones a un encuadre de trabajo (como permitir dinámicas lúdicas de interacción); en cambio, en una terapia de grupo participan generalmente adultos y las reglas deben ser más estrictas porque al ser más personas que una terapia individual, existen mayores posibilidades de transgresión de límites.

La siguiente variable que se analizó fue la especialización de los terapeutas sin encontrar resultados significativos. Probablemente, esto se deba a la baja representación de profesionales de ciertos subgrupos, ya que la mayoría sólo cuenta con estudios de grado, seguidos de especializaciones y en un muy bajo porcentaje, terapeutas con maestrías o doctorados.

En las investigaciones sobre el EPT, esta variable no fue incluida. Quizás hubo errores en el modo en que fue indagada, ya que si bien la consigna solicitaba que se marcaran opciones sólo si tenían relación con el ámbito clínico, no se pidió al profesional detalles sobre su especialización. En estudios posteriores, se podría consultar no sólo su grado máximo de estudios, sino que indique si ha realizado entrenamiento clínico específico, ya que es una variable más asociada a resultados terapéuticos (Corbella & Botella, 2005; Chambless & Hollon, 1998; Seligman, 1995), aunque otros autores sostengan lo contrario (Beutler et al., 1994, 2004, citados en Baldwin & Imel, 2013; Nissen-Lie et al., 2013). En el caso del

entrenamiento, es una variable cuya influencia sobre el EPT ha sido sugerida (Corbella et al., 2009b; Fernández Álvarez et al., 2003).

Al igual que en el caso anterior, es llamativo el bajo porcentaje de profesionales con estudios de postgrado, aunque quizás se deba a otras variables como la edad o años de experiencia promedio de la muestra. También se aclara que el grado de especialización, fue una variable correctamente controlada en la presente investigación, debido a que se logró una representación homogénea en ambos grupos a comparar, por la similar distribución de profesionales con distintos grados de especialización.

Seguidamente, se analizó el rol del grupo etario de trabajo, es decir la franja etaria de pacientes con la cual el terapeuta trabaja predominantemente. En el análisis de la muestra total, se detectó una diferencia significativa en la función Operativa. Esto significa que quienes trabajan predominante con niños y adolescentes se caracterizarían por intervenciones menos estructuradas. Lo cual es lógico, porque si bien existen técnicas psicológicas eficaces para el tratamiento de patologías en niños (Kazdin, 2015; Pfiffner & Haack, 2015; Society of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2016), el terapeuta debe disponer de cierto grado de creatividad para instrumentar intervenciones psicológicas que resulten atractivas para los niños, incluyendo actividades lúdicas (Bunge, Gomar & Mandil, 2009; Preve, 2015; Weisz, Yi Ng, Rutt, Lau & Masland, 2013).

Esta diferencia significativa sólo se mantuvo al interior del Grupo Clínico, no en el Grupo Adicciones. Quizás se deba a que, en este último, hay menor proporción de terapeutas abocados específicamente a ambas franjas etarias (tanto niños y adolescentes, como adultos).

Para ir concluyendo el análisis del segundo objetivo, se tomó en consideración el papel que desempeña el contexto de trabajo. Es otra variable que no tiene precedentes en la tradición de estudios sobre el EPT. Su inclusión, surgió a partir de una investigación previa del autor donde se indagó la inserción laboral de nuevos graduados de psicología, consignando si la misma se daba en el ámbito público y/o privado. Ante la limitación de dicha clasificación, se proponía agregar una tercera categoría más frecuente entre los profesionales psicólogos que es el trabajo autónomo o independiente (Casari, Espeche & Bustos, 2012). Entonces, para la presente investigación se consultó a los terapeutas: "*Contexto de trabajo: autónomo, público, privado (en caso de existir más de una opción, marque aquel donde desempeña mayor carga horaria semanal*)".

En el análisis de la muestra total se encontró una diferencia significativa en la función Expresiva, entre los terapeutas del sector público (aquellos más distantes a nivel emocional) y sus colegas que se desempeñan de forma autónoma principalmente (siendo más cercanos). Esto podría explicarse por el factor institución, ya que en el sector público la demanda de atención es elevada, y a la vez, hay mayor cantidad de intermediarios entre el profesional y el paciente (Fernández-Álvarez, 2011). En oposición a lo que ocurre en un consultorio particular, donde el contacto es más directo y la regularidad de los encuentros

terapéuticos puede darse con mayor frecuencia (Casari, 2012; Casari, Magni & Morelato, 2014; Vega, 2006).

En el análisis intragrupo, sólo en el Grupo Adicciones se encontraron diferencias significativas, donde se tomaron a los terapeutas de los sectores privados y públicos. Como resultado se encontró que los primeros serían más cercanos emocionalmente. Esta diferencia registró un tamaño del efecto moderado (*d*=.75), se agrega este dato porque es una de las diferencias más importantes que se encontraron.

La explicación puede ser similar a la comentada anteriormente, es decir, que en el desarrollo de la función Expresiva influyan aspectos institucionales: cantidad de pacientes atendidos, regularidad de las sesiones y condiciones estructurales en donde ocurre el acto terapéutico. Desafortunadamente, al no contar con estudios similares, no pueden contrastarse estos resultados. Pero sí puede señalarse que es una variable relevante que merece investigarse más detalladamente, ya que la psicoterapia siempre ocurre en un contexto más amplio, y hasta la APA ha propuesto divisiones específicas: División 18 "*Psicólogos en Servicios Públicos*" y División 42 "*Psicólogos en Práctica Independiente*" (APA, 2016).

Ligado a este fenómeno, está el análisis de la variable institución. Para preservar el anonimato de las mismas, se realizó un análisis comparando si los terapeutas se diferenciaban en sus funciones del EPT de acuerdo a su lugar de trabajo (es decir, la institución específica de asistencia en adicciones). El resultado mostró diferencias significativas en las funciones Operativa y Expresiva. Es decir, los terapeutas varían en sus perfiles comparando su lugar de trabajo. Restaría averiguar si se parecen más entre sí los terapeutas por dedicarse a una población clínica (como pacientes drogodependientes) o por trabajar en una institución específica. Así como también, indagar si los diversos establecimientos producen una eficacia diferencial en sus tratamientos o depende más bien de variables del terapeuta, esto puede analizarse con medidas de resultados y evaluación de la satisfacción con el tratamiento (Becoña-Iglesias & Cortés-Tomas, 2011; Domínguez-Martín et al., 2008; Gómez-Penedo et al., 2015; López-Goñi et al., 2008; Miller & Moyers, 2015; NIDA, 2010)

Finalmente, cuando se analizó si en la interacción de variables socio profesionales se producía algún resultado significativo, se encontró un efecto significativo en la función Expresiva entre la duración predominante de los tratamientos (breve, intermedio y prolongado) y los años de experiencia profesional. Sin embargo, la carencia de estudios previos similares no permite contrastar los resultados, pero sí nos señala una línea de investigación futura: aparentemente la experiencia en años que acumulan los terapeutas guarda relación con la extensión del tratamiento que éste tiende a practicar con sus pacientes.

5.3. Análisis de la relación entre la personalidad con el EPT

El tercer objetivo de esta investigación apuntó a conocer la relación entre la personalidad de los terapeutas y su EPT. Para ello se empleó el *Cuestionario de Personalidad Big Five* (Castro-Solano, 2005) y se realizaron diversos análisis estadísticos.

En primer lugar, se intentaron predecir las funciones del EPT a partir de dimensiones de personalidad. En la primera prueba estadística (análisis de correlaciones), se encontraron múltiples resultados significativos. Lo que implica que, a excepción de la función Atencional, las demás funciones del EPT están relacionadas a dimensiones de personalidad. Por lo que, se procedió a evaluar si las primeras podían predecirse a partir de las últimas. Es decir, tomar a las funciones del EPT como variables dependientes, ya que temporalmente ocurrirían con posterioridad a las dimensiones de personalidad, que fueron consideradas variables independientes.

La función Operativa pudo explicarse a partir de Apertura a la Experiencia, de manera inversa. Esto implica que aquellos terapeutas que a nivel de personalidad están caracterizados por mayor imaginación, sensibilidad estética, preferencia por la variedad, pensamiento divergente y creatividad, tenderían a tratamientos espontáneos (no estructurados). Lo cual podría ser lógico al pensar la relación entre la creatividad e imaginación, con la preferencia por intervenciones espontáneas.

Hasta el momento, sólo se encontró un único antecedente similar en la investigación empleando los mismos instrumentos (Genise, 2015). El resultado anterior, no coincidiría con sus hallazgos, quien encontró una relación positiva entre Involucración y Apertura a la Experiencia.

La función de Involucración estaría relacionada a la dimensión de personalidad Neuroticismo, de forma positiva. Esto implica que aquellos terapeutas con menor estabilidad emocional y vulnerabilidad al impacto de sucesos vitales, tenderían a un mayor grado de compromiso con la tarea. Es significativo este dato, porque anteriormente se reflexionaba que la Involucración podría estar relacionada al Síndrome de *Burn Out*, y que no siempre era recomendable en un grado alto. Ahora podemos esbozar una relación más clara con una dimensión de personalidad que puede ser indicador de cierta predisposición a padecer trastornos psicológicos.

Por otro lado, la función Expresiva pudo ser predicha por el factor Extraversión de la personalidad, de forma positiva. Significa que los profesionales más activos, enérgicos y optimistas, serían más cercanos emocionalmente con sus pacientes.

Por último, la función Instruccional se explicó en parte por la contribución de las dimensiones de personalidad Agradabilidad (de forma negativa) y Responsabilidad (de forma positiva). Este fue el único caso, donde dos variables de personalidad en su conjunto, realizaron una mejor explicación de una función del

EPT. Esto implica que hay ciertas características de personalidad más asociadas a la rigidez en el encuadre terapéutico de parte del terapeuta, tales como: egocentrismo, competitividad, paranoia y rasgos antisociales (puntajes bajos en Agradabilidad); y rasgos obsesivos, irritabilidad y escrupulosidad (puntajes altos en Responsabilidad).

Estos resultados en su conjunto, demuestran que hay una relación entre la personalidad del terapeuta y estilo de trabajo. Si bien no coincidirían ni contradecirían a el único trabajo similar encontrado (Genise, 2015), aportan en la línea de investigaciones similares que vinculan al EPT con variables de personalidad, ya sea a nivel conceptual o empírico (Corbella et al., 2007; Estrada Aranda, 2014; Fernández Álvarez et al., 1998, 2000, 2003, García & Fernández Álvarez, 2007; Hermosa-Bossano, 2010). Y respondería a un planteo anterior, que abogaba por el estudio del EPT a partir de rasgos de personalidad como variables predictoras (Quiñones Bergueret et al., 2010). Sin embargo, con los elementos aquí encontrados, no podríamos afirmarse que el EPT es un estilo de personalidad tal como reflexionaban García y Fernández Álvarez (2007), ya que las relaciones entre ambas variables no son tan intensas.

Finalmente, se indagó si existían diferencias de personalidad de acuerdo a la población clínica de trabajo y se encontraron dos resultados significativos: los terapeutas del Grupo Clínico poseen valores superiores en Extraversión y Agradabilidad. Lo que significa que, a diferencia de los profesionales del Grupo Adicciones, los psicólogos que no se dedican principalmente al trabajo con pacientes drogodependientes serían más enérgicos, activos y optimistas, como también mayormente cooperativos y solidarios.

En la literatura se había mencionado la importancia de la personalidad del terapeuta como una variable relevante de proceso y resultado (Bergin, 1963; Cariaga Siracusa & Casari, 2014; Heinonen, 2014; Hill & Lambert, 2004 citado en Heinonen, 2014; Heinonen & Orlinsky, 2013; Holdsworth et al., 2014; Kaplowitz et al., 2011; Kiesler, 1966; Lambert, 2013; Lorentzen et al., 2011; Nissen-Lie et al., 2013; Orlinsky et al., 2004, citado en Heinonen, 2014; Rogers, 1957; Rozenwieg, 1936; Sánchez-Bahíllo et al., 2014; Wongpakaran & Wongpakaran, 2012), e inclusive se llegó a plantear que la persona del terapeuta es su principal herramienta de trabajo (Consoli & Machado, 2004).

Estos resultados aportan que también la población clínica de pacientes puede estar relacionada a rasgos de personalidad del terapeuta, pero desconociendo la dirección de esta asociación: no sabemos si los profesionales terminan abocándose al campo de las adicciones porque poseen ciertas características de personalidad o si la influencia es inversa, es decir que, al trabajar durante un tiempo con pacientes drogodependientes, el profesional termina con ciertas modificaciones en su personalidad.

Si bien aquí las diferencias son pequeñas, atañen a dos de los cinco factores de personalidad. Aquellos relacionadas con la energía y actividad del terapeuta,

como también con su disposición a ayudar. Quizás sean factores protectores, que llevan al profesional a tomar cierta distancia operativa (Guajardo & Kushner, 2004).

Dentro de los estudios en el campo de las adicciones, también se señalaba la importancia de habilidades interpersonales del terapeuta, como su empatía y rasgos de personalidad no confrontadores (Miller & Moyers, 2015; Miller & Rollnick, 2012; Moyers & Miller, 2013; Najavits et al., 2000). Sin embargo, aún no sabemos cuáles son los rasgos de personalidad relacionados a eficacia terapéutica (Saarnio, 2011).

Si contrastamos los resultados del primer objetivo con aquellos obtenidos en éste último, vemos más diferencias a nivel estadístico. Es decir, al comparar psicólogos que se desempeñan con diferentes poblaciones clínicas, se observa mayor variación a nivel de personalidad que en su estilo como terapeutas. Es llamativo, porque ambos constructos (EPT y dimensiones de personalidad), se componen por cinco factores o subdimensiones, por lo que la comparación sería lícita.

En síntesis, este objetivo confirma la relación entre el EPT y la personalidad del terapeuta, es decir, no hay una disociación absoluta entre la persona del terapeuta y su estilo de trabajo. En su labor clínica, el profesional en cierto modo termina empleando características de su propia personalidad. El desafío de futuras investigaciones, consiste en vincular ambas variables a medidas de resultados, y así poder contribuir a la formación de profesionales para el campo de las adicciones.

6. Conclusiones

La presente investigación logró cumplir con los diferentes objetivos propuestos, los cuales se expondrán a continuación. Luego se mencionarán las fortalezas y limitaciones, para concluir con propuestas concretas en investigaciones futuras.

En primer lugar, luego del análisis de las funciones del EPT, se llegó a la conclusión de que sólo en la función de Involucración aparecerían diferencias significativas, donde los terapeutas del Grupo Adicciones presentarían valores superiores.

En segundo lugar, se dedicó un extendido análisis al rol de las variables socio demográficas y profesionales en relación al EPT, muchas de las cuales no tienen precedentes en las investigaciones similares. Los resultados significativos se encontraron al analizar el EPT con las siguientes variables de los terapeutas: sexo, edad, provincia de residencia, universidad de egreso, enfoque teórico, años de experiencia profesional, duración predominante de los tratamientos, tipo de abordaje, grupo etario de trabajo y contexto de trabajo. La única variable que arrojó resultados negativos fue la especialización del terapeuta (grado máximo de estudios alcanzados).

Esto nos permitiría afirmar que el EPT es un constructo multideterminado, lo que nos lleva al interrogante de cuáles son las variables que mayor influencia tienen sobre el mismo. En parte, esta pregunta se puede responder por el análisis del tamaño del efecto, mediante el cual en las comparaciones estadísticas se veían resultados de disímiles magnitudes. En casi todos los análisis, el tamaño del efecto fue pequeño, a excepción de dos casos donde el efecto fue de moderado a grande: función Expresiva y Operativa en la comparación de terapeutas por enfoque teórico, y en el análisis del contexto de trabajo en el Grupo Adicciones. ¿Significa entonces que la orientación teórico técnica del profesional y su ámbito de actuación clínica están mayormente relacionados a su estilo personal como terapeutas? Posiblemente sí, aunque se necesitarían estudios más específicos que puedan aislar otras variables intervinientes.

Pudo observarse también una fuerte influencia del tipo de patología (o población clínica de trabajo), ya que algunos resultados significativos se dieron en la muestra total, y otros únicamente en los subgrupos (muestras parciales). Aquellas que sólo se manifestaron en el Grupo Clínico fueron: sexo (Función Atencional), provincia de residencia (Función Expresiva), edad (Función Expresiva), enfoque teórico (Funciones Atencional e Instruccional), años de experiencia profesional (Función Expresiva), duración de los tratamientos (Funciones Atencional y Operativa), tipo de abordaje (Función Instruccional) y grupo etario de trabajo (Función Operativa). Y en el Grupo Adicciones, las variables cuyas relaciones significativas únicamente se registraron en estos terapeutas, fueron: provincia de residencia (Función Operativa), edad (Función Instruccional), años de experiencia profesional (Función Instruccional), tipo de abordaje (Función Expresiva), contexto de trabajo (Función Expresiva) e institución de trabajo (función Operativa y Expresiva).

En este sentido, se deberían continuar las investigaciones sobre el rol del contexto de trabajo y puntualmente, sobre las instituciones. Indagar si se obtienen más éxitos por institución y modalidad de abordaje, o por terapeutas evaluados de forma aislada. Al igual que, evaluar si el EPT también es susceptible de modificación por la etapa de cambio en que se encuentra el paciente.

El tercer objetivo propuesto, permitió establecer un nexo sólido entre la personalidad del profesional con su EPT. Lo cual no implica que el primero determine al segundo o que sean sinónimos como se conjeturó (García & Fernández Álvarez, 2007). También se reflexionó sobre un punto importante: ¿se producen más modificaciones en la personalidad del profesional o en el EPT al trabajar con ciertas poblaciones clínicas? Este planteo se manifestó porque ante la misma cantidad de constructos comparados (cinco funciones del EPT y cinco dimensiones de personalidad), se registraron más diferencias a nivel de personalidad (en dos de ellas).

A nivel de fortalezas de la presente investigación, puede mencionarse la amplitud de la muestra. Se intentó contactar a todas las instituciones que brindan asistencia a pacientes drogodependientes, y se logró un número significativo de terapeutas. El único censo realizado hasta el momento sobre profesionales que trabajan en instituciones de adicciones en Argentina, arrojó que aproximadamente habría 155 psicólogos en las provincias de Cuyo, considerando aquellas específicas como inespecíficas (éstos últimos son hospitales polivalentes que cuentan con programas de tratamiento para pacientes adictos entre sus servicios) (SEDRONAR, 2009). Entonces, considerando un margen de error del 5% y un intervalo de confianza del 95 %, el tamaño muestral recomendado sería 111. La muestra obtenida aquí se acerca bastante a dicho número. Además, se trata de profesionales de al menos tres provincias diferentes.

Otro aspecto positivo estaría relacionado al análisis estadístico exhaustivo sobre todas las variables que se recogían en ambos instrumentos. Se pudo analizar detalladamente cada aspecto demográfico y profesional que puede influir sobre el EPT, incluyendo variables sin precedentes en la tradición de investigaciones similares, como contexto de trabajo, especialización, universidad de egreso y provincia de residencia.

Por otro lado, dentro de las limitaciones, la principal se debe a que debido a las características del estudio no se evaluó una medida de resultado. Quizás podría haberse focalizado en un menor número de participantes, vinculando el EPT a la alianza terapéutica o a una evaluación de resultado.

Si bien la heterogeneidad de la muestra es un factor favorable (Miller & Moyers, 2015), tiene como contrapartida que quizás afecte a la homogeneidad del perfil en estudio y fueran escasas las diferencias encontradas en el primer objetivo. De haberse empleado más criterios excluyentes, tal vez se detectaban mayor cantidad de diferencias y un perfil más definido.

Otra limitación se observa a nivel psicométrico. Si bien se empleó la versión más reciente del EPT-C (Castañeiras et al., 2008) que cuenta con propiedades psicométricas satisfactorias en un análisis factorial confirmatorio, aquí los valores de confiabilidad no fueron aceptables en las distintas funciones. Puede deberse al escaso número de ítems de algunos factores, como la función Instruccional que posee sólo tres. Esto nos lleva a la siguiente pregunta ¿Habrá existido la necesidad de reducir la cantidad de reactivos de un instrumento compuesto por 36 ítems o se podría haber analizado el modelo original en el análisis factorial confirmatorio? (recordemos que el modelo que se analizó fue reducido previamente por criterios conceptuales y psicométricos).

A nivel psicométrico, en la literatura se registraban ciertas contradicciones entre el modelo propuesto a nivel teórico y los análisis estadísticos. Existía una discrepancia acerca de si eran cuatro o cinco las funciones que componían el constructo (Fernández Álvarez et al., 2003, 2005, Quiñones Bergeret et al., 2010) e inclusive se habían detectado dificultades para replicar el modelo en análisis factoriales confirmatorios con muestras de otro país (Moura de Carvalho et al., 2011). Por lo que una propuesta concreta, es la comparación estadística de modelos rivales: 1) versión original de 36 ítems con cuatro factores (Quiñones Bergeret et al., 2010), 2) versión original de 36 ítems con cinco factores (Fernández Álvarez et al., 2003, 2005), 3) versión abreviada de 21 ítems con cinco factores (Castañeiras et al., 2008). Ligado a este fenómeno, están las correlaciones a nivel intratest, que en la presente investigación se encontraron magnitudes moderadas entre las funciones Atencional y Operativa, por lo que quizás representen a una misma función como se sostuvo en otro estudio (Quiñones Bergeret et al., 2010).

Otra propuesta es la revisión de aquellas variables socio profesionales que por su modo de respuesta (la forma en que son indagadas), hacen un aporte muy pequeño a la investigación. Por ejemplo: duración del tratamiento, tipo de abordaje, tipo de patología, etc. No se comprende cuál fue el criterio original por el cual se presentaron dichas opciones. Esto significa que poseen escaso poder discriminativo a la hora de armar subgrupos para comparar (los terapeutas tienden a inclinarse por una o dos de las opciones posibles), caso contrario ocurre con el enfoque teórico que, a pesar de presentar más de tres opciones de respuestas, logra que se produzcan diferencias en el EPT al ser agrupados los terapeutas en las diversas categorías.

Por último, sería interesante trabajar sobre la validez concurrente del EPT, algo que hasta el momento no se ha realizado. Podría emplearse, por ejemplo, el DPCCQ (Orlinsky et al., 1999; Orlinsky & Rønnestad, 2005, 2006 citados en Heinonen, 2014). Así como también, poder establecer nexos claros entre ciertas funciones del EPT con conceptos relacionados: Función Expresiva y empatía; Función Atencional con la atención como función ejecutiva; Función Operativa con actitudes a las PBE; Involucración con Síndrome de Burn Out. Restaría indagar un constructo relacionado a la función Instruccional.

A modo de cierre, esta investigación cumplió con los objetivos generales propuestos en el sentido de que realiza aportes sobre una variable que ha

demostrado estar relacionada tanto al proceso como al resultado terapéutico. Y a la vez, permitió una caracterización del perfil que presentan los profesionales del campo de las adicciones.

7. Referencias

Aron, A. & Aron, E. N. (2001). *Estadística para psicología* (2° Ed). Buenos Aires: Pretince Hall.

Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The evidence-based practice attitude scale (EBPAS). *Mental Health Services Research, 6*, 61–74. Doi: 10.1023/B:MHSR.0000024351.12294.65

Addis, M. E., & Krasnow, A. D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (2), 331–339. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.2.331

Alonso, M. & Klinar, D. (noviembre, 2015). *Los psicólogos en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2014*. Presentación realizada en VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXII Jornadas de Investigación, Undécimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (4º Ed. Revisada). Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM V.* (5° Ed.). Arlington, Estados Unidos: Médica Panamericana.

American Psychological Association (2012). *Recognition of Psychotherapy Effectiveness*. Recuperado de http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx

American Psychological Association (2013). *Research-Supported Psychological Treatments*. Recuperado de http://www.div12.org/psychological-treatments/

American Psychological Association (2016). *Divisions*. Recuperado de http://www.apa.org/about/division/index.aspx

Arthur, M. W., & Blitz, C. (2000). Bridging the gap between science and practice in drug abuse prevention through needs assessment and strategic community planning. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 241–255. Doi: 10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<241::AID-JCOP2>3.0.CO;2-X

Ashcraft, R. G., Foster, S. L., Lowery, A. E., Henggeler, S. W., Chapman, J. E., & Rowland, M. D. (2011). Measuring practitioner attitudes toward evidence-based treatments: A validation study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 20*(2), 166-183. doi: 10.1080/1067828X.2011.555276

Ávila-Toscano, J., Gómez-Hernández, L., & Montiel-Salgado, M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burn-Out en profesionales de la salud. *Pensamiento Psicológico, 8*(15), 39-52.

Bagladi, V. (2010). Investigación en el enfoque integrativo supraparadigmático. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa, (2)*, 142-175. Recuperado de http://icpsi.cl/publicaciones/acpi/

Baird, J., Longabaugh, R., Lee, C. S., Nirenberg, T. D., Woolard, R., Mello, M. J., ... & Clifford, P. R. (2007). Treatment completion in a brief motivational intervention in the emergency department: The effect of multiple interventions and therapists' behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31*(3), 71-75. Doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00498.x

Balbi, P. & Roussos, A. (2015). Funciones ejecutivas y psicopatología: estado actual. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 119*(26), 5-10. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Paula_Balbi/publication/277311069_Funciones_Ejecutivas_y_psicopatologia_estado_actual/links/5567172208aeab77721e9fdf.pdf

Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: findings and methods. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th Ed). (pp. 258 - 296). New Jersey, EE.UU. : Wiley.

Baldwin, S. A., Wampold, B., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance–outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842–852. doi:10.1037/0022-006X.75.6.842

Baringoltz, S. & Levy, R. (2007). *Terapia Cognitiva: Del dicho al hecho*. Buenos Aires: Polemos.

Baringoltz, S. (2009). Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.

Barsaglini, A., Sartori, G., Benetti, S., Pettersson-Yeo, W., & Mechelli, A. (2014). The effects of psychotherapy on brain function: A systematic and critical review. *Progress in neurobiology, 114*, 1-14. http://dx.doi.org/10.1016/j.pneurobio.2013.10.006

Basler, H. D. & Medrano, L. A. (2011). Criterios para la Evaluación de Estudios de Evidencia. En L. A. Medrano (Comp.) *Prácticas en Salud Basadas en Evidencia* (pp. 45 – 62). Córdoba: Brujas.

Bearman, S. K., Wadkins, M., Bailin, A., & Doctoroff, G. (2015). Pre-practicum training in professional psychology to close the research–practice gap: Changing attitudes toward evidence-based practice. *Training and Education in Professional Psychology, 9*(1), 13–20. http://dx.doi.org/10.1037/tep0000052

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

Becker, E. M., Smith, A. M., & Jensen-Doss, A. (2013). Who's using treatment manuals? A national survey of practicing therapists. *Behaviour research and therapy, 51*(10), 706-710. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.008

Becoña Iglesias, E. & Cortés Tomás, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Becoña Iglesias, E. & Cortés Tomas, M. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol.

Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Belloch, A. (2012) Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 17*(3), 295-311. Recuperado de http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/11845

Bergin, A. E. (1963). The empirical emphasis in psychotherapy: A symposium. The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology, 10*(3), 244 – 250. http://dx.doi.org/10.1037/h0043353

Beutler L. E. (2004). The empirically-supported treatments movement: a scientist–practitioner's response. *Clinical Psychology Science Practice, 11*, 225–229. Doi: 10.1093/clipsy.bph076

Beutler, L. E. (2000). David and Goliath: When empirical and clinical standards of practice meet. *American Psychologist, 55*(9), 997-1007.doi: 10.1037//0003-066X.55.9.997

Beutler, L. E. (2002). The dodo bird is extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 30-34. Doi: 10.1093/clipsy.9.1.30

Beutler, L. E., Moleiro, C., & Penela, V. (2004). Hallazgos de la investigación: ¿qué funciona en psicoterapia? En H. Fernández Álvarez y R. Opazo Castro (Comps.), *La integración en psicoterapia* (pp. 69-104). Barcelona: Paidós Ibérica S.A.

Beutler, L. E., Someah, K., Kimpara, S., & Miller, K. (2016). Selecting the most appropriate treatment for each patient. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 16*(1), 99-108. http://dx.doi.Org/10.1016/j.ijchp.2015.08.001

Blonigen, D. M., Finney, J. W., Wilbourne, P. L., & Moos, R. H. (2015). Psychosocial Treatments for Substance Use Disorders. En P. E. Nathan y J. M. Morgan (Eds.), *A guide to treatment that work* (4th Ed.) (pp. 731-761). New York: Oxford University Press.

Botella, L, Saúl, L. A., Corbella, S., Fernández-Álvarez, H. García, F., & Morena, F. (june, 2008). *Attachment style and personal style of therapist*. Trabajo presentado en 39th Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research, Barcelona, España.

Botella, L. & Corbella, S. (2006). *Interacción entre el Estilo Personal del Terapeuta y el Estilo Personal del Paciente*. Poster presentado en 37th International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Edinburgh, Escocia, Reino Unido.

Botella, L., & Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de psicoterapia, 61*, 77-104. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Luis_Botella/publication/257877024_Neurobiologa_de_la_autorregulacin_afectiva_patrones_de_apego_y_compatibilidad_en_la_relacin_terapeuta-paciente/links/02e7e526063f1b7b85000000.pdf

Botella, L., Corbella, S. & Belles, L. (2006). *Therapist's Style, Client Personality, and the Resolution of Impasses in the Therapeutic Alliance*. Poster presentado en 37th International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Edinburgh, Escocia, Reino Unido.

Brown, G. S., Lambert M. J., Jones E. R. & Minami T. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in a managed care environment. *American Journal of Management Care, 11*, 513–520. Recuperado de http://dm.education.wisc.edu/tminami/intellcont/Brown_etal_AJMC_2005-1.pdf

Bulacio, B. J. (2008). Sobre la formación profesional en el campo de las toxicomanías y otras problemáticas relacionadas. Relatos de una práctica. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 19*, 547-552.

Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. (2° Ed.). Buenos Aires: Akadia.

Cáceres, A. & Mesías, B. (2011). Atención a la población sin hogar: Experiencia del Instituto de adicciones de la Ciudad de Madrid. En J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez (Comps.), *Manual de Trastornos Adictivos*, (2° Ed.) (pp. 226 – 234). Recuperado de: http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2012/02/doc_productos/d_pro_44_87.pdf

Campagne, D. M. (2014). El terapeuta no nace, se hace. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 121* (34), 75-95. doi: 10.4321/S0211-57352014000100005

Cariaga Siracusa, M. L. & 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. Recuperado de http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/issue/view/37?tomo=37

Carrizo, M. (2012). Dispositivos terapéuticos para la asistencia de los problemas relacionados al consumo de drogas: La Comunidad Terapéutica como

modelo y alternativa para el cambio. En R. A. Gómez y F. Serena (Comps.), *Introducción al campo de las drogodependencias* (pp. 90 – 118). Córdoba: Brujas.

Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Torres-Lobo, M., Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J. R., & Álvarez, M. M. (2010). Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(2), 225-243. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-348.pdf

Casari, L. M. (2012). Psicoterapia como actividad privada en Argentina. *Eureka: Revista Científica de Psicología, 9*(1), 98-105. Recuperado de http://www.psicoeureka.com.py/publicacion/91

Casari, L. M., Albanesi, S. & Maristany, M. (agosto, 2012). Análisis de las características del terapeuta de adicciones y de la relación terapéutica, desde el marco de la psicoterapia integrativa. Presentación realizada en el VIII Congreso Internacional sobre abordaje de las adicciones. San Juan, Argentina.

Casari, L. M., Albanesi, S., Maristany, M. & Ison, M. (2016). Estilo Personal del Terapeuta en Psicoterapeutas de Adicciones. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, XXV* (1), 17-26. Recuperado de http://www.clinicapsicologica.org.ar/ultimo_numero.php

Casari, L. M., Espeche, V., & Bustos, G. (2012). Inserción laboral en una muestra de egresados recientes de la carrera de Psicología en Argentina. *Diálogos. Revista Científica de Psicología, Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias de la Salud, 3*(2), 69-86. Recuperado de http://www.dialogos.unsl.edu.ar/insercion_laboral_en_una_muestra_de_egresados_reci.html

Casari, L. M., Ison, M. S., Albanesi, S. & Maristany, M. (octubre, 2014). *Estilo Personal del Terapeuta en profesionales del campo de las adicciones*. Presentación realizada en el Primer Congreso Latinoamericano de Ciencia Psicológica, Buenos Aires, Argentina.

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

Casas, M., Bruguera, E., Duro, P., & Pinet, C. (2011). Conceptos básicos en trastornos adictivos. En J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez (Comps.), *Manual de Trastornos Adictivos*, (2° Ed.) (pp. 17-25). Recuperado de: http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2012/02/doc_productos/d_pro_44_87.pdf

Castañeiras, C., García, F., Lo Bianco, J., & Fernández-Álvarez, H. (2006 a). Modulating effect of experience and theoretical-technical orientation on the personal style of the therapist. *Psychotherapy Research, 16*, 595-603. doi: 10.1080/10503300600802867

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

Castañeiras, C.; Ledesma, R.; García, F. & 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

Castonguay, L. G., Youn, S. J., Xiao, H., Muran, J. C., & Barber, J. P. (2015). Building clinicians-researchers partnerships: Lessons from diverse natural settings and practice-oriented initiatives. *Psychotherapy Research*, *25*(1), 166-184. doi: 10.1080/10503307.2014.973923

Castro-Solano, A. y Casullo, M.M. (2001). Rasgos de personalidad, bienestar psicológico y rendimiento académico en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria*, *18*(1), 65-85. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/180/18011326003.pdf

Castro-Solano, A. (2005). Técnicas de Evaluación psicológica en los ámbitos militares. Buenos Aires: Paidós.

Casullo, M. M. & Fernández Liporace, M. (2005). Evaluación de los estilos de apego en adultos. *Anuario de investigaciones, 12,* 183-192 Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851686200 5000100018&lng=es&tlng=es.

Cazabat, E. H. (2014). Diseño a doble ciego y el uso de placebos psicológicos en investigación de resultados en psicoterapia: ¿Es posible? Un estudio piloto de viabilidad. *Interdisciplinaria*, *31*(1), 73-91. Recuperado de http://www.redalyc.org/html/180/18031545005/

Cella, M., Stahl, D., Reme, S. E., & Chalder, T. (2011). Therapist effects in routine psychotherapy practice: An account from chronic fatigue syndrome. *Psychotherapy Research*, *21*(2), 168-178., doi:10.1080/10503307.2010.535571

Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6*6(1), 7-18. Doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7

Chambless, D. L. (2002). Beware the dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 13-16. Doi: 10.1093/clipsy.9.1.13

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., ... & Johnson, S. B. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The clinical psychologist*, *51*(1), 3-16.

Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist, 49,* 5-18. Recuperado de http://www.div12.org/sites/default/files/UpdateOnEmpiricallyValidatedTh erapies.pdf

Cía, A. H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *76*(4), 210-217. http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v76i4.1169

Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.

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

Comas, D. (2008). La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro. *Revista Española de Drogodependencias, 33,* 238-254. Recuperado de http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/22392/v33n3_ed.pdf?sequence =1

Connors, G. J., Carroll, K. M., DiClemente, C. C., Longabaugh, R., & Donovan, D. M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, *65*(4), 588 - 598. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.65.4.588

Consoli, A. & Machado, P. (2004). Los psicoterapeutas, ¿nacen o se hacen? Las habilidades naturales y adquiridas de los psicoterapeutas: implicaciones para la selección, capacitación y desarrollo profesional. En H. Fernández Álvarez y R. Opazo Castro (Comps.), *La Integración en Psicoterapia* (pp. 385-451). Barcelona: Paidós.

Conway, K. P., Swendsen, J., Husky, M. M., He, J., & Merikangas, K. R. (2016). Association of Lifetime Mental Disorders and Subsequent Alcohol and Illicit Drug Use: Results from the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55*(4), 280-288. doi:10.1016/j.jaac.2016.01.006

Corbella, S. & Botella, L. (2004). Investigación en psicoterapia: proceso, resultados y factores comunes. Madrid: Vision Net.

Corbella, S., Fernández-Álvarez, H., Saúl Gutiérrez, L., García, F. & Botella, L. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de Psicología, 26*(2), 281-289. Recuperado de http://184.168.109.199:8080/xmlui/handle/123456789/2922

Corbella, S.; Balmaña, N.; Fernández-Álvarez, H.; Saúl, L.; Botella, L. & García, F. (2009 a). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 18*(2), 125-133. Recuperado de http://www.clinicapsicologica.org.ar/numero.php?idn=12

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

Corbella-Santomá, S.; Fernández-Álvarez, H.; Botella, L.; García, F.; LoBianco, J. & Canizzarro, A. (2007). *Compatibility between Therapist's Personal Style and Patient's Personality*. Presentación realizada en 38th Annual Meeting of S.P.R: Madison, Wisconsin, USA.

Corbella-Santomá, S.; Fernández-Álvarez, H.; Saul, L.; Botella, L.; García, F.; De la Morena, F. & Rial, V. (2007*). Personal Style of the Therapist and Personality*. Presentación realizada en 38th Annual Meeting of S.P.R: Madison, Wisconsin, USA.

Crespo, M., Bernaldo de Quirós., M., Roa, A., Gómez, M.M., Roa, R. (2012). *Guía de Referencia Rápida de Tratamientos Psicológicos con Apoyo Empírico*. Recuperado del sitio web del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid: http://www.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat/index.php

Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Hamilton, J., Ring-Kutz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of Alliance Assessments: The Alliance-Outcome correlation is Larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(3), 267–278. doi: http://dx.doi.org/10.1037/a0023668

Crits-Christoph, P., Gallop, R., Temes, C. M., Woody, G., Ball, S. A., Martino, S., & Carroll, K. M. (2009). The alliance in motivational enhancement therapy and counseling as usual for substance use problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1125-1135. http://dx.doi.org/10.1037/a0017045

Da Silva, M., Tellet, M., Fernández-Álvarez, H., & García, F. (2006). Estilo pessoal do terapeuta: Dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q. *Revista Psico, 37*(3), 241-247. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161565

Dahab, J. (2014). El mito de la Revolución Cognitiva. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 7*(1), 88-102. doi: 10.5872/psiencia/7.1.0106

Davis, T. A., Ancis, J. R., & Ashby, J. S. (2015). Therapist effects, working alliance, and African American women substance users. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 21*(1), 126 – 135. http://dx.doi.org/10.1037/a0036944

Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., & Ruan, W. J. (2006). Recovery from DSM–IV Alcohol Dependence: United States,

2001–2002. *Alcohol Research and Health, 29*, 131–142. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00964.x

Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *32*(7), 642-649. doi: 10.1016/j.cpr.2012.07.002

DeVito, E. E., Worhunsky, P. D., Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Kober, H., & Potenza, M. N. (2012). A preliminary study of the neural effects of behavioral therapy for substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, *122*, 228–235. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.10.002

Domínguez-Martín, Á. L., Miranda-Estribí, M. D., Pedrero-Pérez, E. J., Pérez-López, M., & Puerta-García, C. (2008). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos adictivos, 10*(2), 112-120.

Duncan, B.L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M.A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd Ed.). Washington: American Psychological Association.

Edwards, J., & Loeb, S. (2011). What difference does counselling make?–The perceptions of drug-using clients on low incomes. *Counselling and Psychotherapy Research*, *11*(2), 105-111.

Elkin, I., Parloff, M. B., Hadley, S. W., & Autry, J. H. (1985). NIMH treatment of depression collaborative research program: Background and research plan. *Archives of general psychiatry*, *42*(3), 305-316. Recuperado de http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=493541

Elliot, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd Ed.) (pp. 132-151). New York: Oxford University Press.

Energy Control (s/f.). *¿Qué hacemos?* Recuperado de http://energycontrol.org/energy-control/que-hacemos.html

Espada Salado, S., Fernández Rodríguez, F. & Laporte Puig, M. (2012). Modelo integrador para personas con adicción a sustancias psicoacativas. *Revista Española de Drogodependencias*, *37*(4), 449-460. Recuperado de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v37n4_6.pdf

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. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4845378

Etchebarne, I., O'Connell, M., & Roussos, A. (2008). Estudio de mediadores y moderadores en la investigación en psicoterapia. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA*, *13*(1), 33-56. Recuperado de http://repositorio.ub.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/2748

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of consulting psychology, 16*(5), 319-324. http://dx.doi.org/10.1037/h0063633.

Eysenck, H. J. (1964). The outcome problem in psychotherapy: A reply. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 1*, 97–100. doi: 10.1037/h0088591.

Fabrissin, J., Garay, C. J., Keegan, E., Sarudiansky, M., & Korman, G. P. (2014). The Gap in Knowledge of Clinical Practice Guidelines by Mental Health Residents in Buenos Aires (Argentina). *SAGE Open, 4*(2), 1-7. doi: 10.1177/2158244014535412

Feixas, G. & Botella, L. (2004). Integración en psicoterapia: reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista. En H. Fernández

Álvarez y R. Opazo Castro (Comps.), *La integración en psicoterapia* (pp. 33-67). Barcelona: Paidós Ibérica S.A.

Fenton, M. C., Keyes, K., Geier, T., Greenstein, E., Skodol, A., Krueger, B., & Hasin, D. S. (2012). Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction, 107*(3), 599-609. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03638.x

Fernández Álvarez, H. & Opazo, R. (2004). Introducción. En H. Fernández Álvarez y R. Opazo Castro (Comps.), *La integración en psicoterapia* (pp. 13-32). Barcelona: Paidós Ibérica S.A.

Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández Álvarez, H. (2011). El campo de la psicoterapia. En H. Fernández Álvarez (Comp.) *Paisajes de la psicoterapia: Modelos, aplicaciones y procedimientos* (pp. 13-43). Buenos Aires: Polemos.

Fernández Álvarez, H. (2011). Perspectiva de la psicoterapia. En H. Fernández Álvarez (Comp.) *Paisajes de la psicoterapia: Modelos, aplicaciones y procedimientos* (pp. 269 – 295). Buenos Aires: Polemos.

Fernández Álvarez, H. (2015). Presente y futuro de la investigación en psicoterapia. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 7*(1), 68-78. doi: 10.5872/psiencia/7.1.0103.

Fernández Álvarez, H. M.; García, F. S. & Schreb, E. (1998). The research program at AIGLE. *Journal of Clinical Psychology, 54*(3), 343-359. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199804)54:3<343::AID-JCLP5>3.0.CO;2-Q

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

Fernández Álvarez, H., Castañeiras, C., Curtarelli, A., García, F., Gómez, B., Lichtenberger, A., & 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. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000100003

Fernández Alvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., & Santoma, 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., Gómez, B., & Corbella Santomá, S. (2012). *Does theoretical orientation and level of experience influence the way therapists ask questions?* Presentación realizada en el 43rd Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Virginia Beach, USA.

Fernández Alvarez, H., Gómez, B., & Garcia, 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

Fernández Álvarez, H., García, F., Castañeiras, C., & Rial, V. (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, 7-10 de Noviembre.

Fernández Álvarez, H.; García, F.; Lo Bianco, J. & Corbella, S. (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 Álvarez, J., Castañeiras, C., Corbella Santomá, S. & Fernández Álvarez, H. (2015). *Diving into the personal style of the therapist by applying the PST Q and the ATOG-V*. Presentación realizada en 46th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Philadelphia, Estados Unidos.

Ferrero, A., & De Andrea, N. (2011). Regulación de la psicología por parte del Estado en la República Argentina. *Revista Electrónica de Psicología Política, 9*(26), 68-73. Recuperado de http://www.psicopol.unsl.edu.ar/agosto11_nota5.pdf

Flückiger, C., Del Re, A. C., Horvath, A. O., Symonds, D., Ackert, M., & Wampold, B. E. (2013). Substance Use Disorders and Racial/Ethnic Minorities Matter: A Meta-Analytic Examination of the Relation between Alliance and Outcome. *Journal of Counseling Psychology, 60*(4), 610–616. DOI: 10.1037/a0033161

Forbat, L., Black, L., & Dulgar, K. (2014). What clinicians think of manualized psychotherapy interventions: findings from a systematic review. *Journal of Family Therapy*, 1-19. doi: 10.1111/1467-6427.12036

Frambach, R. T., & Schillewaert, N. (2002). Organizational innovation adoption: A multi-level framework of determinants and opportunities for future research. *Journal of business research*, *55*(2), 163-176.

Francés, A., Sweeney, J. y Clarkin, J. (1985). Do Psychotherapies have Specific Effects? *American Journal of Psychoteraphy*, *39*(2), 51-63. Recuperado de http://psycnet.apa.org/psycinfo/1986-07005-001

Frank, J. (1961). *Persuasion and Ealing. A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Freud, S. (1905 [1904]). Sobre la psicoterapia. En S. Freud, Obras Completas: Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Tres ensayos de una teoría sexual, y otra obras, 1901-1905. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Froján Parga, M. X., Montaño Fidalgo, M., & Calero Elvira, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema, 18*(4), 797-803. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2135999

Fundación Convivir (2016). Federación de Organizaciones no Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas. Recuperado de http://convivir.org/fonga/

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. Recuperado de http://repositorio.ub.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/5193

García, F. & Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el Estilo Personal del Terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, XVI*(II), 121-128. Recuperado de http://repositorio.ub.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2940/fernandezalvarez10.pdf?sequence=1

García, L. (2008). Historia reciente de la investigación en psicoterapia. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 1*(1), 1-6. Recuperado de http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/viewArticle/13

Garfield, S. (1997). The therapist as neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 40-43. doi: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00097.x

Garfield, S. (1981). Evaluating the Psychotherapies. *Behavior Therapy, 12*(3), 295-307. doi: 10.1016/S0005-7894(81)80119-0

Garner, B. R. (2009). Research on the diffusion of evidence-based treatments within substance abuse treatment: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*, 376–399. doi:10.1016/j.jsat.2008.08.004

Gaudiano, B. A., Brown, L. A., & Miller, I. W. (2011). Let your intuition be your guide? Individual differences in the evidence-based practice attitudes of psychotherapists. *Journal of evaluation in clinical practice, 17*(4), 628-634.

Genise, G. (2015). Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta. *Psicodebate, 15*(1), 9-22.

Recuperado de https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/481
George, D. & Mallery, P. (2007). *SPSS for Windows: Step by step 14.0 update* (7 Ed.). Boston: Allyn & Bacon.
Gliem, J. A., & Gliem R. R. (2003). *Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach`s Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales*. Paper presentado en Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education. The Ohio State University, Columbus, Estados Unidos. Recuperado de https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/344/Gliem%20&%20Gliem.pdf?s
Goldfried, M. R., Newman, M., Castonguay, L. G., Fuertes. J. N., Magnavita, J. J., Sobell, L. C., & Wolf, A. W. (2014). On the dissemination of clinical experiences in using empirically supported treatments. *Behavior Therapy, 45*, 3-6. doi:10.1016/j.beth.2013.09.007
Gómez Penedo, J. M., Barreiro, D., & Roussos, A. (2015). Relación de las características de pacientes con trastornos por abuso de sustancias con sus niveles de satisfacción por el tratamiento. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, XXVI*(120), 92-99.
Gómez, B. (2015). *El Estilo Personal del Terapeuta en psico-oncología*. Tesis doctoral de Psicología (inédita). Universidad del Salvador, Argentina.
Gómez, B., Castañeiras, C., Curtarelli, A., Fraga Míguez, M., García, F., Maristany, M., & Fernández-Álvarez, H. (2011). *Personal Style of the Therapist (PST). Intra and inter therapist verbal behavior analysis. How do therapists ask questions?* Presentación realizada en el 42nd Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Bern, Switzerland.
Gómez, R. A. (2012). Introducción al campo de las drogodependencias. En R. A. Gómez y F. Serena (Comps.) *Introducción al campo de las drogodependencias* (pp. 17-36). Córdoba: Brujas.
Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodriguez-Cintas, L., Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24 (2), 115-122. Recuperado de http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/103/100
Guajardo, H. & Kushner, D. (2004). Psicoterapia Integrativa en Trastornos Adictivos. En H. Fernández Álvarez y R. Opazo Castro (Comps.), *La Integración en Psicoterapia* (pp. 315-351). Barcelona: Paidós.
Guilford, J. P. (1954). *Psychometric methods* (2° Ed.). New York: McGraw-Hill.
Gutierrez, M., & Romero, I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de psicología, 30*(2), 608-619. http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.148131
Gyani, A., Shafran, R., Myles, P., & Rose, S. (2014). The gap between science and practice: How therapists make their clinical decisions. *Behavior therapy, 45*(2), 199-211.doi: 10.1016/j.beth.2013.10.004
Hasbrouck, S., Phillips, K. & Downer, J. (2015). How Changes in the DSM - 5 Will Likely Affect Professionals Working With Youth With Mood Disorders and / or Substance Abuse. *Beyond Behavior 24*(2), 14-19.
Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., ... & Schuckit, M. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry, 170*(8), 834-851. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12060782.
Heinonen, E. (2014). *Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance and outcome in psychotherapy*. Accademic Dissertation. Research/National Institute for Health and Welfare. Recuperado de http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/114948/URN_ISBN_978-952-302-127-3.pdf?sequence=1

Heinonen, E., & Orlinsky, D. E. (2013). Psychotherapists' personal identities, theoretical orientations, and professional relationships: Elective affinity and role adjustment as modes of congruence. *Psychotherapy Research, 23*(6), 718-731. http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.814926

Heinonen, E., Lindfors, O., Härkänen, T., Virtala, E., Jääskeläinen, T., & Knekt, P. (2013). Therapists' Professional and Personal Characteristics as Predictors of Working Alliance in Short-Term and Long-Term Psychotherapies. *Clinical psychology & psychotherapy, 21*(6), 475-494. doi: 10.1002/cpp.1852.

Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., & Knekt, P. (2012). Therapist´s professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders, 138*(3), 301-312. Doi: 10.1016/j.jad.2012.01.023

Heinz, A., & Friedel, E. (2014). DSM-5: important changes in the field of addictive diseases. *Der Nervenarzt, 85*(5), 571-577. doi:10.1007/s00115-013-3989-z

Henderson, J. L., MacKay, S., & Peterson-Badali, M. (2006). Closing the research-practice gap: Factors affecting adoption and implementation of a children's mental health program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 35*, 2-12. Doi: 10.1207/s15374424jccp3501_1

Heredia, L. P. D., & Marziale, M. H. P. (2010). El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18*, 573-581. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a13v18nspe.pdf

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. Recuperado de http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/684/1/98258.pdf

Hermosilla, A. M. & Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental N° 26657. Antecedentes y perspectivas. *Psiencia. Revista Lationamericana de Ciencia Psicológica, 4*(2), 134-140. doi: 10.5872/psiencia/4.2.41

Hernández Reyes, V. E., Hernández Castro, V. H., & Aguila Gutierrez, Y. (2015). La promoción de salud en el ámbito escolar mediante la prevención de adicciones. *Revista Médica Electrónica, 37*(3), 246-262. Recuperado en 08 de abril de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000300007&lng=es&tlng=es.

Hernández-Sampieri, R.; Fernández-Collado & Baptista-Lucio, C. B. (2014). *Metodología de la investigación* (6° Ed.). México D.F.: Mc Graw –Hill Interamericana Editores.

Hersen, M., Michelson, L., & Bellack, A. S. (1984). Historical overview. En M. Hersen, L. Michelson & A. S. Bellack (Eds.). *Issues in Psychotherapy Research* (pp. 3-33). New York: Plenum Press.

Hill, C. E. & Corbett, M. M. (1993). A perspective on the history of process and outcome research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 40*(1), 3 - 24. http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.40.1.3

Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2014). Evidence-Based Psychological Interventions and the Common Factors Approach: The Beginnings of a Rapprochement Psychotherapy. *Psychotherapy, 51*(4), 510-513. http://dx.doi.org/10.1037/a0037045

Hogan, T. (2004). *Pruebas psicológicas. Una introducción práctica*. México D.F.: El Manual Moderno.

Holdsworth, E., Bowen, E., Brown, S., & Howat, D. (2014). Client engagement in psychotherapeutic treatment and associations with client characteristics, therapist characteristics, and treatment factors. *Clinical psychology review, 34*(5), 428-450. doi:10.1016/j.cpr.2014.06.004

Horvath A. O. & Greenberg L. S. (1994). *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. NewYork: John Wiley & Sons.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16. http://dx.doi.org/10.1037/a0022186

Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, *41*(2), 159. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159

Jacobson, N. S., Follette, W. C, & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, *15*(4), 335-352. doi:10.1016/S0005-7894(84)80002-7.

Jiménez-Lerma, J. M., Larrazabal, A., Iraurgi, I., Landabaso, M. A., & Zubizarreta, I. (2011). Recursos asistenciales y tratamiento de los trastornos adictivos: de lo motivacional a lo biológico. Dispositivos comunitarios: Programas Libres de Drogas (PLD). En J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez (Comps.), *Manual de Trastornos Adictivos*, (2° Ed.) (pp. 285 – 292). Recuperado de: http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2012/02/doc_productos/d_pro_44_87.pdf

John, O. E (1990). The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality theory and research* (pp. 66- 100). New York: Guilford Press.

Kaplowitz, M. J., Safran, J. D., & Muran, C. J. (2011). Impact of therapist emotional intelligence on psychotherapy. *The Journal of nervous and mental disease, 199*(2), 74-84. Doi: 10.1097/NMD.0b013e3182083efb

Karazu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *The American Journal of Psychiatry, 143*(6), 687-695. doi: 10.1176/ajp.143.6.687.

Karno, M. & Longabaugh, R. (2007). Does matching matter? Examining matches and mismatches between patient attributes and therapy techniques in alcoholism treatment. *Addiction, 102*, 587–596. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.01754.x

Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2004). What do we know? Process analysis and the search for a better understanding of Project MATCH's anger-bytreatment matching effect. *Journal of Studies on Alcohol, 56*, 501–512. http://dx.doi.org/10.15288/jsa.2004.65.501

Kazantzis, N., Lampropoulos, G. K., & Deane, F. P. (2005). A national survey of practicing psychologists use' and attitudes toward homework in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 742–748. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.742

Kazdin, A. E. (1978). Methodological and interpretive problems of single-case experimental designs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*(4), 629-642. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.46.4.629

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1-27. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432

Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist, 63*(3), 146–159. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146

Kazdin, A. E. (2015). Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children and Adolescents. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatment that work* (4th Ed.) (pp. 141-173). New York, EEUU: Oxford University Press.

Keinan, G., Almagor, M., & Ben-Porath, Y. S (1989). A reevaluation of the relationship between psychotherapeutic orientation and perceived

personality characteristics. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *26*(2), 218-226. http://dx.doi.org/10.1037/h0085422
Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin, 65*(2), 110-136. http://dx.doi.org/10.1037/h0022911
Klappenbach, H. A. (2015). La formación universitaria en psicología en Argentina: perspectivas actuales y desafíos a la luz de la historia. *Universitas Psychologica*, *14*(3), 937-960. http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.fupa
Knuuttila, V., Kuusisto, K., Saarnio, P., & Nummi, T. (2012). Effect of early working alliance on retention in outpatient substance abuse treatment. *Counselling Psychology Quarterly, 25*(4), 361-375. Doi: 10.1080/09515070.2012.707116
Krebs, P., Prochaska, J. O., & Rossi, J. S. (2010). A meta-analysis of computer-tailored interventions for health behavior change. *Preventive medicine*, *51*(3), 214-221. doi:10.1016/j.ypmed.2010.06.004.
Kuester, A., Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2016). Internet-based interventions for posttraumatic stress: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical psychology review, 43*, 1-16. http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.004
Labrador, F. J. & Crespo, M. (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
Lambert, M. J. (1976). Spontaneous remission in adult neurotic disorders: a revision and summary. *Psychological Bulletin*, *83*(1), 107-119. http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.83.1.107
Lambert, M. J. (2013). The efficacy and the effectiveness of psychotherapy. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6° Ed) (pp. 169-217). New Jersey, EE.UU: Wiley.
Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, *38*(4), 357 - 361. http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357
Lang, P. J., & Lazovik, A. D. (1963). Experimental desensitization of phobia. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 66(6),* 519-525. http://dx.doi.org/10.1037/h0039828
Lang, P. J., Lazovik, A. D., & Reynolds, D. J. (1965). Desensitization, suggestibility, and pseudotherapy. *Journal of Abnormal Psychology, 70*(6), 395-402. http://dx.doi.org/10.1037/h0022763
Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, *51*(4), 467 – 481. doi: 10.1037/a0034332
Laska, K. M., Smith, T. L., Wislocki, A. P., Minami, T., & Wampold, B. E. (2013). Uniformity of evidence-based treatments in practice? Therapist effects in the delivery of cognitive processing therapy for PTSD. *Journal of Counseling Psychology*, *60*(1), 31–41. http://dx.doi.org/10.1037/a0031294
Lebow, J., Kelly, J., Knobloch-Fedders, L., & Moos, R. (2006). Relationship factors in treating substance use disorders. *Principles of therapeutic change that work*, *293*, 317.
Leake, G. J., & King, A. S. (1977). Effect of counselor expectations on alcoholic recovery. *Alcohol Health & Research World*, *3*(1), 16–22.
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. Recuperado de http://www.ingentaconnect.com/content/afap/ajp/2013/00000067/00000004/art00002

Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on psychological science*, *2*(1), 53-70. Doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x

Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review, 33*(7), 883-900. doi: 10.1016/j.cpr.2012.09.008

Lima, D. R., Gonçalves, P. D., Malbergier, A., Amaral, R., Andrade, A. G., & Cunha, P. J. (2015). The DSM-5 and the diagnosis of substance use disorders: Reflection about validity of the new criteria and possible 'missing pieces' in the puzzle. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1-2*, 1. Doi: 10.1177/0004867415589384

Loewenthal, K. M. (2001). *An introduction to psychological tests and scales*. London: Psychology Press.

Llorente, J. M., Meza, M. & Barrutia, I. (2011). Comunidades Terapéuticas. En J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez (Comps.), *Manual de Trastornos Adictivos*, (2° Ed.) (pp. 293-300). Recuperado de: http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2012/02/doc_productos/d_pro_44_87.pdf

López-Fernández, O.; Román-Jiménez, E.; Castello-Cullell, N. & García-Claver, M. (2012). Las comunidades terapéuticas como tratamiento para las drogodependencias: una revisión sistemática del seguimiento a corto plazo. *Trastornos Adictivos, 14*(4), 118-125. Recuperado de http://www.uclep.be/wp-content/uploads/pdf/Pub/Lopez-Fernandez_TA_2013.pdf

López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2008). Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastornos adictivos, 10*(2), 104-111. Recuperado de http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2673268&orden=161900&info=link

López-Goñi, J. J.; Fernández-Montalvo, J & Arteaga, A. (2012). Addiction Treatment Dropout: Exploring Patients' Characteristics. *The American Journal on Addictions, 21*, 78–85. doi: 10.1111/j.1521-0391.2011.00188.x

Lorentzen, S., Rønnestad, M. H., & Orlinsky, D. (2011). Sources of influence on the professional development of psychologists and psychiatrists in Norway and Germany. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health, 13*(2), 141-152. Doi: 10.1080/13642537.2011.570016

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of general psychiatry, 32*(8), 995-1008. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760260059004.

Lusilla, M. P., Braquehais, M. D., & Bel, M. (2011). Médicos adictos. En J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez (Comps.), *Manual de Trastornos Adictivos*, (2° Ed.) (pp. 276 – 283). Recuperado de: http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2012/02/doc_productos/d_pro_44_87.pdf

Máculus, I. (2012). ¿Cuál es el rol del psicólogo en la problemática de la drogodependencia? En R. A. Gómez y F. Serena (Comps.), *Introducción al campo de las drogodependencias* (pp. 169-181). Córdoba: Brujas.

Marcus, D. K., Kashy, D.A., Wintersteen, M. & Diamond, G. S. (2011). The Therapeutic Alliance in Adolescent Substance Abuse Treatment: A One-With-Many Analysis. *Journal of Counseling Psychology, 58*(3), 449-455. doi: 10.1037/a0023196

Margni, A. G., Molina, M. F., Sartori, N., Rebull, M. E., & Vazquez, L. (2012). Estudio Descriptivo de Resultados de Tratamientos Psicoterapéuticos en Contexto Natural en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. *Revista argentina de clínica psicológica, 21*(1), 15-24. Recuperado de http://www.clinicapsicologica.org.ar/numero.php?idn=4

Marín-Navarrete, R., Fernández-Mondragón, J., Eliosa-Hernández, A., Templos Nuñez, L., Graue-Moreno, J., Galván-Sosa, D. & Berlanga, C. (2013). Consideraciones metodológicas y éticas para la conducción de ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA) sobre intervenciones para las adicciones. *Salud Mental*, *36*, 253-265. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000300011

Martínez Martínez, K. I., & Medina-Mora Icaza, M. E. (2013). Transferencia tecnológica en el área de adicciones: El programa de intervención breve para adolescentes, retos y perspectivas. *Salud Mental, 36(6)*, 505-512. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000600008

Martínez-Nuñez, V., Primero, G. & Moriana, J. A. (2011). La psicoterapia y el tratamiento psicológico basado en la evidencia. Alcances y limitaciones asociadas a su práctica. En L. A. Medrano (Comp.) *Prácticas en Salud Basadas en Evidencia* (pp. 19-31). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

McConnaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy, 26*(4), 494 – 503. http://dx.doi.org/10.1037/h0085468

McConnaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy, 20*(3), 368 – 375. http://dx.doi.org/10.1037/h0090198

McCrady, B. S. (2008). Facilitando el cambio en personas con trastorno por uso de sustancias ¿Qué nos dicen las investigaciones? *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 17*(2), 103-112. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4270094

McCrae, R.R. & Costa, P.T. (1999). A five-factor theory of personality. En L.A. Pervin y O.P. John (Eds.), *Handbook of personality. Theory and research* (2ª Ed.) (pp. 139-153). Nueva York: Guilford.

McLellan A. T., Woody G. E., Luborsky L. & Goehl, L. (1988). Is the counsellor an 'active ingredient' in substance abuse rehabilitation? An examination of treatment success among four counselors. *The Journal of nervous and mental disease*, *176*(7), 423-430. Recuperado de http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1988/07000/Is_the_Counselor_an__Active_Ingredient__in.4.aspx

Mee-Lee, D. (2013). The ASAM Criteria: Treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions. Carson City, NV: The Change Companies.

Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction, 100* (3), 304–316. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x

Meltzoff, J. (1978). Psychotherapy change measures. Book review. *Evaluation and Program Planning, 1*(1), 88 – 89. doi: 10.1016/0149-7189(78)90013-7

Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 21-21-25-. Doi: 10.1093/clipsy.9.1.21

Miller W. R., Taylor C. A. & West J. C. (1980). Focused versus broad spectrum behaviour therapy for problem drinkers. *Journal of consulting and clinical psychology, 48*(5), 590-601. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.48.5.590

Miller, P. G. & Miller, W. R. (2009). What should we be aiming for in the treatment of addiction? *Addiction, 104*, 685–686. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02514.x

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press.
Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2015). The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction, 110*(3), 401-413. doi: 10.1111/add.12693
Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York: Guilford Press.
Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors, 10*(2), 81-89. http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81
Miller, W. R., Benefield, R., & Tonigan J. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 455–461. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.455
Miller, W. R., Sorensen, A., Selzer, J. A., & Brigham, G. S. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*(1), 25–39. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2006.03.005
Miller, W. R., Zweben, J., & Johnson, W. R. (2005). Evidence-based treatment: Why, what, where, when, and how? *Journal of Substance Abuse Treatment, 29*(4), 267– 276. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2005.08.003
Min, Z., Xu, L., Chen, H., Ding, X., Yi, Z., & Mingyuang, Z. (2011). A pilot assessment of relapse prevention for heroin addicts in a Chinese rehabilitation center. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse, 37*(3), 141-147. doi:10.3109/00952990.2010.538943
Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Ley Nacional de Salud Mental n° 26657*. Recuperado de http://www.fepra.org.ar/docs/observatorio/ley_nacional_salud_mental_26657.pdf
Moldovan, R., & Pintea, S. (2015). Mechanisms of change in psychotherapy: methodological and statistical considerations. Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal, *19*(4), 299 – 311. Recuperado de http://search.proquest.com/openview/ef6c45e8ab7985e750a0ab0534cb83e3/1?pq-origsite=gscholar&cbl=29487
Montero, I. & León, G. O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(3), 847-862. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-256.pdf
Montgomerya, L.; Sanninga, B.; Litvaka, N. & Petersb, E. N. (2014). Preliminary findings on the association between clients' perceived helpfulness of substance abuse treatment and outcomes: Does race matter? *Drug and Alcohol Dependence, 139*, 152–158. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.03.026
Moos, R. H. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. D*rug and Alcohol Dependence, 88*(2-3), 109–121. Doi: 0.1016/j.drugalcdep.2006.10.010
Morales-Vallejo, P. (2007). *Estadística aplicada a las ciencias sociales. La fiabilidad de los tests y escalas*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
Mordoh, E., Gurevicz, M., Thompson, S., Mattera, S. & Lombardi, G. (2004). Efectos analíticos del psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones, XII*, 239-24. Recuperado de http://www.redalyc.org/html/3691/369139941025/
Moretti, L. & Basler, H. (2011). Introducción a las Prácticas en Salud Basadas en la Evidencia: Decisiones clínicas fundadas en pruebas científicas. En L. A. Medrano (Comp.) *Prácticas en Salud Basadas en Evidencia* (pp. 7-18). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

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. Recuperado de http://www.clinicapsicologica.org.ar/numero.php?idn=7

Moya Cortés, L. (2015). *Influencia del Estilo Personal del Terapeuta en la calidad de la alianza*. Tesis de Lic. en Psicología. Pontificia Universida de Comillas de Madrid. Recuperado de https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/1040/TFM000113.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Moyers, T. B., & Miller, W. R. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors*, *27*(3), 878–884. http://dx.doi.org/10.1037/a0030274

Moyers, T. B., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M., Houck, J. M., & Miller, W. R. (2009). Therapeutic processes in the Combined Behavioral Intervention.*Alcohol Clinical Experiences Resolution*, *33*, 198A.

Moyers, T. B., Miller, W. R., & Hendrickson, S. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 590–598. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.590

Muller, F. & Palavezzatti, C. (octubre, 2012). *Los modelos teoricos y la psicoterapia en la Argentina*. Presentación realizada en el 10º Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia. Buenos Aires, Argentina.

Najavits, L. M., & Weiss, R. D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction*, *89*(6), 679-688.

Najavits, L., Crits-Christoph, P., & Dierberger, A. (2000). Clinician´s impact on the quality of substance use disorder treatment. *Substance Use & Misuse*, *35* (12-14), 2161–2190. Doi: 10.3109/10826080009148253

Nakamura, B. J., Higa-McMillan, C. K., Okamura, K. H., & Shimabukuro, S. (2011). Knowledge of and attitudes toward evidence-based practices in community child mental health practitioners. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *38*, 287–300. Doi: 10.1007/s10488-011-0351-2

National Institute of Drug Addiction (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la Adicción*. Recuperado de: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf

National Institute of Drug Addiction (2010). *Enfoques de tratamiento para la drogadicción*. NIDA InfoFacts. Recuperado de: www.drugabuse.gov.ar/PDF/InfoFacts/Metodos10.pdf.

Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of counseling psychology*, *60*(4), 483 – 495. doi: 10.1037/a0033643.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Empirically-based responsiveness* (2nd Ed.), (pp. 3–21). New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C., Pfund, R. A., & Prochaska, J. O. (2013). Psychotherapy in 2022: A Delphi poll on its future. *Professional Psychology: Research and Practice*, *44*(5), 363-370. doi: 10.1037/a0034633

Norcross, J.C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of Change. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Empirically-based responsiveness* (2nd Ed.), (pp. 279-299). New York: Oxford University Press.

Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
O'Brien, C. (2011). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction, 106*(5), 1-3. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03144.x.
Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*(6), 361-373. doi: 10.1002/cpp.383
Opazo Castro, R. (1992). Fuerzas de cambio en psicoterapia. Un modelo integrativo. En R. Opazo (Ed.) *Integración en Psicoterapia* (pp. 400-487). Santiago de Chile: CECIDEP.
Opazo Castro, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa. Una delimitación clínica*. Santiago de Chile: ediciones ICPSI
Orlinsky, D., Ambühl, H., Ronnestad, M. H., Davis, J., Gerin, P., Davis, ... SPR Collaborative Research Network. (1999). Development of psychotherapists: concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research, 9* (2), 127-153. doi: 10.1080/10503309912331332651
Oró, D. P. M., & Berastegi, X. A. (2015). ¿Qué es la normalización en el ámbito de los usos de las drogas? *Revista española de drogodependencias, 40*(3), 27-42. Recuperado de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v40n3_2.pdf
Pacheco Trejo, A. & Martínez Martínez, K. (Enero-Junio, 2013). El arte de ser terapeuta. ¿Qué hace efectiva una intervención en el consumo de drogas? *Enseñanza e Investigación en Psicología, 18*(1), 159-176. Recuperado de http://www.cneip.org/documentos/revista/181/11.pdf
Pacheco, M. (2013). La calidad en el abordaje institucional. Texto inédito.
Papalia, D. E., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano* (12° Ed.). México D. F.: Mc Graw Hill Education,
Parloff, M. B. (1979). Can psychotherapy research guide the policy maker? A Little Knowledge May Be a Dangerous Thing. *American Psychologist, 34*(4), 296-306. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.34.4.296
Paul, G. L. (1967 a). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of consulting psychology, 31*(2), 109 – 118. doi:10.1016/B978-0-08-019506-3.50019-6
Paul, G. L. (1967 b). Insight versus desensitization in psychotherapy two years after termination. *Journal of Consulting Psychology, 31*(4), 333-348. http://dx.doi.org/10.1037/h0024855
Peng, Y., Xiao, Y., Chen, D., Liu, F., Yu, J., Wang, Z., & Sun, W. (2013). The Structured Problem-Oriented Cognitive-Behavioral Group Treatment for Drug Relapse Prevention. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 8*(3), 224-231. doi:10.1080/1556035X.2013.785214
Pfeiffer, J. W., Heslin, R., & Jones, J. E. (1976). Instrumentation in human relations training: A guide to 92 instruments with wide application to the behavioral sciences. La Jolla, California: University Associates.
Pfiffner, L. J., & Haack, L. M. (2015). Nonpharmacologic Treatments for Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Their Combination with Medication. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatment that work* (4th Ed.) (pp. 55-83). New York, EEUU: Oxford University Press.
Pilowsky, D. J., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *American journal of public health, 99*(2), 258-263.doi: 10.2105/AJPH.2008.139006
Porta, M. E. & Ison, M. S. (2011). Hacia un enfoque comprensivo del aprendizaje lingüístico inicial como proceso cognitivo. *Revista Iberoamericana de Educación, 55*, 243-260. Recuperado de: http://rieoei.org/rie_revista.php?numero=rie55a11&titulo=Hacia+un+enfoque+comprensivo+del+aprendizaje+ling%25C3%25BC%25C3%25ADstico+inicial+como+proceso+cognitivo

Prendergast, M. L. (2011). Issues in defining and applying evidence-based practices criteria for treatment of criminal-justice involved clients. *Journal of Psychoactive Drugs, 43*(1), 10–18. Doi: 10.1080/02791072.2011.601984

Preve, M. P. (2015). Un bolsillo lleno de magia: ¿cómo podemos hacer un buen diseño? En E. Vega (Comp.), *Clínica de niños y adolescentes. ¿Qué hay de nuevo?* (pp. 143-161). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Project MATCH Research Group. (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research, 8*(4), 455-474. Doi: 10.1080/10503309812331332527

Quiñones Bergetet, A.; Melipillán Araneda, R. & 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. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Alvaro_Quinones2/publication/260983320_Estudio_Psicomtrico_del_Cuestionario_de_Evaluacin_del_Estilo_Personal_del_Terapeuta_(EPT-C)_en_Psicoterapeutas_Acreditados_en_Chile/links/0deec532d9d4c20a3a000000.pdf

Ramos-Quiroga, J. A., Rodríguez, M. & Ferrer, M. (2011). Abordaje de las adicciones en adolescentes. En J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez (Comps.), *Manual de Trastornos Adictivos*, (2° Ed.) (pp. 215-225). Recuperado de: http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2012/02/doc_productos/d_pro_44_87.pdf

Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, T., & Jayadeep, P. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet, 373*, 2223–2233. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60746-7

Reif, S., George, P., Braude, L., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Residential treatment for individuals with substance use disorders: Assessing the evidence. Psychiatric Services [in advance, January 21]; doi: 10.1176/appi.ps.201300242.

Rial, V.; Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. & 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. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v26n2/v26n2a02.pdf

Richaud, M. C. (2007). La percepción de estilos de relación con su padre y madre en niños y niñas de 8 a 12 años. *RIDEP, 23*(1), 63 – 81.

Riveros Aedo, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 12*(2), 135-186. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v12n2/v12n2a1.pdf

Robertson, A., Walker, C. S., Stovall, M., & McCluskey, L. (2015). Use of evidence-based substance use treatment practices in Mississippi. *Evaluation and program planning, 52*, 198-204. 10.1016/j.evalprogplan.2015.06.002

Rogers, C. R. (1942). The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. *American Journal of Orthopsychiatry, 12*(3), 429 -434. http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1942.tb05930.x

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology, 21*(2), 95 - 103. http://dx.doi.org/10.1037/h0045357

Roncero, C., Bachiller, D., Ros, E. & Casas, M. (2011). Ancianos y drogodependencias. En J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez (Comps.), *Manual de Trastornos Adictivos*, (2° Ed.) (pp. 268 – 275). Recuperado de: http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2012/02/doc_productos/d_pro_44_87.pdf

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*(3), 412-415. http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x

Rosen, C. S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology, 19*(6), 593-604. http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.593

Roten, Y., Zimmermann, G., Ortega, D., & Deplaned, J.N. (2013). Meta-analysis of the effects of MI training on clinicians' behavior. *Journal of Substance Abuse Treatment, 45*(2), 155–162. Doi: 10.1016/j.jsat.2013.02.006

Roussos, A., Braun, M. y Olivera, J. (2013). *Conductas responsables para la investigación en psicología: guía práctica*. Buenos Aires: Fundación para la investigación en Ciencias Sociales.

Ruglass, L. M., Miele, G. M., Hien, D. A., Campbell, A. N. C., Hu, M. C., Caldeira, N.,… Nunes, E.V. (2012). Helping Alliance, Retention, and Treatment Outcomes: A Secondary Analysis From the NIDA Clinical Trials Network Women and Trauma Study. *Substance Use & Misuse, 47*, 695–707. doi: 10.3109/10826084.2012.659789

Ruiz de Apodaca, J., García, J., & Gutiérrez, M. (2011). Etnias. La comunidad gitana. En J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez (Comps.), *Manual de Trastornos Adictivos*, (2° Ed.) (pp. 240 – 250). Recuperado de: http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2012/02/doc_productos/d_pro_44_87.pdf

Saarnio, P. (2011). Therapists' big five personality traits and interpersonal functioning in the substance abuse field: A cluster-analytic study. *Journal of Substance Use*, *16*(5), 348-358.

Sales, C. (2009) Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia. Panorama histórico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 104*(29), 383-403. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v29n2/07.pdf

Sánchez-Bahíllo, Á., Aragón-Alonso, A., Sánchez-Bahíllo, M., & Birtle, J. (2014). Therapist characteristics that predict the outcome of multipatient psychotherapy: Systematic review of empirical studies. *Journal of psychiatric research*, *53*, 149-156. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.01.016

Sánchez-Hervás, E., Gradolí, V. T., & Gallús, E. M. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos adictivos*, *6*(3), 159-166. Recuperado de http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-un-modelo-tratamiento-psicoterapeutico-adicciones-13065158

Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Grant, J. (2004). Therapist attitudes and patient outcomes: I. development and validation of the therapeutic attitudes scale (TASC-2). *Psychotherapy Research, 14*, 469-484. doi: 10.1093/ptr/kph039

Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*(3), 181-184. Recuperado de http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/viewFile/11838/11284

Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, *17*(3), 185-203. Recuperado de http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2012-17-3-6005/Documento.pdf

Santibáñez, P.; Román, M.; Lucero, C.; Espinoza, A.; Irribarra, D. & Muller, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica, 26*(1), 89-98. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100008

Sarnat, J. (2010). Key competencies of the psychodynamic psychotherapist and how to teach them in supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(1), 20-27. DOI: 10.1037/a0018846

Schkolnik, F. (2008). Práctica psicoanalítica: Trabajando las diferencias. ¿Una práctica psicoanalítica o varias? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 106*, 7-21.

Schmidt, F. L., & Hunter, J. E. (1996). Measurement error in psychological research: Lessons from 26 research scenarios. *Psychological Methods, 2*(1), 199-223. http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.1.2.199

Schmitt, N. (1996). Uses and Abuses of Coefficient Alpha. *Psychological Assesment, 8*(4), 350-353. http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.8.4.350

Schmitz, P. G., & Schmitz, F. (2012). Emotional intelligence and acculturation. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud, 20*(1), 15-41. Recuperado de http://search.proquest.com/openview/df10b09c0e7411ea3384026bf6711dbb/1?pq-origsite=gscholar

Secades Villa, R. & Fernández Hermida, J. R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones, 12*(3), 353-363. Recuperado de http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/646

Secades Villa, R. & Fernández Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema, 13*(3), 365-380. Recuperado de http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/7891

Secades Villa, R. & Fernández Hermida, J. R. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo. (Coord). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I. Adultos* (pp. 107-139). Madrid: Pirámide.

Secades Villa, R. & Magdalena Benavente, Y. (2000). Predictores de la Retención en una Comunidad Terapéutica para Drogodependientes. *Revista de Socidrogalcohol, 12(3),* 365-371. http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.647

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) (2009). *II Censo Nacional de Centros de Tratamiento. Año 2008.* Recuperado de http://www.observatorio.gob.ar/www/547/19907/dispositivos-preventivos-asistenciales.html

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist, 50*(12), 965–974. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965

Shostrom, E. L. (Producer). (1965). *Three approaches to psychotherapy* [Film]. Orange Country, CA: Psychological Films.

Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American psychologist, 32*(9), 752 – 760. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752

Society for Psychotherapy Research (SPR) (2016). *Past Events*. Recuperado de http://www.psychotherapyresearch.org/?page=SPREventsPast

Society of Clinical Child & Adolescent Psychology (2016). *Effective Child Therapy. Evidence-Based mental health treatment for children and adolescents*. Recuperado de: http://effectivechildtherapy.org/

Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Elliott, R. (1986). Are All Psychotherapies Equivalent? *American Psychologist, 41* (2), 165-180. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.165

Strupp, H. H. (1963). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 1,* 1–13. doi: 10.1037/h0088565

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th Ed.). New Jersey: Pearson.

Tartakovsky, E. & Kovardinsky, S. (2013). Therapeutic orientations, professional efficacy, and burnout among substance abuse social workers in Israel. *Journal of Substance Abuse Treatment, 45*, 91–98. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2013.01.002

Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., Joyce, A. S. (2015). What clinicians want: Findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy, 52*(1), 1 – 11. http://dx.doi.org/10.1037/a0038252

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments. *The Clinical Psychologist, 48*(1), 3-23.

Taubner, S., Klasen, J., & Munder, T. (2014). Why do psychotherapists participate in psychotherapy research and why not? Results of the Attitudes to Psychotherapy Research Questionnaire with a sample of experienced German psychotherapists. *Psychotherapy Research*, (ahead-of-print), 1-14. Doi: 10.1080/10503307.2014.938256

Thomas, A. O., Lee, G., & Ess, B. (2015). Design and Implementation of Therapist Online Counseling. *Online Learning Journal*, *19*(4). Recuperado de http://olj.onlinelearningconsortium.org/index.php/olj/article/view/547/169

Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice, 22*(4), 317-338. Doi: 10.1111/cpsp.12122

Tortosa, F. & Civera, C. (2006). *Historia de la psicología*. Madrid: McGraw-Hill.

Urbanoski, K., Kenaszchuk, C., Veldhuizen, S., & Rush, B. (2015). The clustering of psychopathology among adults seeking treatment for alcohol and drug addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment, 49*, 21-26. doi:10.1016/j.jsat.2014.07.004

Valdés, N. (2014). Una revisión de Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th Ed.). *Revista de Psicología de la Univerisdad de Chile, 23*(2), 133-138. http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2014.36154

Valle, S. K. (1981). Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, *42*(9), 783-790. http://dx.doi.org/10.15288/jsa.1981.42.783

Vargas Contreras, E., García Martínez, C. E., Ruíz García, M. E. & Martínez Martínez, K. I. (2014). La voz de la experiencia: los terapeutas y la importancia de los conocimientos teóricos y procedimentales para la práctica con base en la evidencia. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 7*(1), 162. doi: 10.5872/psiencia/7.1.021103

Vargas Contreras, E., Martínez Martínez, K. I., Mandujano, J. L. & Oropeza Tena, R. (2014). Cuestionario para terapeutas especialistas en adicciones y el uso de la práctica con base en la evidencia. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 7* (1), 240. doi: 10.5872/psiencia/7.1.040108.

Vargas-Rubilar, J. & Arán-Filippetti, V. (2014). Importancia de la Parentalidad para el Desarrollo Cognitivo Infantil: una Revisión Teórica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 12*(1), 171-186. Recuperado: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77330034010

Vázquez, L. & Gutiérrez de Vázquez, M. (2015). Orientación teórico técnica y EPT. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *24*(2), 133 - 142. Recuperado de http://www.clinicapsicologica.org.ar/numero.php?idn=27

Vega, E. (2006). El psicoterapeuta en neonatología. Rol y estilo personal. Bs. As.: Lugar -Editorial.

Velázquez, S. (2012). Violencias y familias. Implicaciones del trabajo profesional: el cuidado de quienes cuidan. Buenos Aires: Paidós.

Vélez, M. L. & Jansson, L.M. (2011). Embarazo y adicción: efectos en la díada madre/niño. En J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez (Comps.), *Manual de*

Trastornos Adictivos, (2° Ed.) (pp. 251 – 260). Recuperado de: http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2012/02/doc_productos/d_pro_44_87.pdf

Vides-Porras, A., Grazioso, M. & García de la Cadena, C. (2012). El Estilo Personal del Terapeuta Guatemalteco en el interior del país. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *XXI* (1), 33-43. Recuperado de http://www.clinicapsicologica.org.ar/numero.php?idn=4

Vilardaga, R., Luoma, J. B., Hayes, S. C., Pistorello, J., Levin, M. E., Hildebrandt, M. J.,… Bond, F. (2011). Burnout among the addiction counseling workforce: The differential roles of mindfulness and values-based processes and work-site factors. *Journal of Substance Abuse Treatment, 40*, 323–335. doi:10.1016/j.jsat.2010.11.015

Virgilio, A. (2011). Modelo dinámico de la terapia. En H. Fernández Álvarez (Comp.) *Paisajes de la psicoterapia: Modelos, aplicaciones y procedimientos* (pp. 99 – 132). Buenos Aires: Polemos.

Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work (2nd Ed.). New York: Routledge

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings* (1st Ed). Hillsdale, New York: Erlbaum Associates.

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically," all must have prizes". *Psychological bulletin*, *122*(3), 203. http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203

Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research, 24*(3), 286-298. doi:10.1080/10503307.2013.802823

Weisz, J. R., Yi Ng, M., Rutt, C., Lau, N., & Masland, S. (2013). Psychotherapy for children and adolescents. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 541 - 586). New Jersey, EE.UU.: Wiley.

White, W. L., & Miller, W. R. (2007). The use of confrontation in addiction treatment: History, science and time for change. *Counselor, 8*(4), 12-30. Recuperado de http://ww.williamwhitepapers.com/pr/2007ConfrontationinAddictionTreatment.pdf

Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I y Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Terapia Psicológica, 11*(8), 34-40. Recuperado de http://www.trustplacement.cl/publicaciones/tecnicos/1989_Winkleret_al_Factores_inespecif_de_la_psictpia.pdf

Witkiewitz, K., Greenfield, B., & Bowen, S. (2013). Mindfulness-based relapse prevention with racial and ethnic minority women. *Addictive Behaviors, 38*(12), 2821-2824. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.08.018.

Witkiewitz, K., Warner, K., Sully, B., Barricks, A., Stauffer, C., Thompson, B. L., & Luoma, J. B. (2014). Randomized Trial Comparing Mindfulness-Based Relapse Prevention with Relapse Prevention for Women Offenders at a Residential Addiction Treatment Center. *Substance Use & Misuse, 49*(5), 536-546. doi:10.3109/10826084.2013.856922.

Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2012). How the interpersonal and attachment styles of therapists impact upon the therapeutic alliance and therapeutic outcomes. *Journal of Medical Association Thai, 95*(12), 1583-1592. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Nahathai_Wongpakaran/publication/234024320_How_the_interpersonal_and_attachment_styles_of_therapists_impact_upon_the_therapeutic_alliance_and_therapeutic_outcomes/links/0912f50e58e2e0e535000000.pdf

Wyss, G & García, F. (agosto, 2014). Estudiando los Estadios del Cambio: Adaptación de la escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale) para consultantes adultos de la Provincia de Buenos Aires. Presentación realizada en el 11º Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia, 13º Congreso Chileno de Psicoterapia. Reñaca, Chile.

Zimmermann, D. (2014). Therapist Effects on Attrition in Psychotherapy Outpatients. Trier, Germany: Springer.

8. Anexos

8.1. Protocolo de consentimiento informado para profesionales de adicciones

Datos personales

Nombre y Apellido: _____

Tipo y número de DNI: _____

En la provincia de _____, a los días _____ del mes _____ del año_____, en plena posesión de mis capacidades, libre y voluntariamente doy mi consentimiento para participar en la investigación titulada "Estilo personal del terapeuta en profesionales que trabajan en el campo de las adicciones" llevada a cabo por el Lic. Leandro Martín Casari, Becario Doctoral de CONICET.

El objetivo de la misma es comparar el estilo personal del terapeuta entre profesionales de adicciones y psicoterapeutas que realizan sus prácticas en otras áreas.

La investigación se realizará del siguiente modo: Se tomará contacto con los coordinadores de las instituciones de adicciones y en caso de que los mismos presten su consentimiento se contactará a los profesionales que pertenecen a dicha institución. A los mismos se les entregará el instrumento de recolección de datos, el cual consta de 3 partes:

Variables socio profesionales: Se indagan aspectos referidos a la formación de grado y experiencia clínica. Se presentan preguntas cerradas, en donde el profesional deberá responder de acuerdo a la opción que mejor lo describa.

Cuestionario de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (Fernández Àlvarez et al., 2003). El mismo explora características habituales del rol como terapeuta, en relación a aspectos técnicos, relacionales y del encuadre terapéutico. Se trata de una prueba psicométrica en la cual el profesional responde 36 afirmaciones sobre su estilo como terapeuta, con una escala likert que va desde totalmente en desacuerdo (1) hasta totalmente de acuerdo (7).

Cuestionario Big Five de la Personalidad (Castro-Solano, 2005). Este instrumento indaga características de personalidad del individuo. Se presentan 44 afirmaciones, que describen el modo habitual de ser de una persona, en una escala likert que oscila desde total desacuerdo (1) hasta total acuerdo (5). El mismo fue incluido para analizar la relación entre la personalidad del terapeuta con el estilo personal del terapeuta.

Los instrumentos anteriormente mencionados me han sido mostrados y explicados previamente. Se me ha informado que la confidencialidad de los datos

que se obtengan será preservada, ya que no serán individualizados por los datos personales ni institucionales sino por medio de un código específico. Se me ha especificado que la presente investigación es gratuita y no involucra compromiso económico a mi cargo, como también que puedo dejar de participar cuando lo considere oportuno.

Dejo constancia que consiento con los objetivos, procedimientos y pruebas de evaluación utilizadas. Asimismo, presto mi consentimiento para que los resultados del estudio sean publicados, siempre que la información sea anónima.

Ante cualquier duda o consulta, se me ha informado que puedo comunicarme al teléfono (0261) 5244316 de lunes a viernes de 8 a 16 hs.

Este proyecto de investigación es realizado mediante la supervisión de la Dra. Susana Albanesi (UNSL), la Dra. Mariana Maristany (Universidad de Belgrano) y la Dra. Mirta Ison (INCIHUSA-CONICET-CCT Mendoza).

_____ _____

Firma Aclaración

8.2. Cuestionario para psicólogos

Género (marque la opción correcta): M- F

2) Edad:

Universidad de egreso:

Pontifica Universidad Católica Argentina	
Universidad Católica de Cuyo	
Universidad de Congreso	
Universidad de Mendoza	
Universidad del Aconcagua	
Universidad Nacional de San Luis	
Otra (especificar)	

Años de experiencia profesional (referido al trabajo como psicoterapeuta en adicciones):

En relación a carreras de post-grado, ¿está cursando o completó alguna carrera de postgrado? (solo marque si el mismo fue o es realizado en el área clínica, y si tuvo una duración mínima de un año en forma continua)

	En curso	Finalizado
Especialización / Diplomado		
Maestría		
Doctorado		
Otros (especificar)		

Grupo etario con el cual trabaja (en caso de existir más de uno, marque aquel predominante en su actividad clínica actual):

Niños y adolescents	
Adultos	
Gerontes	
Otros (especificar)	

Tipo de abordaje (en caso de existir más de uno, marque aquel predominante en su actividad actual):

Individual	
Pareja	
Grupal	
Familiar	

Enfoque teórico:

Cognitivo Conductual	
Humanístico-Existencial	
Psicoanalítico	
Sistémico	
Integrativo	
Otro (especificar)	

Contexto de trabajo:

Privado (solo es si es empleado de una clínica, fundación o institución privada)	
Público (solo es si empleado de una institución pública de salud)	

Duración predominante de los tratamientos (en caso de duda en la respuesta, considere los últimos tratamientos psicoterapéuticos que haya finalizado o bien cuanto estima que podría durar):

Breve (hasta 6 meses)	
Intermedio (hasta 2 años)	
Prolongado (más de 2 años)	

8.3. EPT-C Cuestionario de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (Fernández-Álvarez y García, 1998).

El presente inventario está destinado a conocer su estilo personal como terapeuta. No hay respuestas buenas o malas ya que diferentes estilos pueden ser igualmente beneficiosos. Más allá de que su labor varía con los diferentes pacientes, queremos que responda 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 es 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.

N° de ítem	Afirmación	Grado de desacuerdo/acuerdo
01	Suelo mantener mi escucha más bien 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 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 espontaneo.	
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.	

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

8.4. Cuestionario de Personalidad "Big Five" (Adaptación argentina de Castro-Solano, 2005).

El siguiente cuestionario fue incluido para evaluar las relaciones entre dimensiones del Estilo Personal del Terapeuta con variables de Personalidad. Por lo cual, las afirmaciones siguientes **no deben** ser contestadas pensando exclusivamente en su rol como psicoterapeuta, sino según cómo éstas características lo describan a Ud. en situaciones de la vida cotidiana, incluyendo su trabajo. Del siguiente listado de características deberá indicar en qué medida la frase lo describe adecuadamente. Si está completamente de acuerdo con la descripción, marque con una cruz 5. Si está en completo desacuerdo marque 1. Si no está ni de acuerdo ni en desacuerdo marque 3.

Total desacuerdo // 1-2-3-4-5 // Total acuerdo

Ni acuerdo ni en desacuerdo: 3

N° de ítem	Yo me veo a mi mismo como alguien….	1	2	3	4	5
1	A quien le gusta hablar					
2	Que tiende siempre a encontrar fallas en los demás					
3	Que tiene capacidad para finalizar una tarea					
4	Que es depresivo/a o triste					
5	Que es original y a quien se le ocurren nuevas ideas					
6	Que es reservado/a					
7	Que ayuda a los demás y no es egoísta					
8	Que puede ser un poco descuidado/a					
9	Que es relajado/a y que maneja bien los problemas					
10	Que es curioso/a respecto de las cosas					
11	Que está lleno/a de energía					
12	Que empieza peleas con los demás					
13	Que es un/a trabajador/a confiable					
14	Que puede ser tenso/a					
15	Que es ingenioso/a					
16	Que siempre genera mucho entusiasmo					
17	Que tiene una naturaleza por lo cual puede perdonar					
18	Que tiende a ser desorganizado/a					
19	Que se preocupa mucho por todo					

20	Que tiene una imaginación muy activa					
21	Que tiende a ser callado/a					
22	Que generalmente es muy confiable					
23	Que tiende a ser perezoso/a					
24	Que es emocionalmente estable y que no se altera fácilmente					
25	Que es imaginativo/a					
26	Que tiene una personalidad asertiva					
27	Que puede ser frío/a y distante					
28	Que persevera hasta que las tareas estén terminadas					
29	Que puede tener alteraciones en los estados de ánimo					
30	Que tiene valores artísticos					
31	Que a veces es tímido/a e inhibido/a					
32	Que es muy considerado/a y amable con los demás					
33	Que hace las cosas de modo eficiente					
34	Que permanece calmo/a en situaciones tensas					
35	Que prefiere el trabajo rutinario					
36	Que es sociable					
37	Que a veces puede tratar mal a los demás					
38	Que puede fijarse metas y seguirlas					
39	Que se pone nervioso/a fácilmente					
40	A quien le gusta pensar y reflexionar					
41	Que tiene pocos intereses artísticos					
42	A quien le gusta cooperar con los demás					
43	Que se distrae fácilmente					
44	Que tiene gustos sofisticados en arte, música o literatura					

La Colección: **Tesis doctorales en Psicología calificadas sobresalientes** de la Universidad Nacional de San Luis, Coordinada por la Doctora Alejandra Taborda y Editada por el Doctor Fernando Andres Polanco, busca acercar a la comunidad académica en general y a la del campo psicológico en particular, la producción destacada en el Doctorado en Psicología que ha sido evaluada con la maxima calificación que dicha intitución otorga.

En esta entrega, nos encontramos con la Tesis Doctoral de Leandro Casari, el cual realizó su investigación sobre el Estilo Personal del Terapeuta (EPT), el cual es 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. Existen diversas líneas de investigación en relación al EPT, una de ellas está destinada a conocer la presencia de perfiles característicos de los profesionales que brindan asistencia clínica a pacientes con patologías específicas.

Los objetivos de esta tesis fueron: describir el perfil de EPT en psicólogos que trabajan en instituciones de adicciones, indagar si variables demográficas y profesionales influyen sobre el EPT, y analizar si existen relaciones entre la personalidad de los terapeutas con el tipo de población clínica de trabajo. Para ello se trabajó con una muestra de 429 psicólogos clínicos. Como instrumentos se emplearon el Cuestionario de Estilo del Terapeuta y el Cuestionario de Personalidad Big Five.

A nivel de resultados se obtuvieron diferencias significativas en la función de Involucración, donde los terapeutas de adicciones obtuvieron puntajes superiores. También se encontró que el EPT está relacionado a diversas variables demográficas y profesionales como enfoque teórico, años de experiencia, edad, contexto de trabajo. Y por último, se detectaron diferencias significativas en las dimensiones de personalidad entre ambos grupos de terapeutas.

ISBN 978-987-733-180-6

Facultad de psicología
Universidad Nacional de San Luis
neu
nueva editorial universitaria