

Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta: Presentación de una Versión Abreviada del Cuestionario EPT-C

Assessment of Personal Style of the Therapist: presentation of a brief version of the PST-Questionnaire

Claudia Castañeiras

Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Rubén Ledesma

Universidad Nacional de Mar del Plata – CONICET, Mar del Plata, Argentina

Fernando García & Héctor Fernández-Álvarez*

Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

(Rec: 24 enero 2008 – Acep: 8 abril 2008)

Resumen

El Estilo Personal del Terapeuta (EPT) se conceptualiza como un constructo multidimensional que está presente en todo proceso terapéutico. El objetivo principal de este trabajo es presentar una versión abreviada del cuestionario EPT-C y proporcionar nuevas pruebas sobre la validez de este instrumento como herramienta para la evaluación del constructo. Se administró el EPT-C a una muestra de 461 psicoterapeutas argentinos. Se analizó la validez de constructo del cuestionario mediante Análisis Factorial Confirmatorio, se estudió la relación entre la versión breve y la original, y se evaluó la capacidad del instrumento para discriminar a los diferentes grupos de terapeutas en variables de relevancia para el proceso y los resultados de la psicoterapia. Los resultados indicaron un buen ajuste entre el modelo de medida penta factorial del EPT-C y las dimensiones del constructo teórico. El cuestionario EPT-C aporta una medida sensible para detectar diferencias entre grupos de terapeutas a partir de varias características de los mismos.

Palabras clave: Investigación en psicoterapia, Estilo personal del terapeuta, Cuestionario EPT-C, validez de constructo.

Abstract

The PST is conceptualized as a multidimensional construct which is present throughout the therapeutic process. The aim of this work is to present a brief version of the PST-Questionnaire and to give new evidence about the validity of the instrument to evaluate it. The PST-Q was administered to a sample of 461 Argentine therapists. A confirmatory factor analysis was applied, and it was studied the relationship between the brief and original version. It was assessed its capacity to discriminate the differences between groups of therapists. The results indicated a good fit between the model of penta factorial measure PST-Q and the dimensions of the theoretical construct. The PST-Q gives a measure to detect differences between groups of therapists.

Key words: Psychotherapy research, personal style of the therapist, Personal style of the therapists Questionnaire, construct validity.

* Correspondencia a: Dr. Héctor Fernández-Álvarez. Fundación Aiglé. Virrey Olaguer y Feliú 2679. C1426EBE. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. E-mail: fundacion@aigle.org.ar

Introducción

La investigación empírica sobre el Estilo Personal del Terapeuta (EPT) y su participación en el proceso y los resultados de la psicoterapia, constituye el principal programa de investigación de la Fundación Aiglé en Buenos Aires, Argentina (Fernández-Álvarez y García, 1998). El EPT se conceptualiza como un constructo multidimensional que está presente en todo proceso terapéutico, y describe un conjunto de funciones integradas que en la práctica expresan las disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en juego en su ejercicio profesional (Fernández-Álvarez & García, 1998; Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco & Corbella-Santomá, 2003). El EPT condiciona por lo tanto, los alcances del modelo teórico empleado por el psicoterapeuta y las técnicas específicas que aplica en cada tratamiento.

En este sentido, el EPT se postula como una variable moderadora (Baron & Kenny, 1986) de los procesos, que incide sobre los resultados de las acciones terapéuticas, aunque en diferente grado según las características del paciente, la patología y el contexto de aplicación específico. Los autores del constructo han planteado que el EPT puede ser evaluado a través de dos dimensiones hipotéticas básicas: una relacionada con lo predominantemente técnico y la otra asociada con la relación terapéutica. La primera dimensión hace referencia a los mecanismos atencionales de búsqueda y selección de la información y a las operaciones terapéuticas. La segunda, está asociada con los aspectos motivacionales, la relación terapéutica o los llamados factores comunes de la psicoterapia. Esto incluye la regulación emocional y el ajuste en el grado de involucración en la relación con el paciente y con la terapia.

El EPT se entiende como una variable dimensional que presenta consistencia transituacional y estabilidad temporal, aunque puede presentar cambios de distinto orden, como resultado del entrenamiento recibido, o por modificaciones en las condiciones de trabajo; y también es susceptible de cambios de tipo evolutivo u otras circunstancias vinculadas con la vida personal del terapeuta (Fernández-Álvarez et al., 2003). Estos cambios pueden ser transitorios o permanentes, dependiendo de la intensidad y del tipo de moderadores involucrados. De esta manera, debería esperarse que este conjunto de rasgos personales se manifiesten en las distintas funciones terapéuticas, tengan un impacto sobre el proceso terapéutico e influyan sobre el resultado del tratamiento. A su vez, estos patrones estilísticos son regulados y/o modificados por aspectos directamente relacionados con la esencia de la psicoterapia, como la orientación teórico-técnica de los terapeutas, y la experiencia adquirida en el tiempo de ejercicio profesional (Castañeiras, García, Lo Bianco & Fernández-Álvarez, 2006; Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco & Corbella-Santomá, 2000).

Desde sus comienzos este programa de investigación se ha desarrollado en tres líneas principales. La primera de ellas se ha orientado al desarrollo conceptual y a la evaluación del EPT. Aquí se incluye el diseño y validación de un instrumento específico dirigido a operacionalizar y medir las funciones constitutivas del Estilo Personal del Terapeuta. Este instrumento es el cuestionario EPT-C (Fernández-Álvarez et al., 2003). Los resultados preliminares permitieron identificar una estructura factorial consistente con el modelo teórico, niveles adecuados de consistencia interna y buena estabilidad temporal test-retest para las diferentes escalas: *Instruccional*, *Expresiva*, *de Involucración*, *Atencional* y *Operativa* (Fernández-Álvarez et al., 2003). También se obtuvieron perfiles prototípicos del EPT para las diferentes orientaciones psicoterapéuticas representadas en la muestra nacional (Fernández-Álvarez, Gómez, Castañeiras & Rial, 2005).

Una segunda línea se ha centrado en la investigación aplicada sobre el EPT en diferentes ámbitos y condiciones. Entre los principales estudios se incluyen: la investigaciones sobre las Relaciones entre el EPT y el perfil del paciente (Corbella-Santomá, 2002; Malik, Fleming, Penela, Harwood, Best, & Beutler, 2002); Estudios sobre el EPT de terapeutas que trabajan con distintas poblaciones clínicas tales como Terapia intensiva neonatal (Vega, 2006) y pacientes severos (Rial, Castañeiras, García, Gómez & Fernández-Álvarez, 2006); y Relaciones entre el EPT y otras variables de interés como la orientación teórico-técnica, la experiencia profesional (Castañeiras et al., 2006; Popp, Gonçalves & Caspar, 2004) y la procedencia cultural de los terapeutas (García, Rial, Castañeiras & Fernández-Álvarez, 2004).

La tercera línea consiste en el estudio del EPT como recurso formativo en los programas de entrenamiento en psicoterapia. Esta línea de investigación que está en curso, se basa conceptualmente en la distinción entre competencias naturales y adquiridas en los terapeutas (Beutler et al., 2004; Fernández-Álvarez, 2001; Hill & O'Brien, 1999) y considera en este sentido, que el conocimiento del propio estilo personal puede permitir a los terapeutas trabajar sobre ello y/o hacer los ajustes necesarios para optimizar su calidad profesional. También el trabajo sobre el EPT se convierte en un recurso para los equipos profesionales a la hora de establecer de un modo más adecuado, qué perfiles de pacientes pueden beneficiarse más con cada una de las combinaciones de estilos terapéuticos.

Los principales resultados que se derivan de los estudios realizados hasta el momento con el EPT-C, indican que se trata de una medida consistente y estable para evaluar las funciones del Estilo Personal asociadas con la actividad psicoterapéutica; que el EPT-C es un instrumento sensible para identificar las diferencias estilísticas entre las distintas orientaciones psicoterapéuticas y procedencias culturales de los psicoterapeutas, y que presenta valor clínico y de

investigación para su aplicación en distintas poblaciones clínicas. Este constructo recibió una buena recepción en la comunidad científica, dando lugar a su traducción y aplicación en diferentes países. Actualmente existen versiones del instrumento en portugués (Oliveira, Tiellet Nunes, Fernández-Álvarez y García, 2006), inglés (D. Stiff, 2002, comunicación personal) & se está realizando una al polaco (M. Sawicka, 2006, comunicación personal).

En este estudio empírico se plantea como objetivo principal presentar una versión abreviada del cuestionario EPT-C y proporcionar nueva evidencia sobre la validez de este instrumento como herramienta para la evaluación del constructo EPT. Se establecen como objetivos específicos: a) analizar la validez de constructo del cuestionario mediante AFC, b) estudiar la relación entre la versión breve y la original, y c) determinar la capacidad del instrumento para discriminar a los diferentes grupos de terapeutas según su orientación, tipo de tratamiento, años de experiencia y otras variables de relevancia para el proceso y resultados de la psicoterapia.

Método

Participantes

La muestra está conformada por 461 psicoterapeutas argentinos, con una edad media de 39,90 (DT = 11,64), y en un 78,30% mujeres. La experiencia profesional se distribuye en un rango entre 2 y 23 años, con una experiencia media de 12,49 (DT = 10,35) para la muestra general. Quedaron representadas las siguientes orientaciones teóricas: a) Cognitivos/Cognitivo-Conductuales (15,03%); b) Humanístico-Existenciales (5,6%); c) Psicoanalistas (18,01%); d) Psicodinámicos (5,6%); e) Integrativos (31,70%); f) Cognitivo-Sistémicos/Cognitivo-Integrativos (13,01%); g) Eclécticos (7,37%) y h) Otros (3,68%), en esta última categoría residual se incluyeron los psicoterapeutas que declararon dos o más orientaciones simultáneamente y/o sus combinaciones.

Variables y medidas

Variables socio-descriptivas y profesionales. Se diseñó un registro de datos para relevar sexo, edad, años de experiencia como psicoterapeuta, orientación teórica, tipo de población asistida (niños/adolescentes, adultos, adultos mayores), dispositivo terapéutico utilizado (individual, pareja, familia, grupo), tipo de patología atendida (ansiedad y depresión; trastornos de la personalidad; adicciones; trastornos severos; trastornos de la comunicación; disfunciones sexuales; otras) y duración de los tratamientos realizados (breve-intermedio-prolongado).

Estilo Personal del Terapeuta. EPT-C. El EPT-C (Fernández-Álvarez & García, 1998) es un instrumento

autoadministrado. La versión original consta de 36 ítems presentados como afirmaciones a las que cada terapeuta debe responder según su grado de acuerdo con cada una de ellas, en una escala tipo Likert que va desde 1 (*totalmente en desacuerdo*) hasta 7 (*totalmente de acuerdo*). Las puntuaciones totales de las escalas EPT-C se obtienen por sumatoria simple de los ítems que componen cada una de ellas. Esta medida evalúa dimensionalmente las siguientes funciones terapéuticas:

- *Función Instruccional* - o de establecimiento del setting terapéutico - (8 ítems). Se refiere a las conductas que lleva a cabo el terapeuta para establecer y regular el dispositivo de la terapia. Incluye el establecimiento del sistema de normas y reglas (horarios, honorarios, ámbito de trabajo, formas de negociar los cambios en el dispositivo), así como la prescripción de las tareas que deben cumplirse en el curso de las sesiones (ejemplo de ítem: "Soy bastante laxo con mis horarios"). Los puntajes extremos de la dimensión se denominan para esta función: *flexibilidad – rigidez*.

- *Función Expresiva* - o de comunicación emocional- (9 ítems). Se refiere a las acciones que emprende el terapeuta para sostener la comunicación emocional con el paciente (empatía, regulación emocional). Se manifiesta a través de la intensidad del intercambio afectivo que facilita, o el nivel de tolerancia a la exposición frente a sus propios estados o ante las reacciones emocionales del paciente (ejemplo de ítem: "Una alta proximidad con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos"). Los puntajes extremos de la dimensión se denominan para esta función: *distancia – proximidad emocional*.

- *Función de Involucración* – o de grado de compromiso- (6 ítems). Alude a las conductas explícitas e implícitas vinculadas con el compromiso que está dispuesto a asumir el terapeuta en su actividad y con sus pacientes, así como el lugar que ocupa su trabajo en el contexto de su experiencia vital (ejemplo de ítem: "Fuera de las horas de trabajo deo de pensar en los pacientes"). Los puntajes extremos de la dimensión se denominan para esta función: *menor grado – mayor grado de involucración*.

- *Función Atencional* – o de focalización - (6 ítems). Se trata de una función básica relacionada con la búsqueda de la información necesaria para operar terapéuticamente. Esto es, en qué medida cada terapeuta moviliza los mecanismos atencionales y su capacidad receptiva frente a lo que manifiesta el paciente, y a hacerlo de una manera más o menos activa. Escuchar y preguntar son las acciones dominantes que constituyen esta dimensión (ejemplo: "Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada"). Los puntajes extremos de la dimensión se denominan para esta función: *apertura – focalización de la atención*.

- *Función Operativa* - o de implementación instrumental- (7 ítems). Incluye las acciones directamente vinculadas con las intervenciones terapéuticas específicas y con las

técnicas utilizadas. Se expresa a través del grado de influencia o de directividad con que el terapeuta opera, y/o por su preferencia para utilizar procedimientos pautados o espontáneos (ejemplo: “Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir”).

Los puntajes extremos de la dimensión se denominan para esta función: espontaneidad – sujeto a pautas.

Procedimiento

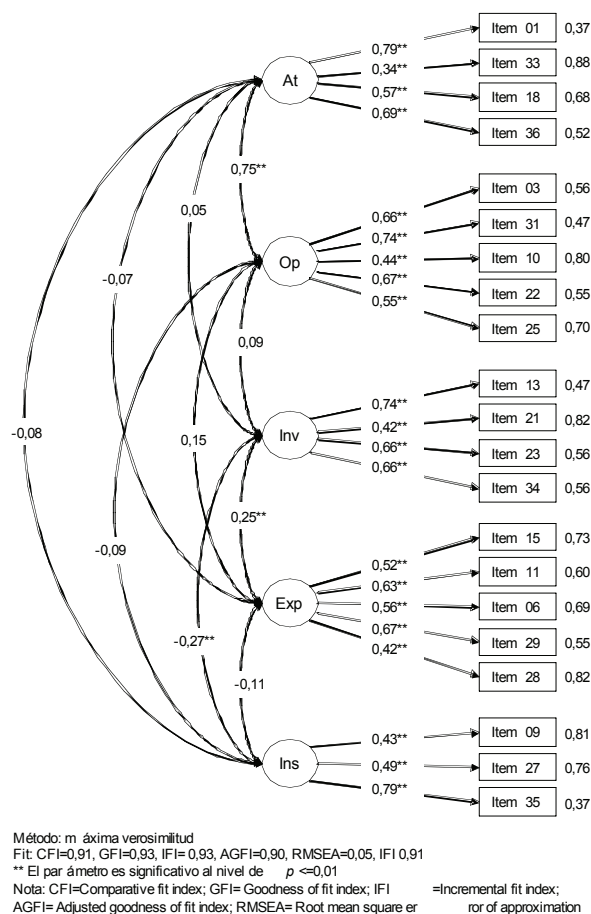
Los terapeutas fueron seleccionados por disponibilidad y contactados personalmente por los investigadores del grupo en diferentes centros de atención psicológica -públicos y privados- de Argentina. La proporción de cada orientación terapéutica presente en la muestra no necesariamente refleja esa misma proporción en la población, pero no es el objetivo inferir el EPT de la misma. Se buscó solamente contar con una muestra lo más heterogénea posible para reducir el sesgo debido a las orientaciones teóricas. El cuestionario fue respondido de forma anónima, auto-administrada y bajo consentimiento informado. Se aseguró la confidencialidad en el tratamiento de la información y su uso con fines exclusivamente científicos. Los datos se codificaron y gestionaron con el paquete estadístico SPSS. Se realizó una primera selección de ítems teniendo en cuenta tanto criterios psicométricos –eliminación de ítems que mejoraban la fiabilidad de las escalas-, como conceptuales –contenido y validez aparente de los ítems-. Como resultado de este proceso resultaron seleccionados 21 ítems que conformaron la versión abreviada. Esta versión se analizó mediante Análisis Factorial Confirmatorio con la intención de evaluar su ajuste a las cinco dimensiones propuestas por el modelo teórico. Así, se especificó un modelo de medida con cinco variables latentes relacionadas. Los parámetros del modelo fueron estimados mediante el método de máxima verosimilitud utilizando el programa AMOS v.6. Se estimaron los coeficientes de regresión estandarizados entre las variables latentes y los indicadores (ítems), y la correlación entre las variables latentes o dimensiones del EPT. Se calcularon varios índices de ajuste del modelo a los datos (CFI, GFI, IFI, AGFI y RMSEA). Con posterioridad al AFC, se analizó la consistencia interna de los puntajes para las diferentes escalas mediante el coeficiente *Alfa* de Cronbach. La relación entre las escalas de las versiones breve y original se estudió mediante el coeficiente de correlación lineal *r* de Pearson. Por último, para analizar las diferencias en las puntuaciones de las escalas según variables socio-descriptivas y profesionales se aplicó análisis multivariado de la varianza (modelo MANCOVA). Se definieron como variables dependientes las escalas del EPT-C y como factores el género, la orientación teórica, la población asistida, el dispositivo terapéutico utilizado, el tipo de patología atendida y la duración del tratamiento.

La edad y los años de experiencia se incluyeron como covariables cuantitativas.

Resultados

Los pesos factoriales ítem-factor fueron todos significativos ($p < 0,01$), y variaron entre 0,34 a 0,79 para la función *Atencional*; 0,44 a 0,74 para la función *Operativa*; 0,42 a 0,74 para la función *Involucración*; 0,42 a 0,67 para la función *Expresiva* y 0,43 a 0,79 para la función *Instruccional*.

Figura 1. Diagrama del modelo con la estimación de los parámetros estandarizados



En cuanto a la correlación entre los factores, se observa que el factor *Atencional* se relaciona positivamente con el *Operativo* ($r=0,75$; $p < 0,01$), mientras que el factor *Involucración* se relaciona positivamente con el factor *Expresivo* ($r=0,25$; $p < 0,01$) y negativamente con el factor *Instruccional* ($r=-0,27$; $p < 0,01$).

En la Tabla 1 se presentan las cargas factoriales y los estadísticos descriptivos para los 21 ítems por factor.

Tabla 1. Cargas factoriales y descriptivos para los ítems que componen la versión abreviada EPT-C

Item	Carga	Media	DE
Función Atencional			
(01) Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada	0,79	3,13	1,59
(33) Procuero dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones	0,34	2,55	1,55
(18) Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas	0,57	2,93	1,74
(36) Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención	0,69	3,97	1,93
Función Involucración			
(13) Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes	0,74	4,11	1,81
(21) Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal	0,42	3,92	1,74
(23) Pienso bastante en mi trabajo, aun en mis horas libres	0,66	4,49	1,60
(34) Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá de las sesiones	0,66	4,26	1,68
Función operativa			
(31) Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir	0,74	2,72	1,72
(03) Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión	0,66	2,83	1,72
(10) Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración	0,44	5,15	1,72
(22) En mis intervenciones soy predominantemente directivo	0,67	3,66	1,68
(25) Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia	0,55	2,70	1,66
Función Expresiva			
(29) Una alta proximidad emocional es imprescindible para promover cambios terapéuticos	0,67	4,09	1,66
(15) Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso	0,52	4,10	1,74
(11) La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio	0,63	5,21	1,54
(06) Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento	0,56	4,20	1,76
(28) Si algo me irrita durante una sesión, puedo expresarlo	0,42	4,02	1,74
Función Instruccional			
(35) Soy bastante laxo con los horarios	0,79	4,62	1,86
(09) Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios	0,43	3,82	1,75
(27) Nunca modifico la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible	0,49	3,74	2,07

Obs.: los valores resaltados expresan el mejor indicador para cada escala

En cuanto a los puntajes totales por escalas, la Tabla 2 muestra la fiabilidad de los puntajes compuestos (Alfa), la correlación entre las versiones –abreviada y original- y los descriptivos para las cinco escalas EPT-C. Los valores de fiabilidad son todos iguales o superiores a $\alpha = 0,70$, excepto

para la escala *Instruccional*, aunque el valor alcanzado para esta escala ($\alpha=0,60$) se puede considerar aceptable en el marco de la investigación. Las correlaciones entre las escalas breves y originales son en todos los casos positivas y elevadas ($r \geq 0,80$).

Tabla 2. Propiedades de las escalas de la versión abreviada: estimaciones de fiabilidad, correlación con la versión original y estadísticos descriptivos

Funciones EPT-C	Cantidad de ítems	α de Cronbach	r de Pearson*	Media	DT	Cofic. de variación	Valor mínimo	Valor máximo
Instruccional	3	0,60	0,80	12,18	4,20	0,34	3	21
Expresiva	5	0,70	0,84	16,77	4,99	0,30	4	28
Involucración	4	0,72	0,82	17,07	6,00	0,35	5	35
Atencional	4	0,71	0,91	12,57	4,92	0,39	4	28
Operativa	5	0,75	0,95	21,60	5,66	0,26	5	35

* Correlación con la escala original.

Por otro lado, el MANCOVA realizado indica diferencias significativas en las puntuaciones de las escalas según las variables Sexo [F (5, 388)= 2,25; $p < 0,05$], Orientación Teórica [F (7, 392)= 17,22; $p < 0,01$], Duración del Tratamiento [F (5, 390)= 8,35; $p < 0,001$], y Edad [F

(5, 388)= 4,14; $p < 0,01$]. No se encuentran diferencias por Dispositivo terapéutico, tipo de Patología y Años de Experiencia. La Tabla 3 muestra las medias ajustadas para las diferentes escalas en función de las variables categóricas del análisis que presentan diferencias significativas.

Tabla 3. Medias estimadas para las diferentes escalas en función del Género, Orientación Teórica y Duración del tratamiento.

		n	Atencional		Operativa		Expresiva		Involucración		Instruccional	
			Media	ET	Media	ET	Media	ET	Media	ET	Media	ET
Sexo	Mujeres	361	12,691	0,515	16,773	0,579	22,220	0,636	16,574	0,575	12,521	0,485
	Hombres	96	13,833	0,694	16,891	0,780	21,900	0,857	15,425	0,774	11,824	0,653
Orientación	Cogni	69	15,095	0,747	20,657	0,840	21,951	0,922	16,340	0,833	12,628	0,703
	Integr	146	13,728	0,607	16,758	0,682	22,882	0,749	16,963	0,677	11,410	0,571
	Psicoana	83	10,472	0,734	12,935	0,825	18,728	0,906	14,554	0,819	12,100	0,691
	Human	26	11,207	1,036	14,106	1,164	22,397	1,278	14,777	1,155	13,362	0,974
	Psicodinámic	26	11,132	1,035	14,422	1,163	22,696	1,277	15,589	1,154	12,793	0,974
	Cognit+otro	60	14,732	0,832	18,573	0,935	22,341	1,026	16,005	0,927	12,138	0,782
	Eclécticos	34	14,274	0,931	18,741	1,046	22,412	1,149	17,810	1,038	11,469	0,876
Duración	Otros	17	15,458	1,197	18,465	1,345	23,072	1,476	15,959	1,334	11,484	1,125
	Breve	90	15,458	1,197	18,838	0,724	21,248	0,795	21,248	0,795	11,383	0,606
	Intermedio	186	13,045	0,611	16,943	0,687	22,278	0,754	22,278	0,754	12,031	0,575
	Prolongado	43	11,995	0,900	13,943	1,012	23,054	1,111	23,054	1,111	13,543	0,847
	Más de uno	135	13,298	0,675	17,605	0,759	21,659	0,833	21,659	0,833	11,734	0,635

ET: error típico de la Media

Los resultados del ANOVA univariado revelan que las diferencias de Sexo se dan sólo para la escala *Atencional*, $F(1, 392) = 4,17; p < 0,05$, donde los hombres presentaron puntuaciones promedio más elevadas que las mujeres. Por su lado, la Edad marca diferencias en las escalas *Atencional*, $F(1, 638) = 11,11; p < 0,001$, y *Operativa*, $F(1, 638) = 8,80; p < 0,001$. El análisis de correlación indica que la edad se relaciona negativamente con la función *Atencional*, $r = -0,26; p < 0,05$, y *Operativa*, $r = -0,26; p < 0,05$. En relación

a la Orientación teórica, los resultados univariados indican diferencias en las escalas *Atencional* [$F(7, 638) = 7,70; p < 0,001$], *Operativa* [$F(7, 638) = 13,47; p < 0,001$], *Expresiva* [$F(7, 638) = 3,71; p < 0,001$] y de *Involucración* [$F(7, 638) = 3,14; p < 0,05$]. La Figura 3 muestra los gráficos con las medias de estas escalas para cada orientación. A partir de esta figura puede realizarse una inspección visual más directa del sentido de las diferencias observadas.

Figura 2. Medias estimadas para las diferentes orientaciones teóricas del terapeuta en las escalas donde se observan diferencias significativas.

Gráfico Función Atencional

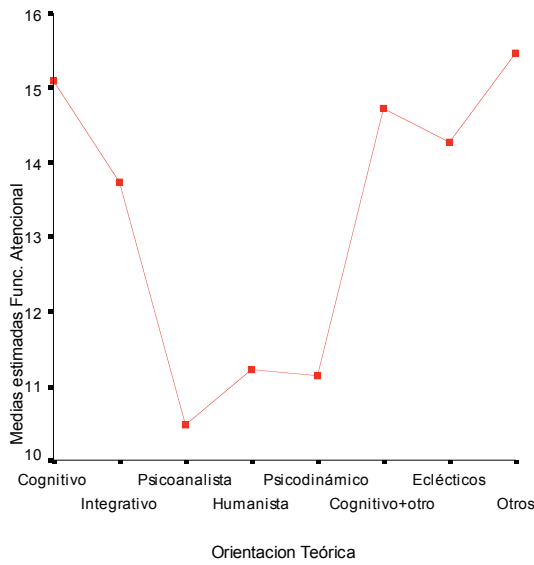


Gráfico Función Operativa

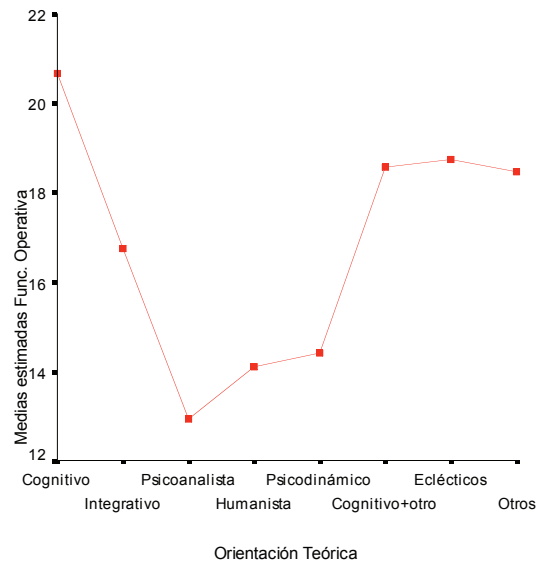


Gráfico Función Expresiva

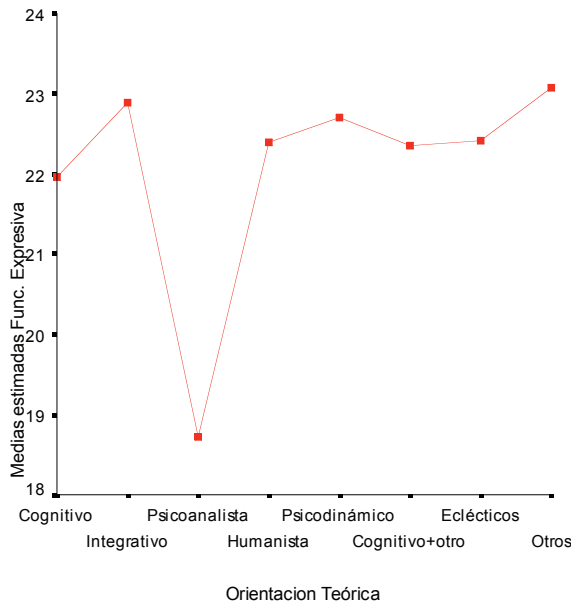
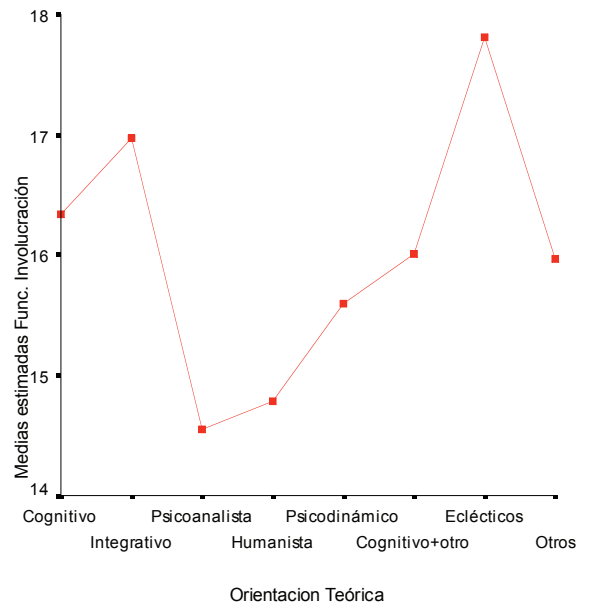


Gráfico Función Involucración



En general, se aprecia que para la función *Atencional* las diferencias más importantes se encuentran entre los terapeutas de orientación psicoanalítica, psicodinámica y humanista, por un lado, y el resto de las orientaciones por otro. El primer grupo con un foco atencional significativamente más amplio. En la función *Operativa* el patrón es similar al anterior aunque se observa una diferenciación más clara entre psicoanalistas y cognitivos, y también entre los cognitivos y el resto de las orientaciones. En la escala *Expresiva*, los psicoanalistas se diferencian claramente del resto de las orientaciones, incluyendo los psicodinámicos y humanistas, que en las escalas *Atencional* y *Operativa* comparten la misma tendencia. En cuanto a la función de *Involucración*, las diferencias se encontraron una vez más entre el grupo de psicoanalistas y psicodinámicos -más baja involucración - y el grupo de los terapeutas de orientación integrativa y cognitiva.

Por último, la Duración del Tratamiento marca diferencias en las escalas *Atencional* [$F(3, 638) = 3,29; p < 0,05$] y *Operativa* [$F(3, 638) = 7,52; p < 0,001$]. Las comparaciones *post hoc* indican que los terapeutas que trabajan con tratamientos breves muestran puntuaciones significativamente más altas en estas escalas que el resto de los terapeutas.

No se encontraron diferencias en las funciones del EPT para Dispositivo terapéutico (individual-pareja-familia-grupos), Tipo de Patología (ansiedad y depresión-trastornos de la personalidad-adicciones-trastornos severos-trastornos de la comunicación-disfunciones sexuales-otras), ni para Años de experiencia (rango 2 - 23 años). En la Tabla 3 se presentan los resultados de los efectos inter-sujetos para las diferentes fuentes y para cada escala.

Los hombres presentaron puntuaciones promedio más elevadas ($M=13,83; DT=0,69$) que las psicoterapeutas mujeres ($M= 12,70; DT=0,51$) en la función *Atencional*, es decir, informaron una atención más focalizada en su actividad clínica.

En cuanto a las diferencias halladas de las variables relacionadas con la naturaleza y condiciones de la psicoterapia, mostraron un efecto diferencial sobre el EPT la extensión del tratamiento y la orientación teórico-técnica de los psicoterapeutas. En el primer caso, para los tratamientos considerados breves (hasta 6 meses) las funciones predominantemente técnicas del EPT (*Atencional* y *Operativa*) se diferenciaron significativamente de los tratamientos con extensiones mayores (intermedios y/o prolongados). Las medias estimadas para AT son: breve $M=14,71; DT=0,64$; intermedia $M=13,04; DT=0,61$; prolongado: $M= 11,99; DT= 0,90$. Los contrastes *post hoc* muestran que estas diferencias son aportadas por los tratamientos breves sobre el resto, estos resultados indican que los tratamientos breves se relacionan con una función *Atencional* significativamente más focalizada.

Cuando se analizó la escala *Operativa*, las medias estimadas fueron: breve $M=18,83; DT=0,72$; intermedio $M=16,94; DT=0,68$; prolongado: $M= 13,94; DT= 1,01$. Las diferencias para esta función siguen la misma tendencia de significación que para la función *Atencional*, y las pruebas *post hoc* realizadas indican claramente que la duración de los tratamientos tiene un efecto diferencial sobre la función operativa del EPT; cuanto más breves son los tratamientos, más pautado y directivo el EPT.

Discusión

La intención de este artículo fue presentar una versión abreviada del cuestionario EPT-C y proporcionar nueva evidencia sobre la validez de este instrumento como herramienta para la evaluación del constructo. El análisis factorial confirmatorio realizado permitió estimar un buen ajuste entre el modelo de medida penta factorial EPT-C y el constructo teórico. Los cinco factores que se derivan de la modelización propuesta reflejan a través de 21 ítems, cinco funciones constitutivas del EPT, independientes pero relacionadas, que identifican dos factores de segundo orden. El primero de ellos, de aspectos predominantemente técnicos del EPT como son las funciones *Atencional* y *Operativa*, y el otro de aspectos relacionales, a través de las funciones *Expresiva*, de *Involucración* e *Instruccional*; esta última correlaciona con la de *Involucración* aunque no con la *Expresiva*, es por esto que creemos que está más cerca de los aspectos relacionales que de los técnicos. Por otro lado, la dimensión *Instruccional* correlaciona positivamente con la alianza terapéutica y los resultados de la psicoterapia, dando pruebas así de su relevancia (Corbella-Santomá, 2002).

Asimismo la versión abreviada del cuestionario que se deriva de los análisis realizados, propone una buena versión tanto por sus condiciones psicométricas como por su sensibilidad para detectar diferencias ya halladas con la versión original.

En cuanto a las variables de relevancia terapéutica evaluadas, es interesante observar que mientras la duración del tratamiento se asocia predominantemente con los aspectos más técnicos del EPT, como son el manejo atencional y las operaciones terapéuticas, la orientación a la que adscriben los terapeutas tiene un efecto tanto con los aspectos técnicos como con las funciones estilísticas que se vinculan con la alianza y el manejo de la relación terapéutica. Los terapeutas de orientación psicoanalítica en su conjunto fueron los que más aportaron a estas diferencias, corroborando los hallazgos de estudios previos (Castañeiras et al., 2006). Es decir, fueron los que atencionalmente se describieron significativamente más amplios y abiertos; más espontáneos operativamente, más distantes en la

comunicación emocional y, con más baja involucración comparados con el resto de las orientaciones relevadas.

Sin embargo, ninguna de las variables analizadas se asoció con la función *Instruccional* del EPT, relacionada con el establecimiento y el manejo del setting terapéutico, aunque no se descarta que este resultado también pueda deberse a la escasa cantidad de ítems (sólo tres) que componen este factor; de hecho fue el factor que presentó más baja consistencia interna. También es interesante observar que tal como se presenta en la modelización propuesta (Figura 1), las funciones técnicas del EPT (*Atencional* y *Operativa*) son prácticamente independientes de las que expresan el grado de comunicación emocional, de involucración y de la dimensión instruccional; es decir, por ejemplo el hecho de que un terapeuta sea más pautado no necesariamente indica un mayor o menor grado de involucración o el ser más o menos cercano emocionalmente. Respecto a la dimensión atencional sucede algo similar.

En síntesis, las perspectivas futuras de investigación sobre el EPT se centran en estudios sobre los efectos del entrenamiento en el EPT; en profundizar en las relaciones EPT - características de los pacientes y efectividad de la psicoterapia, y la relación entre el EPT-C y otras dimensiones de la personalidad.

Finalmente, este estudio de validación teórica completa el proceso de establecer la calidad técnica del EPT-C en población argentina. Como se mencionó previamente, los estudios técnicos sobre el instrumento y sus aplicaciones, se están realizando en diferentes países y están disponibles dos traducciones realizadas hasta el momento.

Efectivamente todo esto constituye una condición necesaria para garantizar la adecuada operacionalización del constructo. No obstante, creemos que la riqueza teórica y empírica del EPT para conceptualizar y operacionalizar los patrones estilísticos de los terapeutas en todas las modalidades en las que pueden expresarse, no se agota en esta medida. Esto puede derivar en el futuro, en la formulación de nuevas dimensiones del EPT que intenten dar cuenta más acabadamente de uno de los componentes de este complejo fenómeno relacional que constituye la psicoterapia.

Referencias

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

Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. En: M.J. Lambert (eds.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Fifth Edition) (pp. 227-306). New York: John Wiley.

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), 587-593.

Corbella-Santomá, S. (2002). *Compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y el perfil personal del paciente*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Ramón Llull. España.

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

Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. & Corbella-Santomá, S. (2003). Assessment Questionnaire on The Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125.

Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. & Corbella-Santomá, S. (2000, septiembre). *Estilos personales e terapeutas psicoanalíticos, cognitivos e integrativos*. Comunicación presentada en el 2do Congreso Latinoamericano de Pesquisa em Psicoanalise e Psicoterapia. Gramado, Brasil.

Fernández-Álvarez, H. (2001). Formación de terapeutas. Entrenamiento en habilidades terapéuticas. En: H. Mesones Arroyo (comp.). *Curso de Psicoterapia IV: La formación del psicoterapeuta* (pp. 75-90). Buenos Aires: Ananké.

Fernández-Álvarez, H. Gómez, B. Castañeiras, C. & Rial, V. (2005, junio). *Normalization of the Assessment Questionnaire of the Personal Style of the Therapist (PST-Q) in a population of Argentinian Psychotherapists*. Comunicación presentada en el 36th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Quebec, Canadá.

García, F., Castañeiras, C., Rial, V. & Fernández-Álvarez, H. (2005). *Programa de investigación sobre el estilo personal del terapeuta*. Póster presentado en el IV World Congress of Psychotherapy. Buenos Aires, Argentina.

Hill, C.E. & O'Brien, K. (1999). *Helping skills: facilitating exploration, insight, and action*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Malik, M., Fleming, J., Penela, V., Harwood, M., Best, S. & Beutler, L. (2002, junio). *Which therapist for which client? The interaction of therapist variation and client characteristics in affecting rates of change: An effectiveness study*. Comunicación presentada en el 33th Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research. Santa Bárbara, USA.

Popp, M., Gonçalves, M. & Caspar, F. (2004, junio). *The psychotherapists' attention in the course of an intake interview. A comparison between experts and novices*. Comunicación presentada en el 35th Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research. Roma, Italia.

Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. & Fernández-Álvarez, H. (2006) Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuanti y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2(98), 191-208.

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