

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA



Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

*“Estilo Personal del Terapeuta (EPT) en profesionales de formación
Psicoanalítica, Cognitiva y Gestáltica”*

Alumna: Helman, Paula Mariela

Legajo: B00034844-P1

Director: Raúl Gómez Alonso

Título a obtener: Lic. en Psicología

Julio 2023

Índice

Resumen	4
1. Introducción	5
2. Estado del arte	6
3. Problema de investigación.....	10
3.1 Objetivos.....	11
3.2 Objetivo general	11
3.3 Objetivos específicos.....	11
4. Marco teórico	12
4.1 Estilo Personal del Terapeuta (EPT)	12
4.2. Psicoterapia.....	15
4.3. Alianza terapéutica.....	17
4.4. Transferencia.....	19
5. El rol del terapeuta según cada corriente	21
5.1. Corriente Psicoanalítica.....	21
5.2. Corriente Gestáltica	22
5.3. Corriente Cognitiva	23
6. Marco metodológico.....	25
6.1. Tipo de investigación.....	25
6.2. Población y muestra	26
6.3. Procedimiento	26
6.4. Técnicas e instrumentos	27
6.5. Consideraciones éticas	29
7. Análisis de los datos e Interpretación de los resultados.....	30
7.1. Psicoanálisis	32
7.2. Gestalt.....	33
7.3. Cognitiva.....	35
7.4. Comparativa entre las tres corrientes	41
8. Conclusiones finales	44
9. Referencias bibliográficas	47
10. Anexos.....	52

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo reflexionar en torno a las características personales del terapeuta y su relación con las corrientes Psicoanalítica, Gestáltica y Cognitiva de la psicología. El estudio se realizó en base a un cuestionario de autoadministración diseñado para tal efecto, y fue aplicado a una muestra integrada por treinta profesionales de la psicología de entre 33 y 68 años, de la ciudad de Rosario, siendo la mayoría de sexo femenino. De los psicólogos participantes, la distribución según las orientaciones teóricas a las que adherían fue voluntariamente equitativa, con diez participantes de cada disciplina, dando lugar a la siguiente distribución porcentual: 33,33% Psicoanálisis, 33,33% Gestalt, 33,33% Cognitiva. El mismo fue elaborado a partir de elementos del Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) (Fernández-Álvarez et al., 2003), un instrumento que permitió identificar la forma en que el terapeuta se desenvuelve en el marco terapéutico. Posteriormente, se realizó un análisis comparativo en profundidad de las variables obtenidas a partir de categorías conceptuales. El análisis de los resultados mostró que los estilos terapéuticos con puntuaciones más altas fueron las de las funciones expresiva y operativa. La corriente Psicoanalítica mostró las funciones más bajas en Instruccional, Atencional e Involucración, mientras que la corriente Cognitiva mostró las puntuaciones más altas en Atencional, Instruccional y Operativa. Así mismo, la corriente Gestáltica reveló la función más baja en la operativa y más alta en involucración con relación a las otras dos corrientes. Las tres corrientes mostraron niveles similares altos en la función expresiva.

Palabras clave: persona del terapeuta, EPT, corrientes psicológicas.

1. Introducción

Este trabajo aspira a aportar al desafío de abordar las características personales del terapeuta dentro del proceso psicoterapéutico. Asimismo, se buscó indagar sobre la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta (EPT) y las corrientes psicoanalítica, gestáltica y cognitiva.

En un contexto histórico y social inmediatamente posterior a una pandemia, durante la cual se enfatizó de forma notable la importancia de atender la salud mental, el rol de los profesionales de la psicología se volvió más crucial que nunca. En este marco, resultó no sólo relevante sino necesario indagar sobre los elementos que influyen el desarrollo y afianzamiento de los procesos terapéuticos. Tal como señalan Casari, Morán, e Isón (2017), los debates actuales ya no están centrados en demostrar la eficacia clínica de la psicoterapia ni su importancia para el bienestar integral de las personas, sino en tratar de comprender de qué manera factores como las técnicas específicas del profesional, el establecimiento de la alianza terapéutica, y las variables particulares del terapeuta inciden sobre el desarrollo de la terapia. A su vez, indagar sobre el Estilo Personal del Terapeuta (y su relación a las corrientes psicoterapéuticas) no tiene que ver con determinar el valor de uno por sobre otro, sino aportar conocimiento situado que permita enriquecer la formación y el desarrollo de psicoterapeutas (Corbella y Botella, 2003), así como fomentar su capacidad de autoevaluación, búsqueda de crecimiento y aprendizaje continuo.

Al analizar los procesos que intervienen en la psicoterapia, resulta evidente que el profesional es una figura fundamental para el afianzamiento de la misma. Según afirman Fernández-Álvarez y Opazo (2004), el desarrollo de la terapia depende en parte de las habilidades, cualidades y características del terapeuta. En sentido similar,

Lambert (1989) afirma que los terapeutas “contribuyen en el proceso y resultados a través de actitudes, adaptación personal, entrenamiento, adaptación teórica, experiencia, estilo terapéutico, técnicas y actitudes hacia la relación” (Fernández Álvarez y Opazo, 2004, p.416). Si bien las características o estilo del profesional han sido algunos de los aspectos más abordados por la teoría psicológica desde diversas perspectivas y anclajes disciplinares, no se han encontrado considerables trabajos que hagan foco en la auto-percepción de los propios analistas sobre aquellas características que influyen, sobre el desarrollo del proceso terapéutico, y su relación con las corrientes académicas y clínicas a las que suscriban. En este sentido, Szmulewicz (2013) plantea que la persona del terapeuta ha sido un concepto mencionado desde los inicios del ejercicio de la psicoterapia, pero que el foco ha estado predominantemente puesto en la perspectiva de los pacientes que consultan y/o en los procesos terapéuticos. En las últimas décadas, y sobre todo a partir del desarrollo del concepto de Estilo Personal del Terapeuta (Fernández-Álvarez y García, 1998) y del Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) (Fernández-Álvarez et al., 2003) se ha consolidado un campo de estudio que ha indagado ampliamente en la apreciación de los analistas sobre la influencia de sus propias características personales en el afianzamiento de la terapia. En este grupo, muchas han hecho hincapié sobre la influencia comparativa de las distintas corrientes clínicas y académicas en la conformación del EPT, pero ninguna lo ha hecho sobre profesionales Rosarinos. Ante esta vacante de conocimiento, se realizó este trabajo con este enfoque particular, sobre una población específica como son los terapeutas de la ciudad de Rosario.

2. Estado del arte

Una revisión bibliográfica sobre esta temática arrojó una amplia gama de estudios que se han centrado en diferentes aspectos del estilo personal del terapeuta, la influencia de las características de uno u otro sobre el proceso terapéutico, y la incidencia de estos factores sobre el desarrollo de la terapia. Se recogieron aquí algunos antecedentes que se consideran particularmente relevantes en tanto referencia para el abordaje de esta investigación.

Szmulewicz (2013) plantea que, al ser el vínculo entre terapeuta y paciente un elemento central para la realización de toda terapia, la subjetividad del profesional es de crucial importancia, ya que es quien debe hacer los mayores esfuerzos para construirlo y sostenerlo. En este sentido, el terapeuta no puede ser entendido como una persona neutral, sino como alguien con características particulares que se develan en cada intervención. Es fundamental entonces saber “de qué se habla cuando se refiere a la persona del terapeuta y cuáles resultan ser las características esenciales que se ponen en juego dentro de una psicoterapia” (Szmulewicz, 2013, p. 1). Por otra parte, Hernández García (2007) valora la neutralidad, en el contexto terapéutico, como la cualidad del psicoterapeuta por la que, “con desinterés personal y compromiso profesional, facilita que una persona, en cuyo interior se dan opciones en conflicto (por múltiples posibilidades causales), abra, amplíe, aclare el espectro de interrelaciones y pueda conocer y actuar con más y mejor juicio” (p. 127). En sentido similar, Aaron (1996) señaló que el terapeuta no es una persona imparcial capacitada para percibir al otro de forma categórica, sino que es alguien que se presenta inevitablemente en la terapia atravesado por sus sentimientos, percepciones, pensamientos y una biografía propia. Es decir que en ningún caso se entiende a la neutralidad pretendida del profesional como una actitud pasiva. Finalmente, Aponte et al. (2009) planteó que el terapeuta debe desarrollar la habilidad de utilizar sus características y experiencias personales para identificarse y, a la vez, diferenciarse de sus pacientes. Debe ser capaz de retraerse

emocionalmente del proceso para sostener una mirada analítica, y debe estar a su vez lo suficientemente implicado para ser empático.

En las últimas décadas, se ha formado un creciente corpus de investigación sobre el Estilo Personal del Terapeuta (EPT), entendido como un modo propio y personal de ejercer en la clínica (Fernández-Álvarez y García, 1998). Estas indagaciones se han llevado a cabo a través de distintas aplicaciones del instrumento EPT-C (Fernández-Álvarez et al., 2003), el cual reconoce e indaga cinco funciones de la actividad terapéutica: Atencional (búsqueda de información), Operativa (intervenciones terapéuticas), Instruccional (establecimiento del encuadre terapéutico), Expresiva (grado de expresividad emocional) y de Involucración (compromiso). Entre estas inquietudes analíticas, han surgido diversos enfoques que denotaron relevancia para esta investigación. En primer lugar, Casari, Ison y Gómez (2018), relevaron el devenir del concepto desde sus orígenes en la obra de Fernández-Álvarez y García (1998) hasta contribuciones más contemporáneas. Es interesante destacar que este estudio ha concluido que el enfoque teórico fue una variable determinante para percibir diferencias en la conformación del EPT. Los autores también remarcan que el emplazamiento disciplinar del profesional es la variable que más se ha atendido en las investigaciones abocadas a la influencia del EPT sobre el proceso terapéutico (Casari, Albanesi y Maristany, 2013; Castañeiras, García, Lo Bianco y Fernández-Álvarez, 2006; Castañeiras et al., 2008; Da Silva et al., 2006; Moya Cortés, 2015; Silva Palma y Guedes Gondim, 2016; Vázquez y Gutiérrez de Vázquez, 2015). También identificaron que, luego del enfoque teórico, las variables que mayormente fueron indagadas con relación al EPT fueron la experiencia del profesional y duración del tratamiento.

Entre estas últimas, se puede destacar sin dudas el estudio de Vázquez y Gutiérrez de Vázquez (2015), quienes analizaron a 60 psicoterapeutas, pertenecientes a las orientaciones psicoanalítica, cognitiva e integrativa, a través del cuestionario EPT-C.

Los resultados obtenidos mostraron diferencias y similitudes en el estilo personal del terapeuta según la orientación teórica-técnica, mostrando un perfil característico según sean psicoanalíticos, cognitivos o integrativos. Los autores también identificaron diferencias en relación a cada una de las cinco funciones del EPT-C. En relación al perfil estilístico de las distintas orientaciones, observaron que los terapeutas psicoanalistas y cognitivos tienden a un perfil más definido y sustentado en su base teórica.

De forma similar, Casari, Albanesi y Maristany (2013) estudiaron la influencia del enfoque teórico del profesional en el EPT. Para ello, se administró el EPT-C a una muestra de 106 psicoterapeutas de Buenos Aires, Argentina, y encontraron diferencias significativas en las funciones del EPT en los terapeutas psicoanalistas en comparación con sus colegas de otras orientaciones teóricas. Entre los resultados específicos a destacar, “se detectaron diferencias estadísticamente demostrativas en comparación con los terapeutas cognitivo-conductuales en la función Operativa” (p. 137). Castañeiras et al. (2008), en una investigación de enfoque similar, compararon las funciones más y menos desarrolladas en terapeutas de distintas orientaciones teóricas. Encontraron que los terapeutas cognitivos poseen la atención más focalizada y una mayor preferencia por tratamientos pautados, mientras que los psicoanalistas son los terapeutas que poseen la atención más abierta, optan por tratamientos e intervenciones más espontáneas, y son más distantes a nivel emocional.

Por otra parte, Botella y Corbella (2005) estudiaron la relación entre el EPT, las características del paciente, y la relación con la alianza terapéutica y los resultados de la psicoterapia. Uno de los estudios que relevan estos autores, realizado en Buenos Aires, determinó que la compatibilidad de estilos “entre terapeuta y paciente constituye la base de una relación de sincronización comunicativa y resonancia emocional (de apego seguro) que facilita el establecimiento de una alianza terapéutica sólida y, por tanto, de

un buen resultado de la terapia” (Botella y Corbella, 2005, p. 86, 87). Para esto, se utilizaron múltiples medidas de evaluación para evaluar variables del paciente, terapeuta, alianza terapéutica y resultados.

Grzona et al. (2021) se ha enfocado en evaluar si existen modificaciones en el estilo y en la personalidad de los profesionales en formación tras atravesar la etapa de entrenamiento clínico. En este caso, trabajaron con 77 estudiantes del último año de la carrera de Psicología de la Universidad de Mendoza, a quienes evaluaron antes y después de que realizaran las prácticas pre-profesionales clínicas a través del Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (o EPT-C). En este caso, los resultados apuntaron a “un aumento de la cercanía emocional y una menor rigidez en el encuadre terapéutico, así como un incremento de la sociabilidad y de la estabilidad emocional luego de las prácticas” (Grzona et al., 2021, p. 1).

Por su parte, Moya Cortés (2015) se propuso indagar en la relación entre las cinco funciones del EPT y su relación con la calidad de la alianza terapéutica. Para esto, se aplicó el EPT-C (de forma conjunta otro cuestionario específico para evaluar la alianza) a una muestra formada por 48 psicoterapeutas en ejercicio. Los resultados indicaron “una correlación significativa entre la función Expresiva (proximidad emocional) y la calidad de la alianza percibida por los terapeutas” (Moya Cortés, 2015, p. 1). Estos antecedentes con resultados específicos sobre cada función fueron retomados en el análisis de resultados de esta tesis.

3. Problema de investigación

¿Cuáles son las características del Estilo Personal del Terapeuta (EPT) según adhesión a las corrientes psicológicas Psicoanalítica, Gestáltica y Cognitiva, en profesionales de la ciudad de Rosario considerando edad, sexo y experiencia clínica?

3.1 Objetivos

A partir del planteamiento del problema de investigación, la delineación del objeto de estudio y la revisión del estado del arte, se elaboraron los siguientes objetivos que operaron como guía estructural del trabajo.

3.2 Objetivo general

- Describir comparativamente el Estilo Personal del Terapeuta (EPT) en función de su adherencia a las corrientes Psicoanalítica, Cognitiva y Gestáltica, considerando sexo, edad y experiencia clínica.

3.3 Objetivos específicos

- Identificar el Estilo Personal del Terapeuta que trabaja con la corriente teórica psicoanalítica.
- Reconocer el Estilo Personal del Terapeuta que trabaja con la corriente teórica gestáltica.
- Distinguir el Estilo Personal del Terapeuta que trabaja con la corriente teórica cognitiva.
- Relacionar y comparar los estilos en función a las corrientes analizadas y considerando sexo, edad y experiencia clínica.

4. Marco teórico

Este trabajo se desarrolló primordialmente en el marco de la psicoterapia, basándose en nociones teóricas de la literatura psicoanalítica y en cuestiones empíricas vinculadas a la práctica clínica del psicoanálisis. A su vez, se consideraron de forma complementaria, para dar lugar al análisis comparativo, elaboraciones conceptuales de otras corrientes clínicas y académicas, como la terapia Cognitiva y la Gestalt.

4.1 Estilo Personal del Terapeuta (EPT)

Fernández-Alvarez y García (1998) describen la noción de estilo como la forma en que cada persona puede expresar sus pensamientos, ideas y sentimientos. Según retoma Ramírez Rodríguez (2021), en psicología, el estilo “señala comportamientos estables, que pueden adaptarse y ajustarse a diferentes contextos” (p.14), mientras que en psicoterapia esta noción se refiere “a un estado objetivo específico de la terapia” (p. 14), que es estable en el tiempo y es influenciado por la modalidad en que el terapeuta aplica cualquier procedimiento o técnica.

Casari, Ison y Gómez (2018) definen al EPT como “aquellas características que cada terapeuta imprime a su actividad clínica como resultado de su particular manera de ser, más allá del foco de su trabajo y de los requerimientos específicos de la tarea” (p. 1). Fernández-Álvarez y García (1998), los investigadores argentinos que delinearon el concepto, caracterizaron al EPT como “el factor más idiosincrático del profesional, relacionado a modos particulares de comunicación” (Casari, Ison y Gómez, 2018, p. 1), influenciado por características personales del terapeuta y su orientación teórica

(Fernández-Álvarez, García, LoBianco y Corbella, 2003; en Casari, Ison y Gómez, 2018).

Fernández-Álvarez (1998) describió tres factores principales que configuran el EPT. El primero es la posición del terapeuta en la red social (inserción socioeconómica del profesional, el circuito socio-profesional al que pertenece y la forma de prestación). El segundo, la situación vital actual del terapeuta (cómo se presenta frente al imaginario colectivo y de su grupo social de pertenencia y referencia), que incluye características objetivas como edad, sexo, formación y años de experiencia. El tercer y último factor está relacionado con los modos de comunicación que utiliza. Este es el factor más personalizado y de él dependen las variaciones singulares con que el Estilo Personal de un terapeuta incide sobre el uso de una técnica específica. El EPT “se traduce, concretamente en estos diferentes modos de comunicación a los que el terapeuta apela para influir sobre el paciente con el objeto de promover determinados procesos de cambio” (Fernández-Álvarez, 1998, p. 141). Por esto, el Estilo Personal del Terapeuta es el “producto de una serie de funciones que operan integradamente, aunque no todas esas funciones tengan la misma importancia o incidencia en cada tramo de la relación terapéutica” (Fernández-Álvarez, 1998, p. 141).

Tal como se mencionó al comienzo de este trabajo, el desarrollo conceptual y empírico del EPT está basado en la necesidad de que los profesionales, en tanto entendidos como instrumento en la terapia, puedan comprenderse y conocerse a sí mismos, y reconocer las particularidades de su estilo, para mejorar sus intercambios con los pacientes y su influencia en el proceso (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004). Según estos autores, los terapeutas deben ser conscientes de los temas “que traen a la relación procedentes de su propia historia y experiencia vital” (p. 428). Es en este sentido que cada terapeuta desarrolla “valores, habilidades y creencias que combina con sus

conocimientos los cuales aplica a situaciones y contextos variados formando así un estilo personal único” (Cadena Illescas, 2007, p. 15).

El EPT debe ser entendido entonces como una variable moderadora (Barón & Kenny, 1986) que incide sobre los resultados de los procesos terapéuticos (Castañeiras et al., 2008). Esta influencia adoptará distintas formas según las características del paciente y el contexto específico de aplicación. El EPT se entiende a su vez como una variable dimensional que presenta consistencia y estabilidad, aunque puede presentar cambios en el tiempo, como resultado de la formación recibida, por modificaciones en las condiciones de trabajo, o incluso por situaciones vinculadas a la vida personal del terapeuta (Fernández-Álvarez et al., 2003). Estas variaciones pueden resultar transitorias o permanentes, dependiendo de cada caso. De esta manera, resulta claro de qué manera este conjunto de rasgos personales reconocidos como EPT se “manifiesten en las distintas funciones terapéuticas, tengan un impacto sobre el proceso terapéutico e influyan sobre el resultado del tratamiento” (Castañeiras et al., 2008, p.6). En relación específica al enfoque de esta investigación, y como ya se sugirió en las definiciones anteriores, los autores establecen un vínculo de influencia directa entre estos patrones estilísticos y “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 et al., 2006, p. 6).

Finalmente, respecto de las formas de evaluar el EPT y sin desarrollar todavía el EPT-C, Fernández-Álvarez et al. (2003), distinguieron “dos dimensiones hipotéticas básicas: una relacionada con lo predominantemente técnico y la otra asociada con la relación terapéutica” (Castañeiras et al., 2008, p. 6). La primera tiene que ver con los mecanismos atencionales de búsqueda y selección de la información y a las operaciones terapéuticas (Castañeiras et al., 2008, p. 6), mientras que la segunda se relaciona con los aspectos motivacionales de la relación terapéutica, como la regulación emocional del

terapeuta y el ajuste en el grado de involucración en la relación con el paciente y con la terapia.

4.2. Psicoterapia

Uno de los conceptos clave para la construcción del cuestionario y la posterior instancia de análisis será el de psicoterapia (Feixas y Miró, 1993) en tanto “tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos, en el contexto de una relación profesional” (p. 16). Según los autores, su eficacia vendrá dada por la acción conjunta de factores específicos e inespecíficos que se encuentran presentes en cualquier proceso psicoterapéutico (Fernández Álvarez, García y Scherb, 1998; en Muller y Palavezzati, 2005). En este sentido, la noción de ejercicio profesional da un marco relevante para la reflexión empírica y teórica de las características del analista.

A lo largo del desarrollo de la disciplina, se han elaborado múltiples definiciones de psicoterapia. Cadena Illescas (2007), en su trabajo sobre el EPT en Guatemala, recopila varias, elaboradas en distintos momentos históricos, empezando por Lambert (1989), que realiza la siguiente caracterización:

una relación entre personas involucradas en un proceso compartido en donde hay uno o más individuos que necesitan un tipo específico de asistencia, para mejorar su funcionamiento como persona, junto con uno o más individuos definidos como capaces de brindar esta asistencia (Bernardi et al., 2004, p. 100).

También retoma a Frank (1973), uno de los pioneros en llevar adelante estudios en psicoterapia, que la define como “una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza, entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre”

(Kleinke, 1998, p. 21), durante la cual “el sanador busca aliviar el malestar del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también a veces mediante actividades corporales” (p. 21). Wolberg (1977), por su parte, señala que la psicoterapia es “el tratamiento por medios psicológicos de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente”, con el objetivo de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, cambiar patrones de conducta perturbados y promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo (Bernardi et al., 2004, p.100, en Illescas, 2007, p. 3,4). En las conceptualizaciones citadas, queda claro que la psicoterapia implica un proceso intencional, acordado entre al menos dos partes (una que padece el sufrimiento y otra con recursos para contenerlo) con roles claros en búsqueda de un objetivo común: aliviar un malestar.

Algunas definiciones más contemporáneas, también recuperadas por Cadena Illescas (2007), insisten sobre estas características e indican que en la actualidad la psicoterapia puede considerarse como un “servicio profesional que provee ayuda personal en la esfera de la vida privada bajo la guía y autoridad del conocimiento científico” (Bernal y Martínez Taobas, 2005, p. 9). Strozka (1999), por su parte, plantea en sentido similar que la psicoterapia es un proceso que tiene como características la relación interpersonal, la planificación y realización consciente, con el fin de modificar estados de sufrimiento tanto psíquicos como trastornos conductuales. (Arredondo y Salinas, 2005, p.14).

Frank y Frank (1991) se encargan de condensar algunas de las características que tienen en común estas concepciones, y reconocen cuatro características fundamentales de todo proceso psicoterapéutico: una relación de confianza, un escenario de curación, un marco conceptual, y tareas o procedimientos que “requieren

de la participación activa tanto del paciente como del terapeuta” (Bernal y Martínez Taobas, 2005, p. 9).

4.3. Alianza terapéutica

La característica de mayor relevancia en la noción de psicoterapia tiene que ver con la relación terapéutica. Este vínculo, acompañado de un encuadre terapéutico, es lo que hace viable la psicoterapia (Feixas y Miró, 1993). Y, en el marco de la psicoterapia, no se puede hablar de la relación terapéutica sin hablar de la alianza terapéutica. Este término, que se fue desarrollando a lo largo del siglo XX en el ámbito de la literatura psicoanalítica (Corbella y Botella, 2003) y tiene orígenes en la transferencia freudiana, es otro de los conceptos importantes para esta investigación. Esta noción, ampliamente teorizada y problematizada en la literatura, aportó elementos clave para pensar en la influencia de las características del terapeuta sobre el proceso terapéutico. La APA Division of Psychotherapy Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships explica la alianza terapéutica con base en la calidad y fuerza de la relación colaborativa entre el paciente y el psicoterapeuta. Este concepto incluye lazos afectivos, aspectos cognitivos de la relación terapéutica, consenso y compromiso hacia las metas de la terapia (Horvath & Bedi, 2002). Zeitzel (1956), por su parte, afirmó la relevancia de la alianza para la efectividad del tratamiento y la diferenció de la transferencia, afirmando que la alianza era la parte no neurótica de la relación entre paciente y terapeuta (Etchevers et al., 2010). Según Navia y Arias (2012) la alianza terapéutica es uno de los aspectos relacionales con mayor y más claro soporte empírico, que en conjunción con las variables del terapeuta, explica la mayor parte de la varianza en los resultados de la terapia.

Retomando nuevamente a Botella y Corbella (2004), la alianza terapéutica surge a través de la interacción que tiene lugar entre las variables del paciente y las variables del terapeuta, y está influida por las características y la historia personal de cada uno de ellos. A su vez, han identificado algunas características o actitudes de los profesionales que ayudan al establecimiento de la alianza, entre las que cabe mencionar la empatía y la calidez como dos de las cualidades que la mayoría de los investigadores consideran relevantes, pero no suficientes, para establecer una buena alianza terapéutica. De forma similar, la existencia de respuestas diferentes por parte de los pacientes a dichas características, subrayan la importancia del carácter interactivo de la alianza y de la compatibilidad entre paciente y terapeuta (Botella y Corbella, 2004). Asimismo, encontraron que comportamientos de exploración y valoración por parte del terapeuta favorecen el desarrollo de un vínculo de calidad. Luborsky (1976), retomado por Botella y Corbella (2003) señala que la alianza es dinámica y va cambiando según avanza la relación.

Hermosa Bosano (2010) estudió la relación entre las características del terapeuta y el establecimiento de una buena alianza terapéutica. Ackerman y Hilsenroth (2001), refieren que “la flexibilidad, la honestidad, el respeto, la confianza en sí mismo, el interés, la alerta, la calidez y apertura, son básicas para el establecimiento de una buena alianza” (p. 7). Mientras que, por el contrario, la rigidez, inseguridad, explosividad, el criticismo, la distancia, y la tensión son rasgos asociados a una alianza terapéutica deficiente. En sentido similar, con base en una revisión de la literatura disponible sobre el tema, Marshall et al. (2003) encontraron que la falta de interés, rechazo y falta de espera de la respuesta del paciente son comportamientos del terapeuta que se relacionan con una menor efectividad del tratamiento, mientras que, Ackerman y Hilsenroth (2003), afirmaron que el interés y la atención a la experiencia del paciente son factores que contribuyen positivamente con la alianza. Por su parte, Corbella y Botella (2003)

refieren a la necesidad de que el analista mantenga “un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de éste estableciera una relación positiva con el analista” (p. 205). En este sentido, el aspecto real de la alianza constituiría el vínculo emocional existente entre un terapeuta y su paciente, caracterizado por un intenso grado de empatía. El aspecto de trabajo de la relación, en cambio, estaría caracterizado por la capacidad de ambos participantes para “trabajar conjuntamente hacia los objetivos específicos” (Harley, 1985 en Corbella & Botella, 2003, p. 206). De forma similar, Norcross (2002) describe las formas en que el terapeuta contribuye a formar la alianza terapéutica a través de “elementos interactivos, interpersonales y de habilidad y destrezas” (Cadena Illescas, 2007, p. 10), entre las que destaca la sensibilidad ante las necesidades del paciente, la capacidad de mantener comunicación clara y abierta, la empatía, la apertura y la disposición a explorar. También destaca que, si bien la literatura no es categórica sobre esto, se encontró que a grandes rasgos los pacientes logran alianzas más fuertes con terapeutas con mayor experiencia.

Finalmente, Safran y Muran (2005) definieron a la calidad de la alianza como el “predictor más robusto en el éxito de todo tratamiento” (p. 25). Bordin (2002), en el mismo sentido, la reconoce como un prerrequisito para el cambio en todas las formas de terapia. Aparece aquí la idea de que el afianzamiento del proceso terapéutico depende más del apropiado establecimiento de esta relación colaborativa y no tanto de las técnicas específicas desplegadas por el profesional. En este sentido, se refuerza la idea de que la alianza es un concepto clave que atraviesa transversalmente todas las corrientes terapéuticas.

4.4. Transferencia

Un concepto fundamental es el de transferencia, conceptualizado por Freud (1912), quien ya señalaba la importancia de una actitud comprensiva del analista hacia el paciente para establecer una relación positiva entre ambos (Corbella y Botella, 2003). En el contexto de dicha relación, Freud (1912) conceptualizó la transferencia como motor de cambio, pero también como un posible obstáculo. En “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, Freud (1912) propone, a partir de su experiencia clínica, una serie de reglas técnicas que le han resultado adecuadas a su individualidad y que sirven para reconocer la posición del analista en el dispositivo analítico. Planteó que el analista debe sostener la “atención flotante”. En oposición a la asociación libre planteada a los pacientes, la atención flotante consiste en prestar la misma atención a cuanto uno escucha de un paciente, no privilegiar ningún elemento de su discurso y abandonarse a las propias memorias inconscientes (Feixas y Miró, 1993). Esta característica es fundamental para la supresión de prejuicios por parte del analista y la disposición a la escucha. Según Freud (1912), retomado por Feixas y Miró (1993), la regla de la atención flotante debe ser tomada como un ideal, que en la práctica se enfrentará con exigencias y dificultades. Otra de las reglas que plantea es la de no tomar nota en forma extensa durante el encuentro con el paciente, ya que esto perturba la atención, y recomienda hacer esta tarea una vez finalizada la sesión, apelando a la memoria. Otra regla que sugiere Freud es que el analista debe estar en condiciones de servirse de su inconsciente como instrumento del análisis, y por ende someterse a sí mismo a un proceso terapéutico.

Finalmente, Freud destaca que es fundamental que el paciente diga todo cuanto le surge en la sesión sin censurar pensamientos. Entonces, la función del analista puede ser entendida como la posibilidad de reenviar el dicho de analizante a su decir (Solano, 2004, en (Pinzón Arteaga y Quintero Gratz, 2015), usando la palabra no como respuesta clausuradora sino como una incitación a la construcción subjetiva del paciente sobre su

síntoma. Esto supone, de parte del analista, “una escucha sin miramientos o direccionamientos, consolidada como la posibilidad de acoger el sufrimiento” (p. 17).

5. El rol del terapeuta según cada corriente

5.1. Corriente Psicoanalítica

Para Feixas y Miro (1993), conocer qué características y habilidades del terapeuta están asociadas con el proceso y el resultado de la psicoterapia, es fundamental para facilitar la formación de psicoterapeutas y para consolidar la profesión. Esta fundamentación coincide con la que motiva al estudio del EPT, según se ha establecido anteriormente. Para estos autores, la característica más relevante del rol del terapeuta en un sentido general, independientemente de su orientación clínica, es su intención de ayudar al paciente. Desde el modelo psicoanalítico en particular, se considera que el analista debe presentar ciertos rasgos y habilidades para una adecuada relación terapéutica, entre las que destacan: actitudes neutrales que faciliten el proceso transferencial, y la capacidad de comunicarse con el paciente de manera que se favorezca el establecimiento de la alianza.

Guy (1987), retomado también por Feixas y Miro (1993), menciona una serie de motivaciones funcionales asociadas a los psicoterapeutas. En primer lugar, el autor hace referencia a la necesidad por parte del terapeuta de tener un interés natural por la gente y curiosidad sobre sí mismos y los demás. También mencionan la capacidad de escuchar como uno de los principales instrumentos curativos del profesional. A su vez, la capacidad de conversar, la empatía y comprensión, la capacidad de discernimiento emocional, y el conocimiento y la aceptación de las propias emociones habilita un dinámica que facilita el proceso terapéutico. A su vez, enumeran una serie de facultades

que deben ser propias del psicoterapeuta: la capacidad introspectiva, la capacidad de autonegación (en tanto la terapia requiere que el terapeuta deje a un lado sus propias necesidades personales y se centre exclusivamente en las necesidades del paciente), la tolerancia a la ambigüedad (entendida como la capacidad para soportar lo desconocido, las respuestas parciales y las explicaciones incompletas), la capacidad de aceptación al paciente como es, la tolerancia a la intimidad, y la posibilidad de querer no influir ni controlar sino de respetar el derecho y la responsabilidad del paciente de tener su propia opinión y autonomía (Feixas y Miro, 1993).

Casari, Albanesi y Maristany (2013) reconocen a la interpretación como la técnica principal del psicoanálisis. Según esta, el terapeuta nunca debe adoptar un rol directivo, al menos desde la postura de los autores clásicos. Es decir que en este enfoque existe una herramienta principal que se utiliza para diversos padecimientos, mientras que en el modelo cognitivo-conductual, se ha desarrollado el uso de técnicas específicas para determinadas patologías, desde un rol directivo del terapeuta (Beck, 1983; Tizon, 1992).

5.2. Corriente Gestáltica

Bordin (1979) sugirió que la noción de alianza terapéutica, aunque originada en el seno del modelo psicoanalítico, resulta en la actualidad ampliamente generalizable a los otros modelos. El autor afirmó que el desarrollo de una adecuada alianza terapéutica es un factor esencial en todas las formas de psicoterapia, aunque con particularidades propias según la modalidad de terapia.

Las perspectivas tradicionales de la terapia Gestalt enfatizaban la relación entre profesional y paciente como un medio para conseguir la conciencia de la experiencia de este último, mientras que visiones más contemporáneas consideran que la relación es el

medio para establecer un contacto experiencia con el paciente (Botella y Corbella, 2004). Schnake (2014), por su parte, plantea que al estar basada en una visión fenoménica de la realidad, la terapia Gestalt implica principalmente que la mirada del profesional esté puesta en el aquí-ahora de la situación y que observe atentamente lo que se revela a cada momento: “teniendo en cuenta que lo observado es inseparable de quien observa, se intenta hacer una descripción basada en lo obvio sobre lo que acontece, en ningún caso se intenta interpretar o entender” (Varela, 2015, p.7). En esta disciplina, el individuo “es guiado para que preste atención a lo que siente, lo que quiere y lo que está haciendo” (Kepner y Brien, 1970, p. 43, en Castañedo, 2001, p. 314). Respecto del rol del terapeuta, este se vuelve inevitablemente participante del campo, es influido por sus procesos y capaz de afectarlos (Castañedo, 2001). Reina entonces una orientación actitudinal (Peñarrubia, 2017) de parte del profesional durante el encuentro con el paciente. El psicólogo gestáltico no esconde su subjetividad detrás de una serie de técnicas rígidas y preestablecidas, sino que se entiende a sí mismo como el instrumento de la terapia, y utiliza sus propios sentimientos y estado de ánimo como instrumentos. En la Gestalt, revelar asuntos personales se considera parte de la actividad del terapeuta (Peñarrubia, 2017, p. 165). Se trata de una “modalidad terapéutica que enfatiza el autodescubrimiento, el reconocimiento (darse cuenta) de la autoexperiencia del terapeuta y sus esfuerzos para funcionar en una manera en la que predomine el contacto”. (Castañedo, 2001, p. 316).

5.3. Corriente Cognitiva

Desde el modelo cognitivo-conductual, en un principio, se desestimó la importancia de la alianza con respecto a las nociones del condicionamiento. Se postulaba que la calidad técnica de las intervenciones del terapeuta como instructor o

guía orientador para que el paciente aprendiese ciertos hábitos o conductas era el elemento esencial. Para esta corriente, el componente del vínculo de la alianza alude a la calidad afectiva de la relación entre terapeuta y paciente (Botella y Corbella, 2004). Desde esta perspectiva, se entiende el proceso terapéutico como un esfuerzo de colaboración mutua que realizan paciente y terapeuta, en el cual se busca un consenso explícito en relación a la naturaleza de los problemas del paciente, los fines de la terapia y los medios para alcanzarlos. En esta línea, Bordin (1979) identifica tres componentes fundamentales para el establecimiento de una alianza. El primero, por supuesto, es el vínculo establecido entre paciente y terapeuta, en tanto la calidad de éste será determinante para la vivencia que el paciente tenga del terapeuta, y por tanto para la colaboración en el proceso terapéutico. Un segundo componente es el grado de acuerdo en los objetivos de la terapia, de manera que terapeuta y paciente orienten sus esfuerzos en la misma dirección. El tercer componente es el acuerdo en las tareas de la terapia, es decir, en los medios adecuados para conseguir los objetivos propuestos. Estos tres aspectos (vínculo, acuerdo en los objetivos y acuerdo en las tareas) se influyen mutuamente y se desarrollan de forma simultánea, y no consecutiva.

También desde la perspectiva cognitiva-conductual, Beck y Young (1985) identificaron algunas características fundamentales del profesional para entablar una buena cooperación terapéutica: deben ser cálidos, empáticos, sinceros, atentos y no posicionarse en el papel de expertos o críticos. También insisten sobre el establecimiento colaborativo de un contrato terapéutico, que determine objetivos y expectativas, con responsabilidades compartidas susceptibles de ser ajustadas a lo largo del proceso.

En este anclaje disciplinar, “el lenguaje es concebido como una herramienta meramente comunicativa”, por lo que “es posible una descripción exacta del problema del paciente y una escucha objetiva por parte del terapeuta” (Pinzón Arteaga y Quintero

Gratz, p. 18). En esto se diferencia claramente de la clínica psicoanalítica, donde el lenguaje se entiende anudado a un plus de sentido que hay que develar.

Desde el modelo conductual, se propone al terapeuta como modelador y reforzador de las conductas apropiadas. Aquí, el papel del terapeuta se basa en instruir al cliente en las herramientas conductuales apropiadas para solucionar su problema. Es decir que la eficacia del tratamiento depende de las técnicas utilizadas y no de la relación terapéutica en sí misma. De todas maneras, y acorde a Bustos (2001), actualmente esta corriente considera al terapeuta como un sujeto no natural, con sus propias dificultades y sentimientos que interactúan con el paciente. Esto significa que el profesional no puede ser concebido como un juez objetivo de la experiencia del sujeto. De la misma manera, la terapia debe ser entendida como un proceso bidireccional, en el cual el terapeuta debe estar tan atento a las experiencias y procesos cognitivos del sujeto como a lo que ocurre en la relación entre ambos. Finalmente, y a modo de resumen, se puede afirmar que si bien en un momento en este modelo primó el interés por las técnicas y las herramientas, en la actualidad también se considera la importancia de las características del terapeuta en el proceso.

6. Marco metodológico

6.1. Tipo de investigación

Esta investigación se llevó a cabo a través de una metodología descriptiva/comparativa. Se desarrolló un trabajo empírico de recolección de datos con psicólogos que adhieren a cada una de las tres corrientes psicológicas (psicoanalítica, cognitiva y gestáltica). Los resultados de la aplicación del cuestionario se analizaron a partir de las categorías conceptuales previamente desarrolladas.

6.2. Población y muestra

La muestra estuvo conformada por 30 psicoterapeutas argentinos residentes en la ciudad de Rosario, que se encontraban ejerciendo la práctica clínica en el momento en que se llevó a cabo la presente investigación. La misma estuvo integrada por 21 personas del sexo femenino (70%) y 9 de sexo masculino (30%). La edad de la media es de 42,9 años y el promedio de años de ejercicio de la profesión de 12,73 años. De los psicólogos participantes, la distribución según las orientaciones teóricas a las que adherían fue voluntariamente equitativa, con diez participantes de cada disciplina, dando lugar a la siguiente distribución porcentual: 33,33% Psicoanálisis, 33,33% Gestalt, 33,33% Cognitiva.

6.3. Procedimiento

Para la realización del trabajo de campo de esta investigación, se contactó a los psicólogos y se los puso en conocimiento de las características del trabajo (alcance, objetivos y enfoque). Se solicitó su participación desinteresada y voluntaria. Se garantizó a los participantes el anonimato y la confidencialidad de todos los datos aportados al estudio. Los sujetos involucrados no recibieron ninguna compensación económica ni académica por su participación en el estudio. También se aclaró que, al momento de completar el cuestionario, no existían respuestas correctas y se pidió que fueran espontáneos a la hora de asignar valores a cada uno de los ítems.

6.4. Técnicas e instrumentos

Para determinar las características del analista se elaboró un cuestionario a medida, basado en el cuestionario de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) abreviado (Fernández-Álvarez et al., 2003). Se trata de un instrumento autoadministrado que permite identificar la forma en que el terapeuta se desenvuelve en el marco terapéutico. El mismo fue definido por los propios Fernández-Álvarez y García (1998) como un inventario autodescriptivo que consta de una serie de ítems diseñados para evaluar las distintas dimensiones que componen el Estilo Personal del Terapeuta. El ETP-C cuenta con propiedades psicométricas satisfactorias en cuanto a consistencia interna y estabilidad en el tiempo. Para este trabajo se utilizó la versión abreviada formada por 20 ítems presentados como autoafirmaciones a las que cada terapeuta debe responder según su grado de acuerdo con cada una de ellas, en una escala de 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.

Vale aclarar que el EPT-C es un instrumento con más de veinte años de desarrollo teórico y técnico, sobre todo en Latinoamérica, y que cuenta con distintos modelos y versiones (siendo la original la de 36 ítems). Existen al menos cinco versiones publicadas diferentes de este instrumento: algunas tienen una estructura de cuatro funciones y otras de cinco. Un análisis comparativo arrojó que la estructura de 5 factores y 20 ítems demostró tener las mejores propiedades psicométricas, motivo por el cual fue elegida para esta investigación. Esta medida evalúa dimensionalmente las siguientes funciones terapéuticas, según fueron descritas por Fernández-Álvarez y García (1998):

- Función Instruccional (o de establecimiento del setting terapéutico): 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 las tareas que deben cumplirse en el curso de las sesiones. Un ejemplo de ítem que mide esta variable es: "Soy bastante laxo con mis horarios". Los puntajes extremos de la dimensión son flexibilidad - rigidez, donde un punteo alto representa mayor rigidez en el profesional.

- Función Expresiva (o de comunicación emocional): refiere a las acciones llevadas a cabo por el terapeuta para lograr comunicación emocional efectiva con el paciente. 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. Un ejemplo de ítem que mide esta dimensión es: "Una alta proximidad con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos". Los puntajes extremos para esta función son: distancia-proximidad emocional. El punteo más alto significa entonces mayor cercanía del profesional con el paciente.

- Función de Involucración y Compromiso: abarca el conjunto de conductas explícitas e implícitas vinculadas con el compromiso que está dispuesto a asumir el terapeuta respecto a su desempeño profesional y, en especial, frente a sus pacientes. También se relaciona con el lugar que ocupa su trabajo en su vida personal. Un ejemplo de un ítem que mide esta dimensión es: "Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes". En este caso, un puntaje más alto refiere justamente a un mayor nivel de involucramiento y compromiso.

- Función Atencional (o de focalización): describe la manera en que el terapeuta centra su atención para obtener la información necesaria de sus pacientes. Se trata de una función básica relacionada con la búsqueda de los datos necesarios para operar terapéuticamente. Es decir, en qué medida, más o menos activa, cada terapeuta pone en juego su capacidad receptiva ante lo que manifiesta el paciente. Escuchar y preguntar son las acciones dominantes que constituyen esta dimensión. Un ejemplo de uno de los ítems que evalúa esta función es: "Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada". Los puntajes extremos de esta dimensión son: apertura-focalización de la atención. El puntaje más alto indica un enfoque más cerrado.

- Función Operativa (o de implementación instrumental). Incluye las acciones directamente vinculadas con las intervenciones terapéuticas específicas y con las técnicas utilizadas. Se expresa a través del grado de influencia o 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"). En este caso, a mayor puntaje, mayor nivel de planificación.

6.5. Consideraciones éticas

Para el desarrollo de esta investigación, los profesionales participaron voluntariamente. En tanto la participación implica compartir y revelar cuestiones personales del estilo terapéutico, se hizo hincapié en la confidencialidad de los datos obtenidos y en el objetivo y alcance del presente trabajo. Además, se reconoce que los resultados obtenidos son situados, parciales y específicos de la población estudiada, y

no son susceptibles de ser generalizados al total de la sociedad. En ningún caso se pretende ni se recomienda que las conclusiones de este trabajo sirvan de base para recomendaciones clínicas particulares.

7. Análisis de los datos e Interpretación de los resultados

Para la presentación de los resultados y su análisis, se realizaron una serie de recortes estadísticos de los datos obtenidos a través del trabajo empírico. Los mismos fueron presentados en tablas subsecuentes, organizadas acorde a las posibilidades establecidas por el instrumento utilizado. En principio, se hizo una descripción general de la muestra en términos porcentuales, en relación al sexo, edad, años promedio de ejercicio de la profesión y la adhesión a cada una de las corrientes terapéuticas evaluadas (Psicoanálisis, Gestalt y Cognitiva), tal como se la había descrito en el apartado correspondiente. Luego, se evaluó los resultados desagregados por cada una de las disciplinas estudiadas, en torno a las cinco funciones determinadas por el instrumento EPT-C: instruccional, expresiva, involucración, atencional, y operativa. Finalmente, se buscó establecer relaciones entre las variables obtenidas para dar cuenta de las características del Estilo Personal de los Terapeutas que participaron del estudio.

Tabla 1. Niveles de las funciones del EPT

<i>Función</i>	<i>Valores de la puntuación</i>		
	<i>Bajos</i>	<i>Intermedios</i>	<i>Altos</i>
<i>Instruccional</i>	<i>Forma flexible</i>	<i>Forma estándar</i>	<i>Forma rígida</i>

Atencional	<i>At. abierta</i>	<i>At. estándar</i>	<i>At.focalizada</i>
Expresiva	<i>Exp. distante</i>	<i>Exp. estándar</i>	<i>Exp. próxima</i>
Operativa	<i>Espontánea</i>	<i>Estándar</i>	<i>Pautada</i>
Involucración	<i>At. abierta</i>	<i>At. estándar</i>	<i>At focalizada</i>

Nota: Tabla basada en la presentada por Fernández-Álvarez y García (2019b, p. 24).

Para la presente investigación se estableció una serie de rangos siendo estos: bajo (>1 y <3) medio (>3 y <5) y alto (>5 y <7). Los rangos fueron calculados dividiendo el rango total de puntuación entre tres grupos y se usaron para establecer una clasificación en la puntuación de los terapeutas.

Las puntuaciones obtenidas en cada función pueden clasificarse en tres polos (bajo, medio y alto), según el puntaje obtenido, como se indica en la tabla 1. No obstante, la prueba no indica el rango de valores para asignar según el puntaje (Fernández-Álvarez y García, 2019b).

Tabla 2. Descripción general de la muestra

	Femenino %	Masculino %	Edad Promedio	Años de profesión Promedio
Psicoanálisis	90%	10%	45.3	16.9
Gestalt	50%	50%	37.8	7.4
Cognitiva	70%	30%	45.6	19.9

Este primer recorte arroja, como primeros resultados destacables, una marcada participación de terapeutas mujeres en la corriente psicoanalítica (nueve de diez fueron del sexo femenino), tendencia que también se replica (con menor incidencia: siete de diez) en el anclaje cognitivo. Mientras tanto, con adhesión a Gestalt, hubo paridad de género en los profesionales involucrados en el estudio. En relación a la edad, hay un promedio muy similar entre los psicoanalistas y los terapeutas cognitivos (45 años), mientras que el sector de menor edad de la muestra se concentró en la corriente Gestalt, con una media de 37 años.

Finalmente, en cuanto a la experiencia profesional, se pudo observar mayor cantidad de años en el desarrollo de la profesión en los terapeutas cognitivos (casi 20 años en promedio), seguidos de cerca por los psicoanalistas (cerca de 17 años). Los profesionales gestálticos, en este sentido, aparecieron como los menos experimentados de la muestra (con aproximadamente siete años y medio de promedio), lo cual también puede relacionarse con que fueron la población más joven del grupo participante.

7.1. Psicoanálisis

Tabla 3. Descripción de los terapeutas psicoanalíticos participantes.

Edad	Sexo	Corriente psicológica a la que adhiere	Años que ejerce la profesión
50	F	Psicoanálisis	25
42	F	Psicoanálisis	3
41	F	Psicoanálisis	17
42	M	Psicoanálisis	6
50	F	Psicoanálisis	26

51	F	Psicoanálisis	25
68	F	Psicoanálisis	43
33	F	Psicoanálisis	8
34	F	Psicoanálisis	1
42	F	Psicoanálisis	15

En el desagregado específico de los psicoanalistas participantes, puede visualizarse que el promedio de aproximadamente veinte años de experiencia obtenido para este grupo resulta de una amplia gama de trayectorias: desde una persona con 43 años en el desarrollo profesional, hasta una persona con apenas un año en el campo clínico. Se puede considerar que esto denota diversidad en la muestra, a pesar de su tamaño limitado.

Tabla 4. Puntaje por función en los psicoanalistas participantes.

Instruccional	Expresiva	Involucración	Atencional	Operativa
15	14	13	8	13
14	24	17	10	26
14	24	18	7	30
14	15	9	13	15
17	11	9	9	7
13	20	4	20	26
10	9	4	8	21
8	13	5	10	31
5	11	4	9	22
15	7	4	5	30
Media 12.5	14.8	8.7	9.9	22.1

7.2. Gestalt

Tabla 5. Descripción de los terapeutas gestálticos participantes.

Edad	Sexo	Corriente psicológica a la que adhiere	Años que ejerce la profesión
48	F	Gestalt	15
44	F	Gestalt	9
35	F	Gestalt	1
36	F	Gestalt	1
36	M	Gestalt	6
38	M	Gestalt	12
34	M	Gestalt	1
33	M	Gestalt	5
41	M	Gestalt	16
33	F	Gestalt	8

De forma similar a lo que ocurrió con el grupo de psicoanalistas, en el desagregado específico de los profesionales gestálticos participantes, puede observarse un amplio espectro de experiencia. Si bien el promedio de años en la profesión para este segmento fue de 7,4 años (el menor de las tres disciplinas estudiadas), ese resultado se obtiene de una media entre distintas trayectorias, marcando diversidad en la muestra lograda, a pesar de su tamaño reducido. Otro dato notable a retomar sobre este grupo es que es el único en que hubo paridad entre mujeres y hombres que respondieron el cuestionario (cinco y cinco).

Tabla 6. Puntaje por función en los Gestálticos participantes

Instruccional	Expresiva	Involucración	Atencional	Operativa
19	17	15	15	17
8	19	14	15	13
16	15	15	10	10
12	20	15	11	16
17	22	10	13	15

13	22	14	9	13
7	17	22	11	13
13	20	19	9	17
20	17	19	16	20
16	16	15	17	19
14.1	18.5	15.8	12.6	15.3

7.3. Cognitiva

Tabla 7. Descripción de los terapeutas cognitivos participantes.

Edad	Sexo	Corriente psicológica a la que adhiere	Años que ejerce la profesión
34	F	Cognitiva	1
58	M	Cognitiva	34
34	M	Cognitiva	9
36	F	Cognitiva	12
62	F	Cognitiva	37
54	M	Cognitiva	28
40	F	Cognitiva	15
58	F	Cognitiva	32
40	F	Cognitiva	15
40	F	Cognitiva	16

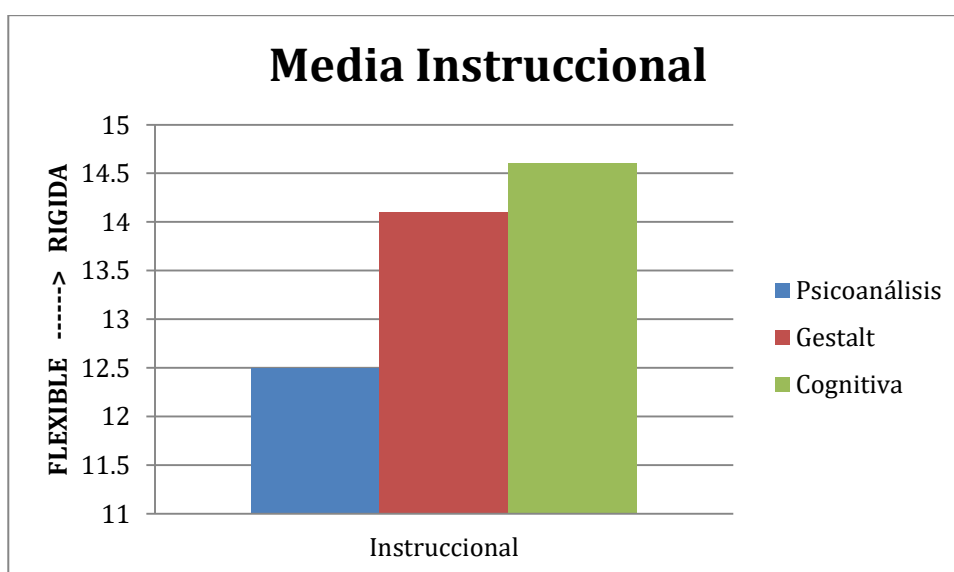
Como en las otras dos corrientes, en el detalle de los terapeutas cognitivos participantes, se encuentra una amplitud notable entre los años de experiencia, lo cual nuevamente ilustra la variedad destacable de la muestra en relación a su tamaño.

Tabla 8. Puntaje por función en los Cognitivos participantes

Instruccional	Expresiva	Involucración	Atencional	Operativa
----------------------	------------------	----------------------	-------------------	------------------

18	24	17	13	14
15	22	4	28	35
18	9	6	7	18
7	18	12	13	13
11	18	6	13	30
19	16	7	12	33
14	14	18	16	14
17	8	6	13	28
18	23	10	8	21
9	21	18	11	17
Media 14.6	17.3	10.4	13.4	22.3

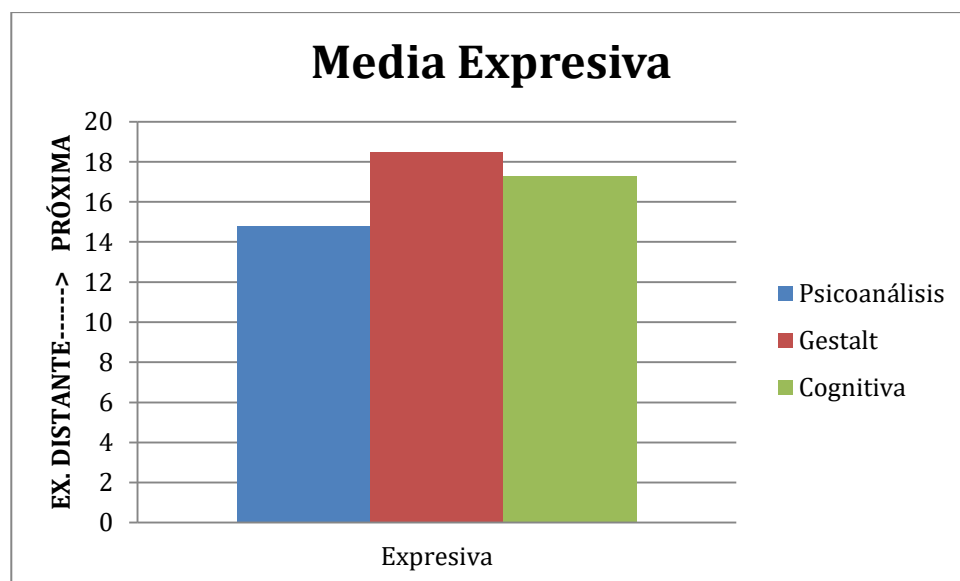
Tabla 9. Gráfico de la función INSTRUCCIONAL para las tres corrientes psicológicas



En la función Instruccional, los psicoanalistas participantes mostraron en general una mayor flexibilidad (abiertos) en relación al establecimiento de normas, reglas y tareas para el proceso terapéutico, y una predisposición a ajustar su forma de trabajo a las necesidades del paciente. Botella y Corbella (2005) afirmaron que la función instruccional del EPT influye sobre la alianza terapéutica, ya que los terapeutas más flexibles al establecer las instrucciones logran una mejor alianza terapéutica con sus pacientes en las fases intermedia y final de la psicoterapia y en el resultado final del tratamiento. Siendo los Psicoanalistas más flexibles tendrán más facilidad para adaptar

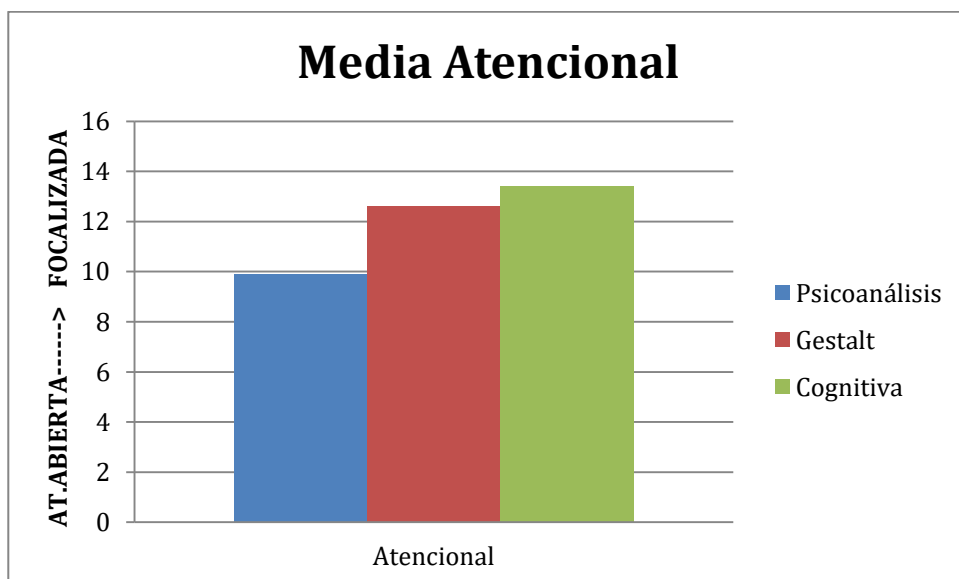
su estilo a las necesidades de cada paciente favoreciendo, por tanto, un buen vínculo paciente-terapeuta. Por su parte, los profesionales gestálticos que respondieron el cuestionario mostraron una tendencia alta a la rigidez en este mismo sentido. Finalmente, los psicólogos cognitivos fueron los que dieron cuenta de mayor nivel rigidez en el establecimiento de normas y tareas para el proceso terapéutico, en comparación con sus pares de otras disciplinas. Los Psicólogos Cognitivos mostraron un nivel elevado en la dimensión instruccional, lo cual indica que operan con mayor rigidez en cuanto a normas, reglas, tareas, honorarios, etc. Estos psicólogos mostraron mayor planificación y rigidez en sus tratamientos. Esto da cuenta de un estilo, propio de la caracterización realizada del rol del profesional de esta disciplina, de elevada intervención sobre el proceso, donde el terapeuta se muestra como guía orientador (Botella y Corbella, 2004)

Tabla 10. Gráfico de la función EXPRESIVA para las tres corrientes psicológicas



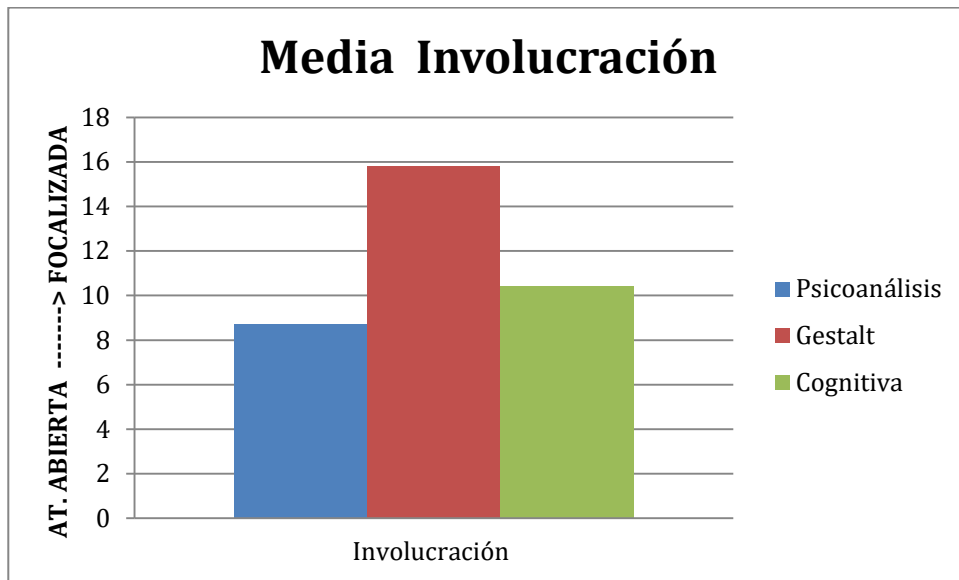
En la función Expresiva, los resultados mostraron que todas las disciplinas dieron cuenta de un nivel alto de proximidad afectiva con los pacientes, siendo los psicoanalistas quienes mostraron una menor tendencia en este sentido. Esta función toma en cuenta las acciones que realiza el terapeuta para mantener la comunicación emocional con el paciente, la empatía es un factor elemental y se expresa a través de situaciones como la intensidad del intercambio afectivo, o el nivel de tolerancia a la exposición frente a sus propios estados o ante las reacciones emocionales del paciente. Los psicólogos gestálticos que respondieron el cuestionario denotaron claramente un alto y parejo nivel de cercanía afectiva con los pacientes, mientras que en los psicólogos cognitivos se percibe una tendencia mayoritaria hacia un alto nivel de proximidad afectiva con los pacientes. La gran mayoría de terapeutas cree en la expresión de emociones como un poderoso instrumento de cambio.

Tabla 11. Gráfico de la Media de la función ATENCIONAL para las tres corrientes psicológicas



En la función Atencional, los psicoanalistas participantes mostraron una tendencia intermedia a la atención abierta/focalizada. Es válido recordar que en esta dimensión, cuanto más alto el puntaje, más cerrado es el abordaje del terapeuta. En este sentido, los Psicoanalistas mostraron esta función atencional más abierta en relación a las otras dos corrientes, esta función atencional más abierta le permite al terapeuta darse cuenta de lo que ocurre durante la sesión, adaptándose a la nueva información que surge durante la misma. En esta misma función, en los psicólogos gestálticos que fueron parte del presente estudio se observó un enfoque más focalizado en relación a las técnicas de atención desarrolladas durante las sesiones. En este sentido, se pudo observar un puntaje mayor que en el caso de los psicoanalistas, a la vez que da cuenta de una mayor cohesión grupal en esta dimensión. Finalmente, los psicólogos cognitivos que respondieron el cuestionario mostraron el grado más alto de focalización en las técnicas a las que recurren durante las sesiones para guiar la búsqueda de información sobre el paciente. Estos terapeutas reflejaron poseer la atención más focalizada y una mayor preferencia por tratamientos pautados. También se observó una coherencia en el grupo.

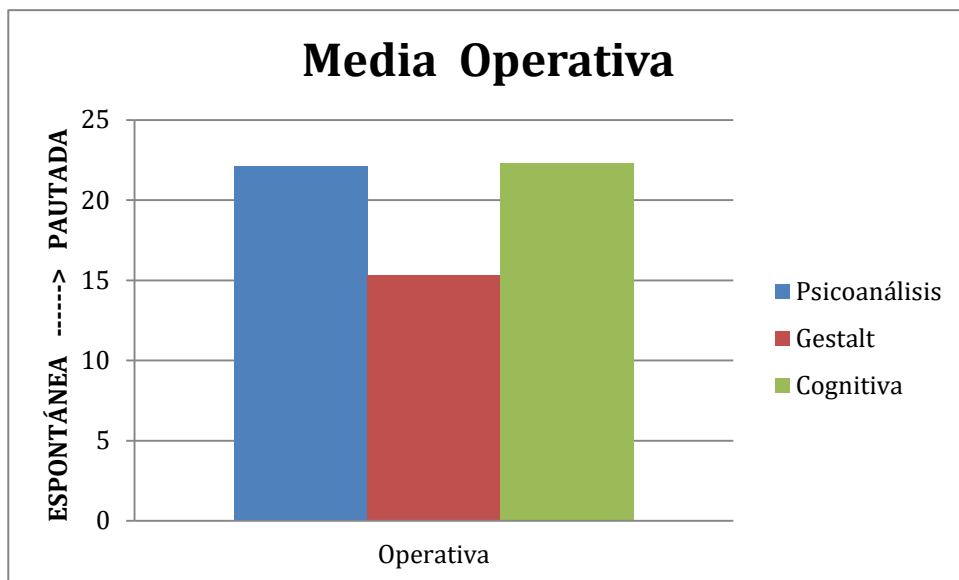
Tabla 12. Gráfico de la Media de la función INVOLUCRACIÓN para las tres corrientes psicológicas



En esta función, los terapeutas psicoanalíticos participantes mostraron en general un nivel intermedio de involucración/compromiso con el paciente. Se refiere el grado de importancia que ocupa el quehacer profesional del terapeuta en su vida y el significado que éste le atribuye. En ésta misma función, los psicólogos gestálticos participantes mostraron un nivel alto de involucración con los pacientes y se infiere que dedica tiempo de su vida personal al proceso terapéutico, se refleja en el grado en que dedica tiempo para pensar y reflexionar sobre sus consultantes en su tiempo libre.

En torno a la función de involucración, los terapeutas cognitivos participantes dieron cuenta de una tendencia a un nivel intermedio de involucración con el paciente, apenas más alto que los psicoanalistas.

Tabla 13. Gráfico de la Media de la función OPERATIVA para las tres corrientes psicológicas



Finalmente, para la función Operativa, coincidieron los terapeutas psicoanalíticos y cognitivos que mostraron en general una alta tendencia a desarrollar planes de tareas pautadas/planificadas que puedan guiar los cambios deseados en el paciente. Esta dimensión se relaciona con el modo de proceder e intervenir a nivel técnico e implica cuestiones como la planificación y el grado de estructuración del trabajo en sesión. La mayoría de estos profesionales se volcaron claramente hacia una dinámica altamente planificada. Esta puntuación alta en la función operativa de los cognitivos está relacionada directamente con la forma de operar de manera pautada. Los terapeutas gestálticos que fueron parte del estudio, por otra parte, dieron cuenta de una tendencia a un nivel intermedio de espontaneidad durante las sesiones o el proceso terapéutico.

7.4. Comparativa entre las tres corrientes

Tabla 14. Puntaje de la Media de las cinco funciones en las tres corrientes Psicológicas

Media	Instruccional	Expresiva	Involucración	Atencional	Operativa
Psicoanálisis	12.5	14.8	8.7	9.9	22.1
Gestalt	14.1	18.5	15.8	12.6	15.3
Cognitiva	14.6	17.3	10.4	13.4	22.3

Tabla 15. Puntaje de la Media de las funciones en la corriente Psicoanalítica.

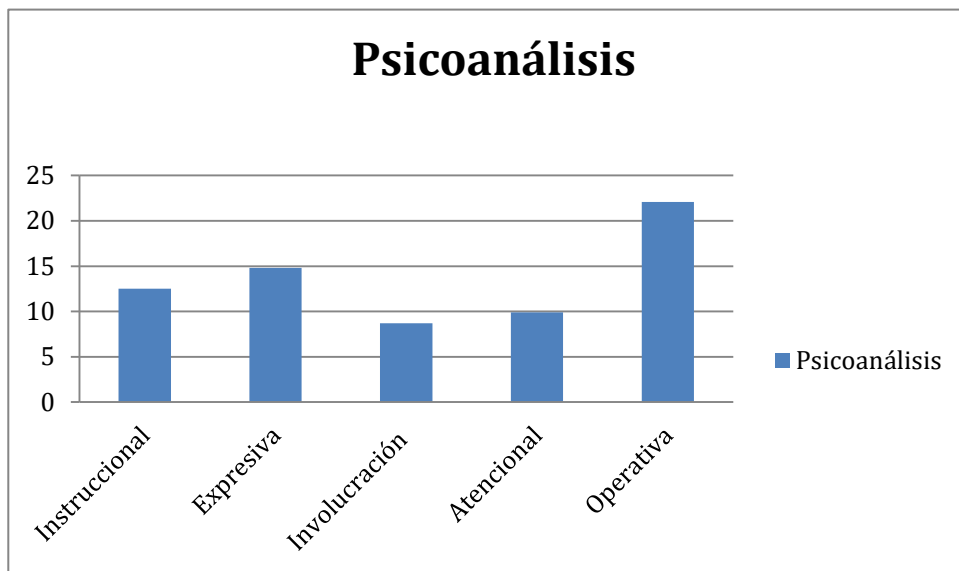


Tabla 16. Puntaje de la Media de las funciones en la corriente Gestáltica

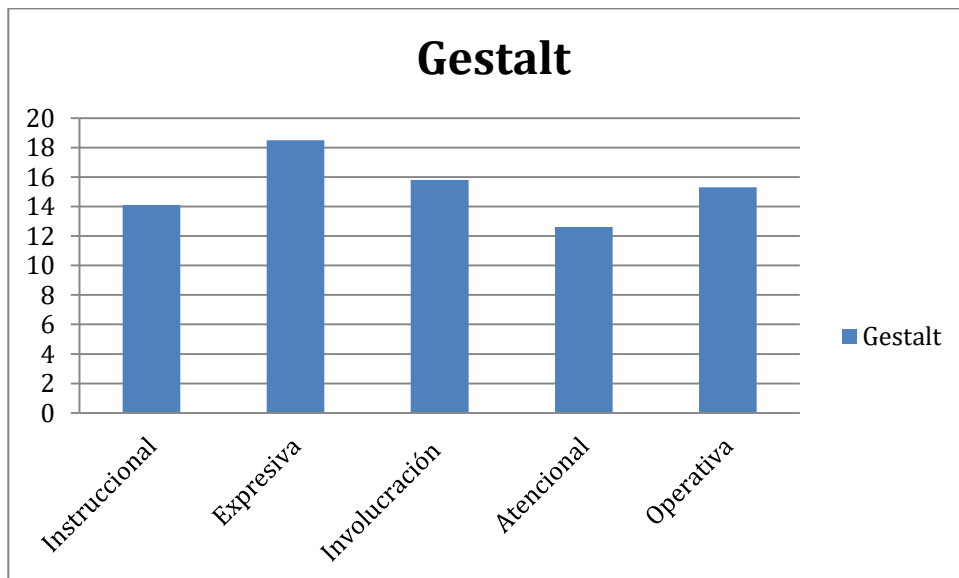


Tabla 17. Puntaje de la Media de las funciones en la corriente Cognitiva

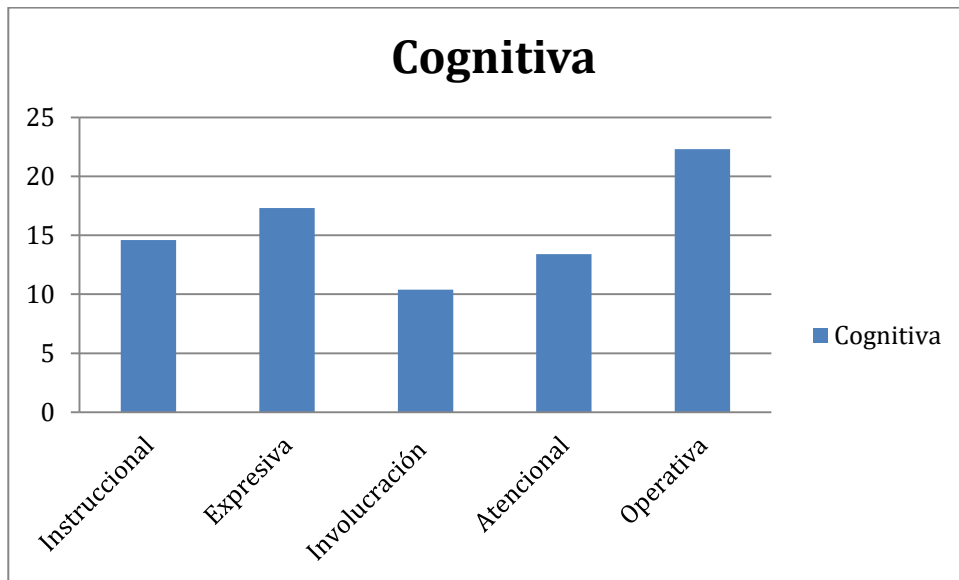
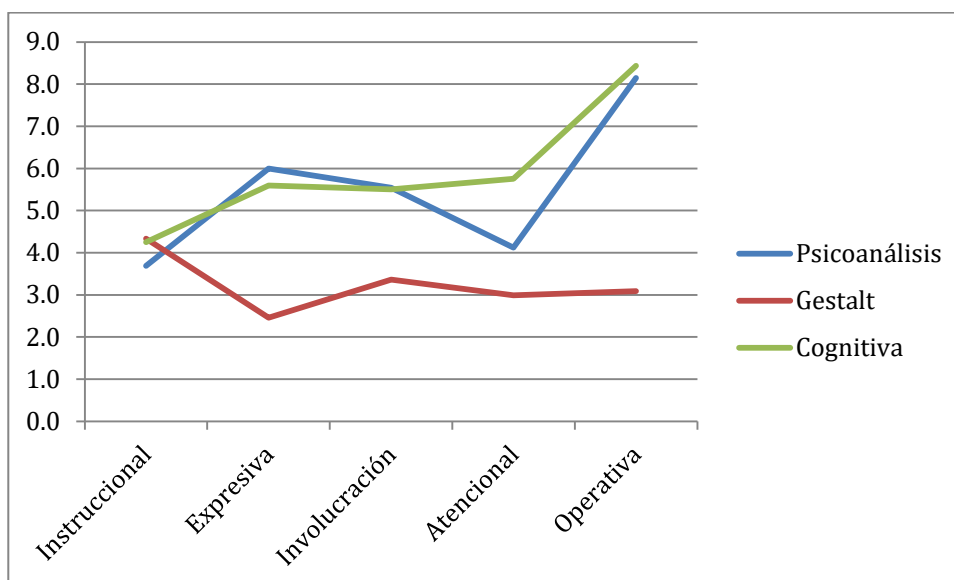


Tabla 18. Puntaje de la Media y Desviación Estándar de las funciones en las tres corrientes

	Instruccion		Expresiva		Involucración		Atencional		Operativa	
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar
Psicoanálisis	12.5	3.7	14.8	6.0	8.7	5.5	9.9	4.1	22.1	8.1
Gestalt	14.1	4.3	18.5	2.5	15.8	3.4	12.6	3.0	15.3	3.1
Cognitiva	14.6	4.2	17.3	5.6	10.4	5.5	13.4	5.8	22.3	8.4
Media	41.2		50.6		34.9		35.9		59.7	
Desvío Estándar		12.3		14.1		14.4		12.9		19.7

Tabla 19. Gráfico de Desviación Estándar



8. Conclusiones finales

Esta investigación permitió generar datos preliminares específicos y situados en la ciudad de Rosario sobre una de las variables clave del proceso psicoterapéutico: la persona del terapeuta. Ante todo, y como se ha señalado en distintos momentos de este trabajo, es relevante subrayar las limitaciones de esta instancia, que no buscó tener alcance generalizable a la población total, sino tomar un primer paso posible en un campo de estudio poco explorado a nivel local. El modesto tamaño de la muestra, a la vez que el uso de una técnica de muestreo no probabilístico, hacen que estas conclusiones no puedan extrapolarse a grupos más grandes que el aquí estudiado.

En relación al objetivo de investigación de este estudio, se pudo caracterizar, a través del cuestionario EPT-C, a los profesionales de cada una de las corrientes psicológicas, según marcadas tendencias a puntuar en cada función del instrumento. Los análisis descriptivos mostraron que hubo una tendencia general a puntuar más alto en las funciones Expresiva y Operativa, mientras que la escala con menor puntuación fue la función Atencional, seguida de cerca por la Instruccional. En este sentido, es importante recordar que, según Fernández-Álvarez y García (1998) las funciones Expresiva y de Involucración/Compromiso constituyen las dimensiones afectivas del

EPT, mientras que la Operativa y la Atencional tienen mayor relación con la dimensión cognitiva del proceso terapéutico. Es interesante, en relación a esta última consideración, que los grupos de las tres corrientes mostraron niveles similares, tanto en la función Expresiva (altos) como en la Atencional (intermedios), delineando una suerte de equilibrio general entre los dos aspectos.

Los psicoanalistas mostraron un alto puntaje en la función Operativa, dando cuenta de un estilo más planificado al momento de guiar la terapia, en comparación con sus pares. También mostraron puntajes más bajos que sus colegas en las funciones Expresiva y de Involucración, delineando así un estilo que marca claramente los límites afectivos del espacio terapéutico. El bajo puntaje en la función Atencional, que marca una apertura a la escucha del paciente, es coherente con la “atención flotante” que recomendaba Freud para establecer la transferencia, tal como se desarrolló en el apartado teórico de este estudio.

Los profesionales Gestálticos participantes dieron cuenta de algunos resultados notables, como mostrar un puntaje en la función Operativa notablemente menor a sus colegas de las otras dos corrientes, y un puntaje significativamente mayor en la función Involucración. Esto da cuenta de un estilo flexible, espontáneo y comprometido afectivamente. Este resultado se condice con la caracterización del rol del terapeuta gestáltico desarrollada en el marco teórico, donde se lo presentó como un profesional focalizado en el aquí y ahora del proceso, coherente con la visión fenoménica de la realidad que estructura a esta disciplina (Varela, 2015). También se había establecido que, en esta corriente, el profesional se ve claramente influenciado por el proceso terapéutico.

Los terapeutas de la corriente cognitiva, por su parte, mostraron niveles entre intermedios y altos (siempre por encima de sus pares) en las funciones Instruccional y Atencional. Esto da cuenta de un estilo, propio de la caracterización realizada del rol del

profesional de esta disciplina, de elevada intervención sobre el proceso, donde el terapeuta se muestra como guía orientador (Botella y Corbella, 2004) y acuerda un plan de acción colaborativo con el paciente (a diferencia, por ejemplo, de la atención flotante del psicoanálisis, de baja puntuación Atencional). A su vez, este grupo denotó un alto puntaje en la función Expresiva, de proximidad afectiva con los pacientes dentro del espacio terapéutico. Esto también es coherente con las características actitudinales del profesional recomendadas en esta corriente para establecer un vínculo terapéutico virtuoso, como la calidez y la empatía (Botella y Corbella, 2004).

A raíz de estas consideraciones, puede afirmarse que en este estudio se encontró que el Estilo Personal de los terapeutas participantes está influenciado por su pertenencia a una u otra corriente disciplinar o clínica. Los resultados aquí obtenidos mostraron diferencias y similitudes según la orientación teórica-técnica, mostrando un perfil característico según fueran psicoanalíticos, cognitivos o gestálticos.

En cuanto a los resultados particulares comparativos entre las corrientes, este estudio también encontró resonancia con lo encontrado por Castañeiras et al. (2008), que en una investigación de enfoque similar (con una muestra más amplia), encontraron que los terapeutas cognitivos poseen la atención más focalizada y una mayor preferencia por tratamientos pautados, mientras que los psicoanalistas son los terapeutas que poseen la atención más abierta, optan por tratamientos e intervenciones más espontáneas, y son más distantes a nivel emocional.

De esta manera, esta instancia de investigación se emplaza, aún con sus limitaciones de alcance, de manera coherente en el campo de estudio elegido. Finalmente, se espera que los resultados encontrados en este trabajo, en tanto parciales y contingentes, sirvan de motivación para próximas investigaciones en el campo de la psicología.

9. Referencias bibliográficas

Ackerman, S. J., y Hilsenroth, M. J. (2001). *A review of trainee characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance* en B. Chapman, N. Talbot, A. Tatman, y P. Britton (Eds), *Personality traits and the working alliance in Psychotherapy Trainees: An organizing role for the Five Factor Model?* Journal of Social and Clinical Psychology.

Arredondo, M. y Salinas, P. (2005). *Alianza terapéutica en psicoterapia: Concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile*. [Memoria para optar al Título Profesional de Psicóloga, Universidad de Chile]. Repositorio UChile. https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/106466/arredondo_m.pdf?sequence=3

Aron, L. A. (1996). *Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. The Analytic Press.

Aponte, H., Powell, F., Brooks, S., Watson, M., Litzke, C., & Lawless J. (2009). Training the person of the therapist in an academic setting. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(4), 381-94.

Baron, R. M., y Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>

Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer.

Beck, A. T., y Young, J. E. (1985). Depression en D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 206–244). The Guilford Press.

Bernal, G., y Martínez-Taobas, A. (2005). *Teoría y práctica de la psicoterapia en Puerto Rico*. Publicaciones Puertorriqueñas Inc.

Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J. C., y Villalba, L. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría de Uruguay*, 68, 2, 99-146.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

Cadena Illescas, B. E. (2007). *El estilo personal del terapeuta guatemalteco*. [Trabajo de graduación para optar al grado académico de Licenciada en Psicología General, Universidad del Valle de Guatemala]. Repositorio institucional UVG <https://repositorio.uvg.edu.gt/handle/123456789/2512>

Casari, L., Albanesi, S. & Maristany, M. (2013). Influencia del enfoque teórico en el estilo personal del terapeuta. *Psicogente*, 16(29), 132-142.

Casari, L. M., Ison, M. y Gómez, B. (2018). Estilo personal del terapeuta: estado actual (1998-2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVII(3), 466-477. DOI: 10.24205/03276716.2018.1082

Casari, L., Morán, V., 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.

Castañeiras, C., García, F., Lo Bianco, J., y 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. <https://doi.org/10.1080/10503300600802867>

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.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100001>

Castañedo, C. (2001). *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y el ahora*. Herder.

Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19 (2), 205-221.

Corbella, S. y Botella, L. (2004). Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes. Vision Net.

Corbella, S. y Botella, L. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de psicoterapia*, 16(61), 77-101.

Da Silva, M., Tellet, M., Fernández-Álvarez, H., y García, F. (2006). Estilo pessoal do terapeuta: Dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q. *Revista Psico*, 37(3), 241-247.

Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Greif, J., Garay, C., y Korman, G. P. (2013). Relación terapéutica: estudio en población de estudiantes universitarios. *Anuario de Investigaciones*, XX, 39-47.

Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

Fernández-Álvarez, H. (1998). Características personales del psicoterapeuta.

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

Fernández-Alvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., & Corbella, S. C. (2003).

Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 116-125. doi: 10.1002/cpp.358.

Fernández-Álvarez, H. y Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia*. Paidós.

Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (Rev. ed.). Schocken.

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Johns Hopkins University Press.

Freud, S. (1912) “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”. Amorrortu Editores.

Grzona, S., Casari, L. M., Videla De Brito, R. M., Muñoz Rodríguez, M., Juárez Aniceto, S., y Martínez, A. (2021). Estilo Personal del Terapeuta y prácticas pre-profesionales clínicas una investigación con estudiantes de psicología. *Summa Psicológica*, 18(1).

Hermosa Bosano, C. A. (2010). *Influencia de los Rasgos de Personalidad y el Estilo Personal del Terapeuta Aprendiz sobre las Percepciones de la Alianza Terapéutica*. [Tesis de Grado para la obtención del título de Psicólogo Clínico, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio Digital USFQ. <https://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/684>

Hernández García, M. (2007). La neutralidad terapéutica del psicólogo. *Persona y Bioética*, 11 (29), 126-137.

Horvath, A. O., y Bedi, R. P. (2002). The alliance en J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–69). Oxford University Press.

Kleinke, C. (1998). *Principios comunes en psicoterapia*. 2a ed. Descleé de Brouwer.

Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy en J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). Brunner/Mazel.

Moya Cortés, L. (2015). Influencia del Estilo Personal del Terapeuta en la calidad de la alianza.

Muller, F., y Palavezzatti, C. (2015). Orientación Teórica y Práctica Clínica: Los Psicoterapeutas de Buenos Aires (2012). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV, 13-21.

Navia, C. E., y Arias, E. M. (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885-894.

Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.

Peñarrubia, F. (2017). *Terapia Gestalt. La vida del vacío fértil*. Alianza Editorial.

Pinzón Arteaga, I. A., y Quintero Grazt, L. V. (2015). *Hacer hablar para hacer callar: Exploración analítica en torno al problema de la escucha en psicología y psicoanálisis*. Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Ramírez Rodríguez, A.M. (2021). Estilo Personal del Terapeuta y Alianza Terapéutica en un grupo de terapeutas bogotanos. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología. Bogotá, D.C., Colombia.

Safran, J. D., y Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional*. Desclee de Brouwer.

Silva Palma, E. M. y Guedes Gondim, S. M. (2016). Questionário Reduzido do Estilo Pessoal do Terapeuta: evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, 15(3), 298-307. DOI: 10.15689/ap.2016.1503.02

Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 51(1), 61-69.

Tizon, J. (1992). Una propuesta de conceptualización de las técnicas de psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XII(43), 283-294.

Varela, F. (2015). *El rol del psicoterapeuta gestáltico en la práctica clínica*. [Trabajo Final Integrador para la obtención del título de Licenciado en Psicología, Universidad de Palermo]. Repositorio de la Universidad de Palermo: <https://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/1637>

Vázquez, L., y Gutierrez de Vázquez, M. (2015). Orientación teórico-técnica y estilo personal del terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV(2), 133-142.

Wolberg, L. R. (1997). *The technique of psychotherapy*. 3rd ed. Grune & Stratton.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376

10. Anexos

Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) de Fernández-Álvarez et al., 2003. (versión abreviada)

El presente inventario está destinado a conocer su estilo personal como terapeuta. No hay respuestas buenas o malas ya que diferentes estilos pueden ser igualmente beneficiosos. Más allá de que su labor varía con los diferentes pacientes, queremos que responda según sea su modo más general y frecuente de llevar adelante su trabajo. No piense demasiado en el significado de cada afirmación. La respuesta más espontánea es la más valiosa.

Completamente en desacuerdo // 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 - 7 \\\ Completamente de acuerdo

1	Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada	
2	Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión	

3	Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento	
4	Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios	
5	Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración	
6	La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio	
7	Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes	
8	Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso	
9	Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas	
10	Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal	
11	En mis intervenciones soy predominantemente directivo	
12	Pienso bastante en mi trabajo, aún en mis horas libres	
13	Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia	
14	Nunca modifico la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible	
15	Una alta proximidad emocional es imprescindible para promover cambios terapéuticos	
16	Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir	
17	Procuro dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones	
18	Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá de las sesiones	
19	Soy bastante laxo con los horarios	
20	Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención	

Notas. Reproducido con permiso. Los valores de los ítems señalados con * se puntúan de forma inversa.

Clave de corrección: Instruccional = Σ 4, 14, 19*; Expresiva = Σ 3, 6, 8, 15; Involucración = Σ 7*, 10*, 12, 18; Atencional = Σ 1*, 9*, 17*, 20*; Operativa = Σ 2, 5*, 11, 13, 16.