

## Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones<sup>1</sup>

Leandro Casari<sup>2</sup>, Mirta Ison<sup>3</sup>, Susana Albanesi<sup>4</sup>, Mariana Maristany<sup>5</sup>

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet),  
Centro Científico Tecnológico (CCT), Mendoza, Argentina

Recibido: 01/02/2016

Aceptado: 30/08/2016

### Resumen

**Objetivo.** Comparar el estilo personal del terapeuta entre dos grupos de profesionales, uno dedicado a la atención de pacientes drogodependientes (grupo adicciones) y otro a la atención clínica en general (grupo clínico). **Método.** La muestra estuvo formada por 100 psicoterapeutas que trabajan en instituciones públicas y privadas de tres provincias del interior de Argentina, pareados por las variables socioprofesionales (sexo, edad, años de experiencia profesional, enfoque teórico, grupo etario de trabajo, tipo de abordaje predominante, duración del tratamiento y grado de especialización). El instrumento empleado fue el Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta. **Resultados.** Para el análisis de datos se emplearon pruebas de comparación de medias y se analizó su tamaño del efecto. Se obtuvieron diferencias significativas en la función expresiva: grupo clínico ( $M = 40.36$ ) y grupo adicciones ( $M = 29.86$ ); así como también en la función instruccional: grupo clínico ( $M = 28.01$ ) y grupo adicciones ( $M = 32.67$ ). Esto indica una mayor distancia emocional y un incremento en la rigidez del encuadre terapéutico en los terapeutas de pacientes adictos. **Conclusión.** Se discuten estos resultados en función de postulados previos que señalan la complejidad del vínculo terapéutico y el énfasis en las características del encuadre terapéutico, tal como la puesta de límites.

**Palabras clave.** Psicoterapeuta, adicciones, psicoterapia.

<sup>1</sup> Esta investigación es producto de la tesis doctoral titulada: "Estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones", llevada a cabo en la Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Esta fue financiada a través de una beca de posgrado del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina.

<sup>2</sup> Licenciado en Psicología. Instituto de Ciencias Humanas, Ambientales y Sociales, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Centro Científico Tecnológico Mendoza, Argentina. Av. Dr. Ruiz Leal s/n, Parque General San Martín (5500), Mendoza, Argentina. Teléfono: +542615244316. Correo de correspondencia: lmcasari@mendoza-conicet.gov.ar

<sup>3</sup> Doctora en Psicología

<sup>4</sup> Doctora en Psicología

<sup>5</sup> Doctora en Psicología

## Functions of the Personal Style of the Therapist in Specialists from the Field of Drug Addiction

### Abstract

**Objective.** The aim of this article was to compare the Personal Style of the Therapist (PST) between two groups of professionals: one specializing in the tending of drug addicted patients (Addiction Group), and the other specializing in general clinical practice (Clinical Group). **Method.** The sample was comprised of 100 psychotherapists who work in public and private institutions in three provinces from the interior of Argentina; an effort was made to standardize the demographic variables of both groups (similar proportion of gender, average age and years of experience, theoretical framework, treatment extension and skill of specialization). The Personal Style of the Therapist Questionnaire was used as an instrument of data collection, to assess the different functions of the PST. The subjects who belonged to the Addiction Group were contacted in specific institutions of treatment. **Results.** For the data analysis, means comparison tests were used and the effect size was calculated. Significant differences were obtained in the Expressive Function: Clinical Group ( $M = 40.36$ ) and Addiction Group ( $M = 29.86$ ), similarly in the Instructional Function: Clinical Group ( $M = 28.01$ ) and Addiction Group ( $M = 32.67$ ). This would indicate a greater emotional distance and increased rigidity of the therapeutic setting in the addicted patients' therapists. **Conclusion.** These results are discussed in terms of previous assumptions that point out the complexity of the therapeutic relationship and the emphasis on the characteristics of the therapeutic setting, such as setting limits.

**Keywords.** Psychotherapist, drug addictions, psychotherapy.

## Funções do estilo pessoal do terapeuta em profissionais do campo das adições

### Resumo

**Escopo.** O propósito deste artigo foi comparar o estilo pessoal do terapeuta entre dois grupos de profissionais, um dedicado à atenção de pacientes drogo-dependentes (Grupo Adições) e um outro à tenção em geral (Grupo Clínico). **Metodologia.** A amostra esteve formada por 100 psicoterapeutas que trabalham em instituições públicas e privadas de três províncias do interior da Argentina, pareados pelas variáveis sociodemográficas (gênero, idade e anos de experiência de média, enfoque teórico, duração do tratamento predominante e grau de especialização). O instrumento empregado foi o Questionário de Estilo Pessoal do Terapeuta. **Resultados.** Para a análise de dados foram empregadas provas de comparação de médias e foi analisado seu tamanho do efeito. Foram obtidas diferenças significativas na função expressiva: Grupo Clínico ( $M = 40.36$ ) e Grupo Adições ( $M = 29.86$ ), assim como também na função instrucional: Grupo Clínico ( $M = 28.01$ ) e Grupo Adições ( $M = 32.67$ ). Isto indica uma maior distancia emocional e um incremento na rigidez do enquadre terapêutico nos terapeutas de pacientes adictos. **Conclusão.** São discutidos estes resultados em função de postulados prévios que assinalam a complexidade do vínculo terapêutico e o ênfase nas características do enquadre terapêutico, tal como a posta de limites.

**Palavras-chave.** Psicoterapeuta, adições, psicoterapia.

## Introducción

El estilo personal del terapeuta (EPT) se conceptualiza como un constructo multidimensional, presente en todo proceso terapéutico, que describe las disposiciones, los rasgos y las actitudes del terapeuta en su ejercicio profesional. Se refiere a las características habituales que cada terapeuta expone en su tarea como resultado de su manera de ser, más allá del enfoque de trabajo que utilice y de los requerimientos específicos que le exija la intervención (Fernández-Álvarez y García, 1998). Es una variable moderadora de los procesos que inciden sobre los resultados de las acciones terapéuticas, dependiendo del tipo de paciente, la patología y el contexto de aplicación específico (García y Fernández-Álvarez, 2007).

El EPT se compone de cinco funciones (Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella-Santomá, 2003):

- **Función instruccional:** comprende las conductas del terapeuta para establecer y regular el dispositivo de la terapia, el conjunto de normas y reglas que componen el encuadre terapéutico y la prescripción de las tareas que deben cumplirse en el curso de las sesiones. Tiene un papel moderador sobre las demás funciones, de forma que un terapeuta más flexible tendrá más facilidad para adaptar su estilo a las necesidades de cada paciente. Las puntuaciones oscilan entre flexibilidad y rigidez.
- **Función expresiva:** se refiere a las acciones del terapeuta para sostener la comunicación emocional con el paciente como aspecto nuclear de la empatía. Se manifiesta en el terapeuta por la intensidad del intercambio afectivo que facilita el nivel de tolerancia a la exposición de sus propios estados o de las reacciones emocionales del paciente y la distancia de comunicación que el profesional prefiere establecer con sus pacientes. El grado óptimo de cercanía en el vínculo terapéutico depende de las características del paciente. Las puntuaciones en esta dimensión oscilan entre distancia y proximidad emocional.
- **Función de involucración:** alude a las conductas explícitas e implícitas vinculadas con el compromiso que está dispuesto a asumir el terapeuta en su actividad. Incluye, también, el lugar que ocupa su trabajo en el

contexto de su experiencia vital. Las respuestas van desde menor grado hasta mayor grado de involucración.

- **Función atencional:** se trata de la búsqueda de información necesaria para operar terapéuticamente. Define en qué medida cada terapeuta moviliza los mecanismos atencionales y su capacidad receptiva frente a lo que manifiesta el paciente, como también la manera de aplicarlos, más o menos activa. Escuchar y preguntar son las acciones dominantes. Los puntajes se clasifican en las dimensiones de apertura y de focalización de la atención.
- **Función operativa:** incluye las acciones directamente vinculadas con las intervenciones terapéuticas específicas y con las técnicas utilizadas; sin embargo, no se deben confundir con las técnicas como tal, a pesar de que su vinculación sea directa. Se expresa a través del grado de influencia o de directividad con que el terapeuta opera, o por la preferencia que muestra para utilizar procedimientos pautados o espontáneos. Los puntajes se clasifican en las categorías de espontaneidad y sujeto a pruebas.

La evaluación del constructo se realiza mediante un cuestionario creado en el mismo año por sus autores originales (Fernández-Álvarez y García, 1998) llamado EPT-C. Desde entonces, se han llevado a cabo trabajos empíricos en varias líneas de investigación; entre ellas, las relaciones entre el EPT con variables de la personalidad y las actitudes del terapeuta, influencia del EPT en la alianza terapéutica e interacción con características del paciente, como también el estudio de las propiedades psicométricas del instrumento (Estrada-Aranda, 2014; Fernández-Álvarez, Gómez y García, 2015; Lee, Neimeyer y Rice, 2013; Vázquez y Gutiérrez, 2015).

Otra línea de investigación explora la influencia del EPT en población clínica; es decir, en diversos tipos de problemáticas con las que trabaja el terapeuta. Hasta el momento se han realizado cuatro investigaciones con terapeutas que se desempeñan en neonatología (Vega, 2006), atención de pacientes severamente perturbados (Rial, Castañeiras, García, Gómez y Fernández-Álvarez, 2006), problemáticas relacionadas con el maltrato infantil (Casari, Magni y Morelato, 2014) y pacientes oncológicos (Gómez, 2015). En todas ellas se siguió una metodología similar: se compararon

dos grupos de terapeutas, homologándolos de acuerdo a variables socioprofesionales, acordes con un diseño *ex post facto*, retrospectivo, de dos o más grupos, uno de ellos concebido como cuasicontrol (Montero y León, 2007).

En el primer caso, los terapeutas pertenecían a las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN). En este estudio la muestra quedó conformada por un total de 144 terapeutas, 30 de ellos del grupo en estudio (UCIN) y 114 dedicados a la atención clínica general. Los grupos fueron igualados considerando las variables de edad, años de experiencia y orientación teórica. En el análisis se encontraron diferencias significativas en la función instruccional del EPT ( $t = 3.01$ ;  $p < 0.01$ ), siendo inferior en los terapeutas del grupo en estudio ( $M = 37.04$ ) en relación con los terapeutas de atención clínica general ( $M = 42.99$ ). Esto implica una mayor flexibilidad, que puede deberse a las condiciones de la tarea, ya que el contexto institucional condiciona el dispositivo terapéutico; es decir, la atención fuera del consultorio y en situaciones atípicas (Vega, 2006).

El estudio de Rial et al. (2006), sobre terapeutas de pacientes severamente perturbados, se realizó con un total de 60 profesionales, 30 de ellos trabajaban en centros psiquiátricos. Al igual que en el caso anterior, los grupos fueron pareados en las mismas variables socioprofesionales. En el análisis comparativo de las funciones del EPT, tres de ellas obtuvieron valores significativos: función expresiva ( $t = -1.83$ ,  $p < 0.05$ ,  $M_{Adicciones} = 35.01$ ;  $M_{Clínico} = 40.4$ ), función de involucración ( $t = -3.23$ ,  $p < 0.01$ ,  $M_{Adicciones} = 32.2$ ;  $M_{Clínico} = 42.6$ ) y función operativa ( $t = 3.53$ ,  $p < 0.001$ ,  $M_{Adicciones} = 40$ ;  $M_{Clínico} = 29.6$ ). Esto indica que los profesionales del grupo en estudio poseen menores puntajes en la función expresiva y de involucración, y mayores valores en la función operativa. Los autores interpretaron estos datos como un mecanismo de protección de los terapeutas ante la mayor exigencia que plantea el trabajo con pacientes severamente perturbados. Por lo tanto, los profesionales tienden a establecer una mayor distancia emocional y un menor grado de involucración, como mecanismo compensatorio en la relación con el paciente, independientemente de la valoración que realicen de lo que consideran adecuado en el tratamiento de este tipo de pacientes.

La investigación de Casari et al. (2014), por su parte, se centró en el EPT de profesionales que trabajaban en problemáticas relacionadas con el maltrato infantil, contando con un total de 64

psicoterapeutas, 32 de ellos pertenecientes a un programa estatal de atención clínica a casos de maltrato infantil. En el análisis comparativo de diferencias de medias se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la función expresiva ( $t = -2.47$ ;  $p < 0.05$ ;  $d = -0.71$ ), en la que los psicólogos del grupo en estudio obtuvieron valores inferiores ( $M = 32.4$ ) en comparación con sus pares del grupo clínico ( $M = 37.25$ ).

Finalmente, Gómez (2015) realizó su estudio con un total de 154 terapeutas, divididos en tres grupos según la población específica de atención clínica: pacientes oncológicos, pacientes con enfermedades físicas crónicas y pacientes sin enfermedades crónicas. Se encontraron tres diferencias significativas en la función instruccional ( $F(2) = 7.01$ ;  $p < 0.01$ ), función atencional ( $F(2) = 4.58$ ;  $p < 0.05$ ) y función operativa ( $F(2) = 2.86$ ;  $p < 0.05$ ). Los terapeutas del grupo en estudio presentaron los valores bajos en las mismas ( $M_{Instruccional} = 30.1$ ,  $M_{Atencional} = 27.45$ ,  $M_{Operativa} = 28.97$ ).

Una población específica de terapeutas que aún no ha sido abordada, pero que es de gran interés, son los psicólogos que trabajan en instituciones dedicadas a la atención de las adicciones, ya que, debido a las características de la patología de los pacientes y de la atención en un marco institucional estructurado, podrían presentar un estilo característico de trabajo terapéutico, que implica cierto impacto en la relación profesional con los pacientes.

De hecho, parte de la literatura científica señala a los profesionales que trabajan en adicciones como una variable central para definir el éxito del proceso de tratamiento. Como plantean Becoña y Cortés (2011), en el abordaje de las adicciones, la centralidad del tratamiento es psicológico.

En estos pacientes, el logro de la alianza terapéutica es complejo, debido a las particularidades de la sintomatología, principalmente por las características de manipulación y la ausencia de conciencia de padecer la enfermedad de los pacientes (Casares-López et al., 2010; Ruglass et al., 2012). De igual forma, la creación del vínculo conlleva un mayor esfuerzo e involucración emocional del terapeuta, que a la vez requiere la capacidad de transmitir al paciente que no está siendo juzgado en ningún momento. Para ello, Guajardo y Kushner (2004) proponen el concepto de distancia operativa, que implica establecer un vínculo con una fuerte connotación afectiva, pero restringiendo los componentes de la empatía, que

se va modificando en función del avance de la terapia.

En psicoterapia, el estudio de las tradicionales variables inespecíficas incluye las características del paciente, del terapeuta y de la relación terapéutica (Campagne, 2014), tal como se puede observar en la literatura de los últimos años, en la que se encuentran artículos que abordan la interacción de estas variables para dar cuenta de su influencia en el proceso terapéutico en el tratamiento de las adicciones.

Desde el marco de la psicoterapia cognitiva, Beck, Wright, Newman y Liese (1993) mencionan las particularidades de la relación terapéutica en el tratamiento psicológico de las adicciones. Los autores refieren características del encuadre terapéutico como una definición estricta del mismo, en el que se aclaran los límites de la confidencialidad, no se toleran estallidos de ira durante las sesiones y el terapeuta debe permanecer alerta debido a la posibilidad de que el paciente esté mintiendo acerca de lo que hace fuera del espacio terapéutico. Ante estas situaciones, Beck et al. (1993), en el momento de establecer la relación terapéutica, recalcan algunas sugerencias: (a) fomentar la confianza, (b) mantener la credibilidad y un espíritu de colaboración y (c) resistir la manipulación y la lucha de poder. Además, proponen técnicas directivas para conservar el encuadre y facilitar el ejercicio de psicoterapia individual.

Los estudios actuales sobre las variables del terapeuta en el tratamiento de pacientes drogodependientes indagan diferentes temáticas. Pueden encontrarse investigaciones que abordan las creencias de los terapeutas sobre las características que debe tener un profesional para trabajar en esta temática y cómo estas se relacionan con el éxito de la terapia (Pacheco-Trejo y Martínez-Martínez, 2013). Al respecto, el National Institute of Drug Abuse (NIDA, 2009) postula una serie de principios para el tratamiento de la drogadicción. En primer lugar, que no existe un único tratamiento en adicciones, de allí la importancia de contar con diversidad de recursos técnicos en el equipo profesional. Además, resalta la necesidad de que el abordaje no se centre únicamente en alcanzar los objetivos relacionados con la reducción del consumo problemático, sino que también en suplir otras necesidades del paciente adicto (Miller y Miller, 2009), como ofrecerle orientación vocacional, apoyo escolar/académico, programas de reinserción laboral, ayuda social y programas de educación física,

los cuales repercuten en la calidad de vida de la persona (NIDA, 2009).

Pacheco-Trejo y Martínez-Martínez (2013) mencionan la importancia de la integración de las variables inespecíficas en psicoterapia con los tratamientos y las técnicas empíricamente fundamentadas en el abordaje de las adicciones (Bóveda-Fontán et al., 2013). En relación con esta temática, existe un progreso significativo en los terapeutas de adicciones hacia la adopción de tratamientos basados en evidencia y el uso de una entrevista motivacional (Martínez-Martínez y Medina-Mora, 2013).

A modo de conclusión, la literatura científica actual evidencia que los trastornos por abuso de drogas constituyen uno de los problemas de salud pública más relevantes (Espada-Salado, Fernández-Rodríguez y Laporte-Puig, 2012). La tasa de abandono es elevada (López-Goñi, Fernández-Montalvo y Arteaga, 2012), por lo que los programas de intervención necesitan ser evaluados de forma constante, especialmente, para profundizar en las variables que inciden en el éxito terapéutico (Roussos y Gómez-Penedo, 2015). En este sentido, el estudio de las variables del terapeuta es un factor importante que influye en el proceso terapéutico. Por esto, el objetivo de este artículo es analizar si existen diferencias significativas en las funciones del EPT entre terapeutas que trabajan con personas drogodependientes y terapeutas que no, de modo que se avance en aclarar las variables que pueden ayudar a definir cómo intervenir exitosamente a este tipo de pacientes.

## Método

### Diseño

La investigación se realizó a través de un diseño no experimental transeccional, de carácter descriptivo y comparativo (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2010; Montero y León, 2007).

### Participantes

La muestra estuvo constituida por un total de 100 psicoterapeutas, 50 de ellos dedicados a la atención de pacientes con problemas de drogodependencia (grupo de adicciones) en instituciones públicas y privadas de tres provincias de Argentina. Una vez

recolectados los datos del grupo de adicciones, se conformó un segundo grupo de 50 psicoterapeutas que no atendían pacientes drogodependientes (grupo clínico), cuyas principales problemáticas eran ansiedad y depresión, trastornos de la comunicación, trastornos de la personalidad, trastornos severos (psicosis) y disfunciones sexuales. Los integrantes de ambos grupos fueron pareados según las variables socioprofesionales: (a) sexo, (b) edad, (c) años de experiencia profesional, (d) grado de especialización, (e) grupo etario de trabajo, (f) tipo de abordaje predominante, (g) enfoque teórico y (g) duración del tratamiento; tal como se realizó en investigaciones previas (Casari et al., 2014; Rial et al., 2006; Vega, 2006).

### Instrumento

Para la realización de este estudio se empleó el instrumento autoadministrado Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C de Fernández-Álvarez et al., 2003). La versión original consta de 36 ítems, presentados como afirmaciones a las que cada terapeuta debe responder de acuerdo a una escala tipo Likert que va desde 1 (*totalmente en desacuerdo*) hasta 7 (*totalmente de acuerdo*). Este cuestionario evalúa las cinco funciones del EPT antes descritas: atencional, operativa, instruccional, involucración y expresiva. Las puntuaciones totales de las escalas del EPT se obtienen por sumatoria simple de los ítems que componen cada una de ellas.

El EPT-C revela condiciones psicométricas satisfactorias con respecto a su confiabilidad tanto de consistencia interna como de estabilidad temporal; presenta un alfa de Cronbach superior a 0.70 en las cinco dimensiones del EPT y correlaciones significativas al nivel de 0.05 en el retest. El procedimiento de análisis factorial (componentes principales, rotación Varimax y normalización Kaiser) determinó una composición de cuatro factores que sugirió una validez teórica adecuada para las dimensiones propuestas, que explica en su conjunto el 40% de la varianza (Fernández-Álvarez et al., 2003; Fernández-Álvarez, García, Castañeiras y Rial, 2005).

En la presente muestra se calcularon los valores de confiabilidad a través del alfa de Cronbach, logrando los siguientes valores, según sus cinco funciones: (a) atencional  $\alpha = 0.64$ , (b) expresiva  $\alpha = 0.70$ , (c) instruccional  $\alpha = 0.51$ , (d) involucración  $\alpha = 0.74$  y (e) operativa  $\alpha = 0.71$ . En dos casos, se trataría de valores no aceptables para investigación

( $\alpha < 0.7$ ), según los criterios de Hogan (2004). De todos modos, como se trata de un instrumento que cuenta con cualidades satisfactorias a nivel psicométrico en exhaustivos análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, se trabajó con todas las funciones del inventario (Castañeiras, Ledesma, García y Fernández-Álvarez, 2008; Fernández-Álvarez et al., 2003, 2005; Quiñones, Melipillán y Ramírez, 2010; Moura de Carvalho, Corbella y Mena, 2011).

### Procedimiento

Los profesionales del grupo de adicciones fueron contactados en instituciones públicas y privadas de las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis, en Argentina. 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 para solicitar su colaboración voluntaria. Se aclaró que el cuestionario era anónimo y que los datos serían conocidos solo por el investigador, para resguardar de este modo la privacidad de la información.

En cuanto a los profesionales del grupo clínico, la muestra fue constituida de modo intencional. Debido a que el objetivo no era lograr una muestra representativa o aleatoria, intencionalmente se determinó por similitud de características sociodemográficas la conformación de este grupo de terapeutas, tal como se realizó en estudios previos sobre el EPT (Gómez, 2015; Rial et al., 2006; Vega, 2006). Al igual que con los profesionales del grupo de adicciones, se aclaró el carácter anónimo de la prueba, el estricto resguardo de los datos de identificación del profesional y los resultados individuales. Estas indicaciones fueron seguidas a partir del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPA, 2013).

### Análisis de datos

Para cumplir el objetivo propuesto, se realizó una prueba *t* de diferencias de medias para determinar si existían variaciones significativas en las puntuaciones de ambos grupos en las distintas funciones del EPT. Luego, se calculó el tamaño del efecto empleando la *d* de Cohen (1988) con los valores reportados por el autor, que establece el rango de valores pequeños ( $d = 0.2$ ), medianos ( $d = 0.5$ ) y grandes ( $d = 0.8$ ).

## Resultados

Previo al análisis, se evaluó el patrón de valores perdidos para estimar si 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 ( $X^2(727) = 704.58, p = 0.718$ ) la aleatoriedad de los casos perdidos. Se aclara que en el caso del EPT, solo uno de los ítems (el 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, Grazioso y García de la Cadena, 2012).

Luego, con la intención de lograr una idea lo más exacta posible sobre las características de las variables en estudio, se prestó atención a tres aspectos básicos: (a) la tendencia central (media), (b) la dispersión (desviación típica) y (c) la forma de la distribución (asimetría y curtosis) de las variables. Como criterio para evaluar los índices de asimetría y curtosis se consideraron excelentes los valores entre + 1.00 y - 1.00, y adecuados los valores inferiores a + 2.00 y - 2.00 (George y Mallery, 2007). Los valores en la muestra oscilaron entre - 0.24 y 0.39 y entre - 0.52 y 0.07. Estos valores pueden tomarse como indicadores de que la distribución de las variables es normal.

Posteriormente, se identificaron casos atípicos univariados mediante el cálculo de puntuaciones estándar para cada una de las variables ( $z > 3.29$ ) (Aron y Aron, 2001). No se encontraron casos con valores superiores, por lo que se decidió no eliminar a ningún sujeto.

Para cumplir el objetivo de este trabajo se aplicó la prueba *t* de comparación de medias (ver tabla 1).

Tabla 1  
*Diferencias de medias en las funciones del EPT en ambos grupos*

Función del EPT	Grupo	<i>M (DE)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Atencional	Clínico	18.40 (5.73)	1.02	n.s.	0.18
	Adicciones	17.16 (6.41)			
Expresiva	Clínico	40.36 (8.14)	7.14	< 0.001	1.56
	Adicciones	29.86 (6.46)			
Instruccional	Clínico	28.90 (7.07)	2.72	< 0.01	0.66
	Adicciones	32.42 (5.84)			
Involucración	Clínico	24.78 (7.79)	1.49	n.s.	0.33
	Adicciones	22.73 (5.77)			
Operativa	Clínico	21.46 (7.12)	1.43	n.s.	0.31
	Adicciones	19.56 (6.15)			

Fuente: elaboración propia

Tal como se observa en la tabla 1, el análisis arrojó dos diferencias estadísticamente significativas en la comparación de valores medios entre las funciones del EPT. En primer lugar, en la función expresiva, con un tamaño del efecto grande, la cual fue significativamente mayor en el grupo clínico

en comparación con el grupo de adicciones. En segundo lugar, la función instruccional obtuvo diferencias significativas con un tamaño del efecto, siendo mayores los puntajes en el grupo de adicciones en comparación con el grupo clínico.

## Discusión

En relación con el objetivo propuesto, los resultados mostraron diferencias significativas en las funciones expresiva e instruccional, en ambos grupos evaluados.

Como se mencionó anteriormente, la función expresiva alude a la comunicación emocional del terapeuta hacia el paciente como aspecto nuclear de la empatía (Fernández-Álvarez et al., 2003). Estos resultados también se encontraron en investigaciones previas, en las que la función expresiva presentó diferencias significativas en la comparación entre terapeutas que asistían a poblaciones clínicas específicas, tales como pacientes severos y situaciones vinculadas a maltrato infantil (Casari et al., 2014; Rial et al., 2006). Esto quizás pueda explicarse por la complejidad que plantea el logro de la alianza terapéutica con pacientes drogodependientes, ya que debido a las características de la sintomatología (Casares-López et al., 2010), el profesional toma una actitud de mayor distancia en el vínculo terapéutico, tal como plantearon Guajardo y Kushner (2004) al hablar de la distancia operativa.

A su vez, las afirmaciones que indagan la función expresiva en el cuestionario EPT-C, exploran aspectos ligados a la importancia de las emociones como instrumento de cambio en el curso de las sesiones. Quizás los profesionales de adicciones centren sus abordajes en los aspectos técnicos de la psicoterapia relegando el abordaje del vínculo.

Al respecto, el NIDA (2009) establece en uno de sus principios que los tratamientos más eficaces a nivel psicoterapéutico son específicamente conductuales. Sería lógico pensar, entonces, que la inclinación de los terapeutas a ser más reticentes a trabajar los aspectos emocionales de los pacientes obedece al trabajo específico de la problemática, que demanda mayor estructuración y puesta de límites, especialmente en las etapas iniciales del abordaje (Espada-Salado et al., 2012).

Sin embargo, si comparamos la función operativa en ambos grupos, la cual alude a la preferencia de los terapeutas por tratamientos pautados o espontáneos (Fernández-Álvarez et al., 2003), no se encontraron diferencias significativas y, de hecho, fueron menores los valores en los psicoterapeutas de adicciones, lo que indica una mayor inclinación hacia intervenciones espontáneas. Es decir, en la función operativa no

puede hablarse de un predominio hacia tratamientos estructurados o basados en evidencia, tal como se refirió anteriormente al mencionar la expansión de estas prácticas en los terapeutas de adicciones (Martínez-Martínez y Medina-Mora, 2013; Roten, Zimmermann, Ortega y Deplaned, 2013).

Otro aspecto importante que se indaga en la función expresiva es el uso de las autorrevelaciones, que implica compartir información personal del terapeuta con el paciente para intentar demostrar entendimiento y aumentar la empatía (Pizarro, 2005). El menor uso de este recurso, reportado por los terapeutas de adicciones, quizás pueda explicarse con la falta de similitud de experiencias para compartir con el paciente, o con la confianza que se genera entre ambos en la relación terapéutica (Beck et al., 1993).

Puede ocurrir que los terapeutas también guarden mayor distancia por las características del dispositivo, porque se trata de pacientes atendidos en instituciones. Entonces, el grado de calidez del terapeuta puede verse mermado por el mayor flujo de pacientes en un marco institucional. A diferencia del contexto autónomo en que trabajan en su mayoría los terapeutas del grupo clínico, la psicoterapia en el contexto público presenta características diferenciales en relación con el sector privado. Debido al gran número de pacientes, las intervenciones suelen ser cortas, sobre situaciones agudas y la frecuencia de las sesiones es mucho menor (Fernández-Álvarez, 2011).

En relación con el contexto y el encuadre con que opera el psicoterapeuta, la función instruccional también presentó diferencias significativas, siendo la única dimensión con valores superiores en el grupo de adicciones. En este caso, implica que los terapeutas operan con mayor rigidez en el establecimiento del encuadre terapéutico (Fernández-Álvarez et al., 2003). Similares resultados se hallaron en el estudio de Vega (2006) con los terapeutas de neonatología, solo que allí estos presentaron un encuadre de trabajo más flexible; es decir, valores menores en comparación con el grupo clínico.

En la revisión de la literatura se encontraron múltiples aspectos dedicados a la estructuración del contexto terapéutico en el tratamiento de adicciones, partiendo de los postulados de Beck et al. (1993) que enfatizaban los límites del contrato terapéutico. Si bien se necesita de un encuadre con mayores reglas por las características de la patología, esto no implica que el abordaje sea

inflexible, sino que es una condición para asegurar la viabilidad del proceso terapéutico. Por lo tanto, estos resultados serían esperables, ya que se trata de una patología compleja tratada en un marco institucional, como por ejemplo, en comunidades terapéuticas, que imponen reglas más estructuradas al abordaje que podría realizar un psicoterapeuta de forma autónoma (López-Fernández, Román-Jiménez, Castello-Cullell y García-Claver, 2012).

Sobre la función de involucración no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque su valor fue levemente menor en el grupo de adicciones en relación con el grupo clínico. Estos resultados sugieren que quizás pueda funcionar como un mecanismo protector frente a la tarea, ya que en diversas investigaciones se menciona el riesgo de *burnout* en terapeutas (Pedrero-Pérez, Puerta-García, Lagares-Roibas, Sáez-Maldonado y García-Barquero, 2004; Tartakovsky y Kovardinsky, 2013; Vilardaga et al., 2011).

La función atencional también fue relativamente menor en comparación con el grupo clínico, lo que indicaría mayor apertura en la búsqueda de información clínica. Puede ocurrir que esto 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 y en uno de los principios del NIDA (2009), es importante considerar otras problemáticas en el paciente adicto durante el tratamiento, además del objetivo principal de reducir el consumo compulsivo.

A modo de conclusión, la presente investigación permite continuar indagando en la variable del terapeuta como factor decisivo en el proceso terapéutico del tratamiento de adicciones, ya que si la centralidad del tratamiento en adicciones es psicológica (Becoña y Cortés, 2011), la figura del profesional en psicología cobra especial relevancia. Si bien pudo delimitarse un perfil característico del estilo del terapeuta, estos resultados no indican si el mismo está relacionado con la efectividad de las intervenciones. Por lo tanto, en futuras investigaciones podría analizarse dicha relación.

A modo de cierre, se mencionan las limitaciones de la investigación. En primer lugar, el reducido número de terapeutas que se compara en el análisis puede no ser un reflejo de lo que ocurra en la totalidad de la población de profesionales que se desempeñan en el campo de las adicciones. También, la diversidad de instituciones en las que participan los terapeutas del grupo de adicciones,

desde comunidades terapéuticas hasta centros ambulatorios, puede influir porque afecta la regularidad con que el profesional trata a cada paciente. Por último, no se considera la etapa de cambio en que se encuentra cada paciente (DiClemente, Nidecker y Bellack, 2008), lo cual posiblemente influya en los recursos terapéuticos que utiliza el profesional, generando variaciones en su estilo como terapeuta.

## Referencias

- Aron, A. y Aron, E. (2001). *Estadística para psicología* (2 ed.). Buenos Aires: Pearson Education.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. & Liese, B. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Guías clínicas sicodroga alcohol*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Bóveda-Fontán, J., Pérula de Torres, L., Campiñez-Navarro, M., Bosch-Fontcuberta, J., Barragán-Brun, N. y Prados-Castillejo, J. (2013). Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 45(9), 486-495.
- Campagne, D. (2014). El terapeuta no nace, se hace. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 121(34), 75-95. doi: 10.4321/S0211-57352014000100005
- Casares-López, M., González-Menéndez, A., Torres-Lobo, M., Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J. y Álvarez, 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.
- Casari, L., Magni, X. y Morelato, G. (2014, octubre). Estilo personal del terapeuta en profesionales que trabajan en situaciones de maltrato infantil. *Primer Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica*. Buenos Aires.
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación del estilo personal del terapeuta: presentación de una versión abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica*, 26(1), 5-13. doi: 10.4067/S0718-48082008000100001

- Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101.
- DiClemente, C., Nidecker, M. & Bellack, A. (2008). Motivation and the Stages of Change among Individuals with Severe Mental Illness and Substance Abuse Disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 25-35. doi:10.1016/j.jsat.2006.12.034
- Espada-Salado, S., Fernández-Rodríguez, F. y Laporte-Puig, M. (2012). Modelo integrador para personas con adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(4), 449-460.
- Estrada-Aranda, B. (2014). Correlaciones entre el estilo personal del terapeuta y escalas clínicas del MMPI-II. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13(2), 153-162.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de Ética Nacional*. Recuperado de [http://fepra.org.ar/docs/acerca\\_fepra/codigo\\_de\\_etica\\_nacional\\_2013.pdf](http://fepra.org.ar/docs/acerca_fepra/codigo_de_etica_nacional_2013.pdf)
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: inventario para su evaluación. En S. Gril, A. Ibáñez, I. Mosca y P. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Pelotas, Brasil: Educat.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. & Corbella-Santomá, S. (2003). Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125. doi: 10.1002/cpp.358
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Castañeiras, C. y Rial, V. (2005). *Normalización del cuestionario de evaluación sobre el estilo personal del terapeuta (EPT) en una población de psicoterapeutas de Argentina*. XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Fernández-Álvarez, H. (2011). *Paisajes de la psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos*. Buenos Aires: Polemos.
- Fernández-Álvarez, H., Gómez, B. & García, F. (2015). Bridging the Gap between Research and Practice in a Clinical and Training Network: Aigle's Program. *Psychotherapy Research*, 25(1), 84-94. doi: 10.1080/10503307.2013.856047
- García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 121-128.
- George, D. & Mallery, P. (2007). *SPSS for Windows: Step by Step 14.0 Update* (7 ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gómez, B. (2015). *El estilo personal del terapeuta en psicooncología* (Tesis doctoral inédita). Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Universidad del Salvador.
- Guajardo, H. y Kushner, D. (2004). Psicoterapia integrativa en trastornos adictivos. En H. Fernández-Álvarez y R. Opazo (Comps.), *La integración en psicoterapia* (pp. 315-351). Barcelona: Paidós.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5 ed.). Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hogan, T. (2004). *Pruebas psicológicas. Una introducción práctica*. México: El Manual Moderno.
- Lee, J., Neimeyer, G. & Rice, K. (2013). The Relationship between Therapist Epistemology, Therapy Style, Working Alliance, and Interventions Use. *American Journal of Psychotherapy*, 67(4), 323-345.
- López-Fernández, O., Román-Jiménez, E., Castello-Cullell, N. y 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. doi: 10.1016/S1575-0973(12)70055-7
- López-Goñi, J., Fernández-Montalvo, J. & Arteaga, A. (2012). Addiction Treatment Dropout: Exploring Patient's Characteristics. *The American Journal on Addictions*, 21, 78-85. doi: 10.1111/j.1521-0391.2011.00188.x
- Martínez-Martínez, K. y Medina-Mora, M. (2013). Transferencia tecnológica en el área de adicciones: el programa de intervención breve para adolescentes, retos y perspectivas. *Salud Mental*, 36(6), 505-512.
- Miller, P. & Miller, W. (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
- Montero, I. & León, O. (2007). A Guide for Naming Research Studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- 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.
- National Institute of Drug Abuse. (2009). *Enfoques de tratamiento para la drogadicción*. Recuperado de [www.drugabuse.gov.ar/PDF/InfoFacts/Metodos10.pdf](http://www.drugabuse.gov.ar/PDF/InfoFacts/Metodos10.pdf)
- Pacheco-Trejo, A. y Martínez-Martínez, K. (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.
- Pedrero-Pérez, E., Puerta-García, C., Lagares-Roibas, A., Sáez-Maldonado, A. y García-Barquero, I. (2004). Estudio del *burnout* en profesionales de drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 6(1), 5-15. doi: 10.1016/S1575-0973(04)70141-5
- Pizarro, C. (2005). ¿Cuánto compartir con un paciente? Las intervenciones de autorrevelación del terapeuta. *Terapia Psicológica*, 23(1), 5-13.
- Quiñones, A., Melipillán, R. y Ramírez, P. (2010). Estudio psicométrico del Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) en psicoterapeutas acreditados en Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 273-281.
- Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(98), 191-208.
- Roten, & Zimmermann, G., Ortega, D. y Deplaned, J. (2013). Meta-analysis of the Effects of MI Training on Clinician's Behavior. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45, 155-162.
- Roussos, A. y Gómez-Penedo, J. (2015). Satisfacción de los pacientes en tratamientos por abuso de sustancias y su relación con variables de los pacientes y las instituciones asistenciales. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 120(26), 13-31.
- Ruglass, L., Miele, G., Hien, D., Campbell, A., Hu, M., Caldeira, N. ... y Nunes, E. (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
- 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.
- Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología: rol y estilo personal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Vázquez, L. y Gutiérrez, M. (2015). Orientación teórica técnica y estilo personal del terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 133-142.
- Vides-Porras, A., Grazioso, M. y García de la Cadena, C. (2012). El estilo personal del terapeuta guatemalteco en el interior del país. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 33-43.
- Villardaga, R., Luoma, J., Hayes, S., Pistorello, J., Levin, M., Hildebrandt, M... y Bond, F. (2011). Burnout among the Addiction Counselling 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

---

**Para citar este artículo / to cite this article / para citar este artigo:** Casari, L., Ison, M., Albanesi, S. y Maristany, M. (2017). Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento psicológico*, 15(1), 7-17. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.FEPT