

Estilo Personal del Terapeuta: comparación entre profesionales que trabajan en instituciones de adicciones y profesionales del área clínica general

Therapist Personal Styles: A Comparison Between Professionals Working in Drug Addiction Institutions and Professionals Working in the General Clinical Area

Leandro Martín Casari

Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Centro Científico Tecnológico Mendoza, Argentina, y Pontificia Universidad Católica, Argentina

Mirta Susana Ison

Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Centro Científico Tecnológico Mendoza, Argentina

Beatriz Gómez

Fundación Aiglé, Argentina

Resumen

Los objetivos de este artículo fueron: (a) describir el perfil de Estilo Personal del Terapeuta (EPT) en dos grupos de psicólogos clínicos: uno que trabaja en instituciones de tratamiento de adicciones y otro no abocado específicamente a este campo; (b) comparar el posible efecto del enfoque teórico y los años de experiencia profesional sobre el EPT en cada grupo. Para ello se trabajó con una muestra de 429 psicólogos clínicos de Argentina divididos en dos grupos: Grupo Adicciones ($n = 102$) y Grupo Clínico ($n = 327$). Como instrumento se empleó el Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta. A nivel de resultados se obtuvieron diferencias significativas en la función de Involucración ($p < .05$), donde los terapeutas de adicciones obtuvieron puntajes superiores. Asimismo, se observaron diferencias entre ambos grupos de terapeutas según el enfoque teórico y correlaciones significativas con los años de experiencia profesional.

Palabras clave: psicólogos, psicoterapia, trastornos relacionados con sustancias, enfoque teórico, experiencia profesional

Leandro Martín Casari, Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales–Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas–Centro Científico Tecnológico Mendoza, Argentina, y Facultad de Humanidades y Ciencias Económicas, Pontificia Universidad Católica, Argentina; Mirta Susana Ison, Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales–Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas–Centro Científico Tecnológico Mendoza, Mendoza, Argentina; Beatriz Gómez, Fundación Aiglé, Argentina.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Leandro Martín Casari, dirección electrónica: leandromartincasari@gmail.com

Abstract:

The objectives of this study were: (a) to describe the profile of the Therapist's Personal Style (TPS) in two groups of clinical psychologists: one group working in drug addict institutions and the other group dedicated to general clinical treatment; (b) to compare the possible effect of the theoretical framework and the years of experience on the TPS in each group. For this purpose, a sample of 429 clinical psychologists from Argentina was divided into two groups: Addictions Group ($n = 102$) and Clinical Group ($n = 327$). The Therapeutic Personal Style Questionnaire was used as instrument. As a result, there were significant differences in the Engagement function ($p < .05$), higher among the therapists of drug addict patients. Likewise, differences between both groups of therapists were observed according to the theoretical approach as well as significant correlations with years of professional experience.

Keywords: Psychologist, Psychotherapy, Substance-Related Disorders, Theoretical Framework, Professional Experience.

El Estilo Personal del Terapeuta (EPT) es el factor más idiosincrático del profesional. Se relaciona con modos particulares de comunicación, los cuales 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, 1998).

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). Todas ellas son bipolares. Oscilan entre dos extremos, donde los terapeutas se inclinan por alguno de ellos. Las polaridades por cada función están representadas por: atencional (focalización atencional – atención abierta), operativa (intervenciones pautadas – intervenciones espontáneas), instruccional (flexibilidad en el encuadre terapéutico – rigidez en el encuadre terapéutico), involucración (bajo grado de compromiso con la tarea terapéutica – alto grado de compromiso con la tarea terapéutica), expresiva (distancia emocional – cercanía emocional). A su vez, estas funciones no cubren todas las acciones que provienen del terapeuta, pero son altamente representativas. Interactúan a lo largo del proceso terapéutico variando su peso relativo y se expresan como una unidad (Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco, & Corbella, 2003).

Una de las líneas de investigación sobre el EPT está relacionada con las características que manifiestan los terapeutas cuando trabajan con poblaciones específicas de pacientes. Hasta el momento se han realizado cuatro investigaciones con psicólogos 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). Los resultados de las investigaciones anteriores ofrecieron: mayor distancia comunicacional y emocional (función expresiva), en los terapeutas que trabajaban con pacientes severamente perturbados y en quienes se desempeñaban en el abordaje de problemáticas asociadas al maltrato infantil (Casari et al., 2014; Rial et al., 2006); a nivel de estructuración del encuadre terapéutico (función instruccional), existiría una inclinación por un *setting* terapéutico más flexible de trabajo en profesionales que se desempeñan en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (Vega, 2006) y el abordaje de pacientes oncológicos (Gómez, 2015); un grado inferior de compromiso con la tarea y con sus pacientes (función de involucración) en terapeutas de pacientes severamente perturbados (Rial

et al., 2006); por último, en las denominadas funciones técnicas, atencional y operativa (Fernández-Álvarez et al., 2003), habría una atención más abierta y receptiva en los terapeutas que trabajan en oncología (Gómez, 2015), como también preferencia por intervenciones pautadas en los profesionales con pacientes de elevada complejidad psiquiátrica (Rial et al., 2006). Es decir, las investigaciones mostraron que las cinco funciones que componen el EPT serían sensibles a la hora de percibir diferencias, según la patología con la cual trabaje el terapeuta.

Siguiendo esta línea de investigación, una población específica de terapeutas, que aún no ha sido abordada, se trata de los psicólogos que se dedican a la atención de pacientes drogodependientes. El abordaje terapéutico impone ciertas características a la labor de los profesionales que inciden en su desempeño y podrían influir en el EPT.

Abordaje de las adicciones

Las adicciones constituyen un problema de salud pública que demanda grandes cantidades de dinero al sistema sanitario (Marín-Navarrete et al., 2013), por lo que es importante avanzar en el conocimiento de variables del tratamiento que pueden influir sobre los resultados (Blonigen, Finney, Wilbourne, & Moos, 2015).

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 *National Institute of Drug Addiction* [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).

En los principios de un tratamiento eficaz del NIDA, se enfatiza en la idiosincrasia de cada tratamiento y en el diseño con base en las necesidades de la persona cuando se intentan integrar aquellas técnicas que demostraron su utilidad. Sin embargo, 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).

La idiosincrasia sugerida apunta a que los tratamientos sean adaptados considerando el perfil sociodemográfico del paciente, más allá del tradicional pensado para hombres jóvenes-adultos (Blonigen et al., 2015) y que no solo se evalúe el avance en sus objetivos, sino también variables asociadas como la satisfacción con el tratamiento y la alianza terapéutica con el equipo profesional (Miller & Moyers, 2015).

Así, los problemas de consumo afectan múltiples dimensiones del sujeto que dificultan la confección de un tratamiento individualizado. Por ello, se necesitan programas multicomponentes que apunten a las diferentes áreas afectadas y necesidades de la persona. El propósito último es, más que la abstinencia, el desarrollo de un estilo de vida saludable (Blonigen et al., 2015).

Además de la idiosincrasia del tratamiento, también es relevante mencionar que el abordaje de las adicciones es un campo multidisciplinar, por ende, los pacientes deben ser tratados asistencialmente por un equipo interdisciplinario y en instituciones. La variable institución impone ciertas reglas al abordaje

terapéutico, un marco de trabajo más estructurado en relación con el encuadre, donde se pautan reglas estrictas cuyo incumplimiento puede redundar en la expulsión del paciente. Entre los distintos tipos de tratamiento, los residenciales son el tipo de intervención más intensa, por lo que están reservados para pacientes con mayor grado de severidad, esto hace que incluso los profesionales convivan varias horas del día con estos pacientes (Becoña & Cortes, 2011; Blonigen et al., 2015).

Asimismo, las adicciones son una patología con múltiples factores de riesgo para su desarrollo y mantenimiento (familiares, escolares, comunitarios, biológicos, individuales), por lo que su abordaje debe estar coordinado y abocado a múltiples esferas de la vida del sujeto. Las personas atraviesan distintos estadios de cambio, entonces los profesionales deben poder identificar en qué etapa se encuentra cada sujeto y diseñar intervenciones específicas, como también ir modificando su rol. 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 que se resiste, puesto que este último experimenta sentimientos ambivalentes hacia la independencia. Si el paciente avanza a la contemplación, el rol es similar al de un maestro socrático que incentiva el autoconocimiento y la 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).

Como muchas veces, la demanda de atención no es espontánea debido a problemas judiciales o por presiones de terceros. Así, el terapeuta debe trabajar en la construcción de la motivación con técnicas como la entrevista motivacional (NIDA, 2010).

En relación con las técnicas para trabajar en adicciones, estas apuntan no solo a la conducta de consumo, sino también al contexto de los pacientes y al fortalecimiento de sus recursos personales. Sin embargo, aún no disponemos de evidencia diferencial en estas técnicas, lo que sugiere que pueden llegar a operar a través de mecanismos comunes de cambio (Blonigen et al., 2015).

Otro factor que complejiza el abordaje de las adicciones es la elevada tasa de deserción (abandono terapéutico). Ello motiva fuertemente el estudio de cuáles son los factores implicados en dicho fenómeno. Debido a la frecuencia de recaídas, muchas veces es necesario más de un tratamiento para que el paciente obtenga logros terapéuticos. Esto no implica que el tratamiento no haya funcionado, porque 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, Fernández, & Arteaga, 2012).

Por último, están los factores relacionados con el vínculo terapéutico. Aparentemente, existen ciertas dificultades para consolidarlo. Resulta posible que sea 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, en profesionales que trabajan con pacientes drogodependientes (López et al., 2012). La temprana alianza terapéutica es un predictor consistente de la reducción del

consumo, porque funciona para aumentar el compromiso del paciente y su retención, especialmente desde la mirada del terapeuta (Knuuttila, Kuusisto, Saarnio, & Nummi, 2012). En relación con la alianza, se cree que es el terapeuta, y específicamente su estilo interpersonal del terapeuta, la variable que más contribuye a explicarla como también los resultados (Blonigen et al., 2015). 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).

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 tanto, 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 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).

En vistas de estas complejidades y características que plantea el abordaje de las adicciones para los terapeutas, se propusieron los siguientes objetivos para el presente artículo:

- Comparar las funciones del EPT en dos grupos de terapeutas: uno abocado al tratamiento de adicciones y otro grupo dedicado a la atención clínica general.
- Indagar el efecto del enfoque teórico y años de experiencia profesional sobre el EPT.

Método

Diseño

Se trabajó desde un diseño no experimental transversal, de tipo descriptivo- correlacional (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2014).

Participantes

La muestra quedó conformada por 426 psicólogos clínicos. El conjunto de terapeutas que trabajaban con pacientes drogodependientes (en adelante grupo adicciones) estuvo conformado por 102 sujetos que provenían de instituciones específicas de atención en drogodependencias, de tres provincias del interior de Argentina (Mendoza, San Juan y San Luis). Paralelamente, se recolectaron datos de terapeutas cuyo criterio de inclusión fue que no trabajen en las instituciones antes descriptas, compuesto por un total de 324 terapeutas (en adelante grupo clínico) de las mismas provincias.

En cuanto al sexo, en ambos grupos de terapeutas, prevalecieron las terapeutas mujeres variando su proporción relativa: 88.07% en el grupo clínico y 68.62% en el grupo adicciones. La edad promedio fue similar en el grupo clínico ($M = 32.79 \pm 8.69$) y en el grupo adicciones ($M = 32.57 \pm 7.62$), sin existir diferencias significativas entre ambos ($t(283) = .285, p = .776$). En relación con los años de experiencia

profesional, sí existieron diferencias significativas ($t(419) = 2.400, p < .05$), donde los terapeutas del grupo clínico poseían mayor cantidad en promedio (7.02 ± 5.85) en relación con el grupo adicciones (5.10 ± 4.28). Por último, en cuanto al enfoque teórico, si bien los grupos predominantes fueron psicoanalíticos e integrativos, difirieron en la distribución por grupo: en el grupo clínico terapeutas de orientación psicoanalítica (34.55%) y en el grupo adicciones terapeutas de orientación integrativa (36.27%), las demás orientaciones teóricas incluyeron: cognitivo-conductuales, humanistas-existenciales, sistémicos y otros.

Instrumento

Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta, versión abreviada

Evalúa las cinco funciones anteriormente descritas mediante afirmaciones: atencional (ejemplo: “Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada”), operativa (ejemplo: “Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión”), instruccional (ejemplo: “Procuró que los pacientes se adecuen al formato habitual de mi trabajo”), involucración (ejemplo: “Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes”) y expresiva (ejemplo: “Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso”). El inventario propone como consigna indagar la forma en que el profesional lleva adelante su trabajo. Se aclara 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. Existen diferentes versiones del EPT-C (Casari, Morán & Ison, 2017). Para la presente investigación, se utilizó la versión abreviada del cuestionario compuesta por 21 ítems (Castañeiras, Ledesma, García, & Fernández-Álvarez, 2008). El EPT-C cuenta con propiedades psicométricas satisfactorias, tanto en validez obtenidas en análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, como en confiabilidad aplicando el alfa de Cronbach. La confiabilidad en la presente muestra fue aceptable en las diversas funciones. Se separa a la muestra según grupo de trabajo. En grupo de psicólogos clínicos, los valores de confiabilidad obtenidos fueron los siguientes: atencional ($\alpha = .721$), operativa ($\alpha = .713$), expresiva ($\alpha = .719$), instruccional ($\alpha = .733$), involucración ($\alpha = .717$). Mientras que en el grupo de especialistas en adicciones, los valores también fueron adecuados: atencional ($\alpha = .716$), operativa ($\alpha = .710$), expresiva ($\alpha = .736$), instruccional ($\alpha = .722$), involucración ($\alpha = .713$).

En dicho cuestionario, también se indagó el sexo, la edad, los años de experiencia profesional y el enfoque teórico según las clasificaciones anteriormente mencionadas.

Procedimiento

Los profesionales del grupo adicciones, fueron contactados en instituciones públicas y privadas de las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis, 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 al solicitar su colaboración voluntaria. Los profesionales firmaron un consentimiento informado donde se les explicaba que la información obtenida sería confidencial. Se dejó constancia de su conformidad para participar de la investigación.

En cuanto a los profesionales del grupo clínico, 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 fueron 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. Se envió el cuestionario online a quienes mostraban interés por participar. Del mismo modo, se aclaró a los profesionales el carácter confidencial de la prueba y que los cuestionarios serán individualizados por un código específico y no por los datos de contacto (nombre y correo electrónico). Por lo tanto, se siguieron los lineamientos éticos de las investigaciones por internet (Roussos, Braun, & Olivera, 2013).

Resultados

Para cumplir el primer objetivo, se aplicó una prueba *t* para muestras independientes (ver tabla 1).

Tabla 1
Prueba t de Student según grupo de trabajo (N = 426)

Funciones EPT	Grupo clínico (n = 325)		Grupo adicciones (n = 101)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
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, 1992). Es importante mencionar que el tamaño del efecto disminuye cuando los dos grupos por comparar no son iguales en cantidad (Aron & Aron, 2001). El valor superior fue obtenido por los terapeutas del grupo adicciones sobre el grupo clínico. Esto implica que los psicólogos del grupo adicciones estarían caracterizados por un mayor grado de compromiso con su tarea y que otorgarían una preponderancia superior a su labor como psicólogos en el contexto de su vida, en general, en relación con sus colegas del grupo clínico. Además, 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 (ver tabla 1).

Seguidamente, se indagó el rol del enfoque teórico en cada subgrupo de terapeutas. Para ello, se empleó la prueba ANOVA de un factor (ver tabla 2).

Tabla 2
Comparación de enfoques teóricos en cada grupo de terapeutas (N = 426)

Funciones EPT	Grupo clínico (n = 325)				Grupo adicciones (n = 101)			
	F	gl	p	η^2	F	gl	p	η^2
Atencional	3.89	(5, 319)	.002	.059	.749	(5, 95)	.588	.038
Operativa	17.78	(5, 319)	.001	.207	7.352	(5, 95)	.001	.288
Involucración	2.52	(5, 319)	.08	.026	.461	(5, 95)	.804	.022
Expresiva	12.19	(5, 319)	.001	.151	4.735	(5, 95)	.001	.200
Instruccional	2.57	(5, 319)	.027	.40	.749	(5, 95)	.589	.038

Como puede observarse, se encontraron diferencias significativas en cada subgrupo de terapeutas. Aquellas que se manifestaron en ambos fueron las siguientes: operativa y expresiva. En tanto que las funciones atencional e instruccional solo ofrecieron valores significativos en el grupo clínico.

A pesar de la disparidad numérica en la representación de terapeutas por enfoque teórico en cada grupo por comparar, es importante mencionar que los supuestos estadísticos para ejecutar la prueba ANOVA no fueron violados, por lo que el análisis se justifica desde dichos criterios.

Es importante puntuar esto a nivel de los resultados, no en la discusión. Además, es importante precisar que el análisis puede objetarse a pesar de que se haya realizado correctamente, puesto que otros investigadores podrían aproximarse de forma diferente a la pregunta de investigación. Es más correcto decir que el análisis se sustenta o se justifica desde estos criterios a referir que no puede objetarse.

Por último, se analizó si los años de experiencia profesional ejercían un efecto sobre el EPT, al interior de cada grupo por comparar de terapeutas. Para cumplir este propósito, se empleó la prueba de correlación de Pearson (ver tabla 3).

Tabla 3
Correlación entre años de experiencia profesionales y EPT

Funciones EPT	Grupo clínico (<i>n</i> = 324)	Grupo adicciones (<i>n</i> = 97)
	Años de experiencia profesional	Años de experiencia profesional
Atencional	-.097	-.002
Operativa	.014	-.043
Involucración	-.029	-.139
Expresiva	.167**	-.079
Instruccional	.106	.294**

** $p < .01$

Como puede observarse, se encontraron dos correlaciones significativas entre las funciones del EPT y los años de experiencia profesional, las cuales fueron en sentido positivo y con magnitudes débiles ($r < .30$) (Aron & Aron, 2001). En el grupo clínico, se manifestó en la función expresiva y en el grupo adicciones en la función instruccional. Ello significa que a medida en que transcurren los años de experiencia en el ejercicio de la psicoterapia, los terapeutas de adicciones tenderían a inclinarse por mayor rigidez en el encuadre terapéutico y los profesionales del grupo clínico desarrollarían mayor cercanía emocional con sus pacientes.

Discusión

El primer objetivo planteado apuntó a conocer si existían diferencias significativas en las funciones del EPT de acuerdo con el campo de trabajo, específicamente una comparación entre aquellos terapeutas que trabajaban predominantemente en el campo de las adicciones con quienes no lo hacen. Se constituyen dos grupos por comparar (grupo adicciones y 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 con el compromiso hacia el trabajo y los pacientes a través de conductas explícitas e implícitas (Fernández Álvarez et al., 2003). 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, solo 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, obtuvo valores menores. Los

autores consideraron al menor grado de involucración como un mecanismo de protección ante la elevada exigencia de la tarea. Sin embargo, no se postulaba que esto sea óptimo para el tratamiento de este tipo de pacientes (entre los que se incluyeron sujetos con drogodependencia).

Deberíamos preguntarnos qué grado de involucración es recomendable en estos casos, porque, 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, porque la ausencia de eficacia diferencial entre las técnicas eficaces podría ser explicada por la figura del terapeuta y su influencia en el resultado (Blonigen et al., 2015; Miller & Moyers, 2015).

Una posible interpretación de este resultado puede estar ligada a la complejidad de la tarea que plantea la atención de pacientes drogodependientes debido a diversos factores: 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; Guajardo & Kushner, 2004; López et al., 2012; McCrady, 2008; Miller & Miller, 2009; NIDA, 2010). Quizás, la elevada complejidad de la atención lleve a los terapeutas a movilizar mayores recursos personales con el fin 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, Albanesi, & Maristany, 2014; Pacheco & Martínez, 2013).

El hecho de que los terapeutas deban modificar su actitud en función del estadio de cambio también puede influir, porque en el proceso que atraviesa una persona con consumo compulsivo de sustancias, se suceden diferentes etapas comenzando por una negación de este. Norcross et al. (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 (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 ($M = 5.85$; $DE = 7.02$). Si lo analizáramos, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($t = 2,400$, $p < .05$). 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 (función de involucración y años de experiencia profesional).

Retomando el análisis de las funciones del EPT, las demás dimensiones del constructo no alcanzaron diferencias significativas, porque la tendencia de valores fue 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. A continuación, se exponen ciertas razones para considerar porqué, quizás, las demás funciones del EPT no evidenciaron resultados significativos en la comparación.

En el caso de la función atencional (ligada a los mecanismos de búsqueda de información) quizás la tendencia a obtener valores inferiores en el grupo adicciones se relacione con 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 & Cortes, 2011; Blonigen et al., 2015; Miller & Miller, 2009; Miller & Moyers, 2015; NIDA, 2010).

En relación con 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. Una posible hipótesis puede esbozarse a partir de la necesidad de un plan de tratamiento individualizado que apunte a múltiples áreas de interés, porque no existe un único tratamiento que de por sí garantice el éxito (NIDA, 2010). Esto estaría relacionado con 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).

Seguidamente, la función expresiva indicó puntajes prácticamente similares en la comparación entre ambos grupos y fue levemente inferior en el grupo adicciones. De acuerdo con 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. En este caso, quizás sean las características de manipulación comúnmente asociadas (Beck et al., 1999; Becoña & Cortés, 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, porque 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, Albanesi, Maristany, & Ison, 2016; Casari, Ison, Albanesi, & Maristany, 2017; Casari et al., 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, que, como en el caso anterior, obtuvo valores prácticamente similares con una leve tendencia a ser menores en los terapeutas de adicciones. Ello conduce a la siguiente interrogante: ¿sería esperable un mayor grado de estructuración del *setting* terapéutico en el abordaje de adicciones? 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 recalca la importancia de un marco normativo estructurado de reglas que los pacientes deben aceptar (Blonigen et al., 2015; López-Fernández et al., 2012; Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico [SEDRONAR], 2009).

También, fue analizado el rol del enfoque teórico al interior de cada grupo de terapeutas. Se encontró que sólo las funciones operativa y expresiva se expresaron en ambos subgrupos, no así las funciones atencional e instruccional que solo se manifestaron en el grupo clínico.

¿Qué conclusión podemos obtener 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. En la tradición de estudios del EPT, la variable enfoque teórico ha demostrado poseer sensibilidad para captar diferencias estilísticas (Casari, Ison & Gómez, 2018).

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 con la población clínica, en contraste con la investigación de Vega (2006) que reveló resultados negativos.

Seguidamente, se analizó el rol de los años de experiencia profesional sobre las funciones del EPT. En el grupo clínico solo se encontró una correlación significativa con la función expresiva, en tanto que en el grupo adicciones se detectó una correlación significativa con la función instruccional.

Estos resultados indican 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; además, los terapeutas, que no se abocan a este campo específico, desarrollarían mayor cercanía emocional con sus pacientes.

Existen tres acepciones diferentes sobre lo que puede entenderse como experiencia del profesional (Castañeiras, García, Lo Bianco, & Fernández-Álvarez, 2006): a) la intensidad y la especialización del entrenamiento profesional del terapeuta; b) la experiencia acumulada en relación con cantidad y el 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 no están necesariamente ligados a la calidad del entrenamiento o actualización del profesional.

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-Bahillo, Aragón-Alonso, Sánchez-Bahillo, & Birtle, 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 (Blonigen et al., 2015). Lo que nos señala la importancia que adquiere esta variable socioprofesional en los terapeutas de dicho campo de acción terapéutica.

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, 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, más bien es la capacitación del profesional durante su experiencia. Por último, hay que considerar la limitación propia de un estudio transversal, que al prescindir de una evaluación a través del tiempo (como un estudio longitudinal) no puede corroborarse la estabilidad de las diferencias estadísticas aquí obtenidas.

Conclusiones

En el presente trabajo se encontraron resultados significativos en la comparación del EPT según el tipo de patología. Deberíamos preguntarnos hasta qué punto un mayor grado de involucración es recomendable para trabajar con pacientes drogodependientes y si este fenómeno puede estar ligado a la rotación profesional, así como al síndrome de *burnout*.

Como limitación, se menciona nuevamente la heterogeneidad de la muestra, que si bien 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. Sin embargo, forma parte de la realidad de los profesionales del área, debido a que se intentó contactar a todas las instituciones específicas de abordaje en adicciones de la región Cuyo (Mendoza, San Juan y San Luis), lo cual significa que el perfil característico (en cuanto a enfoque teórico y años de experiencia) estaría representado. Deberíamos preguntarnos más bien, ¿qué motiva a los profesionales jóvenes optar por este campo de trabajo?

Otra limitación consiste en que no se evaluó una medida de resultado. Si bien estudios previos refieren los vínculos del EPT con alianza terapéutica y resultados, aquí no fue incluido priorizando la obtención de una muestra de mayor tamaño. Quizás, podría haberse focalizado en un menor número de participantes para evaluar la relación entre el EPT con dichas variables. Futuras investigaciones de esta línea de trabajo podrían conducirse de dicho modo.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM V. (5° Ed.). Arlington: Médica Panamericana.
- Aron, A., & Aron, E. N. (2001). *Estadística para psicología* (2a. ed). Buenos Aires: Pretince Hall.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Becoña, E., & Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Blonigen, D., Finney, J., Wilbourne, P., & Moos, R. (2015). Psychosocial Treatments for Substance Use Disorders. En P. Nathan y J. Morgan (Eds.), *A guide to treatment that work* (4th ed.) (pp. 731-761). New York: Oxford University Press.
- 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.
- Casari, L. M., Morán, V. E., & Ison, M. S. (2017). Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta: análisis factorial confirmatorio de modelos rivales con psicoterapeutas argentinos. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 11 (2), 69-84. doi:10.21500/19002386.2725
- 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.
- Casari, L., Ison, M., Albanesi, S., & Maristany, M. (2014). Estilo Personal del Terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(1), 154-162. doi: 10.5872/psiencia/7.1.020803.
- Casari, L., Ison, M., Albanesi, S., & 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
- Casari, L., Magni, X., & Morelato, G. (2014). Estilo Personal del Terapeuta en profesionales que trabajan en situaciones de maltrato infantil. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(1), 239-245. doi: 10.5872/psiencia/7.1.040107
- Casari, L.M., Ison, M., & Gómez, B. (2018). Estilo Personal del Terapeuta: estado actual (1998 – 2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(3), 466-477. doi:10.24205/03276716.2018.1082
- Castañeiras, C., García, F., Lo Bianco, J., & Fernández-Álvarez, H. (2006). Modulating effect of experience and theoretical-technical orientation on the personal style of the therapist. *Psychotherapy Research*, 16(5), 595-603. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300600802867>

ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA

- 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>
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current directions in Psychological Science, 3*(1), 98-101. doi: 10.1111/1467-8721.ep10768783
- Edwards, J., & Loeb, S. (2011). What difference does counselling make? The perceptions of drug-using clients on low incomes. *Counselling & Psychotherapy Research, 11*(2), 105-111. doi:10.1080/14733145.2010.485692
- Espada Salado, S., Fernández Rodríguez, F., & Laporte Puig, M. (2012). Modelo integrador para personas con adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Española de Drogodependencias, 37*(4), 449-460.
- 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. (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., & García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. En S. Gril, A. Ibañez, I. Mosca y P. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Pelotas: Educat.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., & Corbella, S. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*, 116-125. doi:10.1002/cpp.358.
- Gómez, B. (2015). *El Estilo Personal del Terapeuta en psico-oncología* (Tesis doctoral inédita). Universidad del Salvador, Argentina.
- Guajardo, H., & 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., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. Ed.). México D.F.: Mc Graw –Hill Interamericana Editores.
- 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
- Labrador, F., & Crespo, M. (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Madrid: Pirámide.
- López, J., Fernández, 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
- 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.
- Marín-Navarrete, R., Fernández, J., Eliosa, A., Templos, L., Grau, J., Galván, 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.

-
- McCrary, 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.
- 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., & Moyers, T. (2015). The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, 110(3), 401-413. doi:10.1111/add.12693
- National Institute of Drug Addiction (2010). *Enfoques de tratamiento para la drogadicción*. New York: NIDA InfoFacts.
- Norcross, J., Krebs, P., & Prochaska, J. (2011). Stages of Change. En J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Empirically-based responsiveness* (2nd Ed.), (pp. 279-299). New York: Oxford University Press.
- Pacheco, A., & 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.
- 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(2), 9-26.
- Roussos, A., Braun, M., & Olivera, J. (2013). *Conductas responsables para la investigación en psicología: guía práctica*. Buenos Aires: Fundación para la investigación en Ciencias Sociales.
- Sánchez-Bahillo, Á., Aragón-Alonso, A., Sánchez-Bahillo, 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
- 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.gov.ar/media/k2/attachments/IIZCensoZNacionalZdeZCentrosZdeZTratamiento.ZAoZ2009.pdf>
- Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología. Rol y estilo personal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Velázquez, S. (2012). *Violencias y familias. Implicaciones del trabajo profesional: el cuidado de quienes cuidan*. Buenos Aires: Paidós.

Recibido: 11 de Septiembre de 2017

Revisión recibida: 27 de Noviembre de 2018

Aceptado: 20 de Marzo de 2019

Sobre el autor y las autoras:

Leandro Martín Casari es Lic. y Dr. en Psicología graduado de la Universidad Nacional de San Luis. Becario post-doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Funge como docente de grado de Metodología de la Investigación II y Trabajo de Integración Final (Pontificia Universidad Católica Argentina) y docente de posgrado en la Diplomatura en Psicoterapia Integrativa (Universidad de Mendoza). Codirector del proyecto: “Adaptación de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil en escolares del Gran Mendoza” (Universidad del Aconcagua). Cuenta con 90 publicaciones incluyendo artículos científicos, capítulos de libros y presentaciones en congresos.

Mirta Susana Ison es doctora en Psicología y Magíster en Psicología Clínica-Mención Cognitivo-Integrativa. Trabaja como profesora titular de Psicología del Desarrollo I-Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua (Argentina) y es responsable de la línea de investigación “Análisis de las trayectorias sociocognitivas y efectivas en niños de 6 a 12 años”. Se desempeña como investigadora principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Funge como directora de la Carrera de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología- Universidad del Aconcagua. Se distingue como miembro de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento (AACC). Cuenta con más de 100 publicaciones, comunicaciones y conferencias en congresos nacionales e internacionales.

Beatriz Gómez es doctora en Psicología y presidenta de la Fundación Aiglé (Argentina). Se desempeña como profesora de la Carrera de Especialización en Psicoterapia de la Fundación Aiglé con la Universidad Nacional de Mar del Plata y la Universidad Maimónides. Cooordinadora del Centro de Investigaciones en Psicoterapia de la Fundación Aiglé, que lleva adelante la línea de investigación sobre el estilo personal del terapeuta. Labora como docente en centros y universidades de diferentes países. Es expresidenta de la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI). Cuenta con más de 150 publicaciones, comunicaciones y conferencias en congresos nacionales e internacionales.

Publicado en línea: 28 de junio de 2019