

# EL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA GUATEMALTECO EN EL INTERIOR DEL PAÍS<sup>1 2</sup>

Ana Vides Porras,  
María del Pilar Grazioso  
y Claudia García de la Cadena\*

## Resumen

*El Estilo Personal del Terapeuta (EPT) es un constructo multidimensional que está presente en todo proceso terapéutico basado en las competencias de comunicación del/la terapeuta. Se administró el Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) a 101 terapeutas, 73% mujeres, 27% hombres, 21% indígena y 77% no indígena, que trabajan en varios departamentos de Guatemala. Los resultados indican que existe una amplia variedad en la población atendida y en los motivos de consulta. El análisis de los resultados refleja un predominio de las dimensiones operacional y expresiva, lo que indica un nivel alto de cercanía entre terapeuta y cliente. El encuadre terapéutico tiende a ser flexible. Existe una tendencia a trabajar con tratamientos pautados. El nivel de involucración tiende a ser bajo y su atención suele ser más abierta que focalizada.*

**Palabras clave:** *estilo personal del terapeuta, multiculturalidad, salud mental, funciones de comunicación, etnicidad.*

**Key words:** *personal style of the therapist, multicultural, mental health, communication means, ethnicity.*

## Introducción

Durante los últimos años el desarrollo de la salud mental en Guatemala se ha traducido en más y mejores programas dirigidos a la población. Sin embargo, existe poca investigación sobre el ejercicio de la psicoterapia en Guatemala, y menos aún fuera de la capital, donde se concentra la mayoría de la población urbana. Uno de los elementos fundamentales de la psicoterapia es el/la terapeuta. Cada vez existen más evidencias sobre el hecho de que es el/la terapeuta, y no el tratamiento en sí mismo, lo que determina el cambio terapéutico y los resultados de la terapia (Wampold, 2006). En este sentido, la investigación del proceso psicoterapéutico ha

puesto sistemáticamente en evidencia la importancia de sus características en la determinación de los procesos y resultados de la psicoterapia (García y Fernández-Álvarez, 2007). Debido a esto, en los últimos años se ha incrementado el interés de las y los investigadores en este tema. El Estilo Personal del Terapeuta es considerado, por sus autores, como uno de los componentes de cada proceso terapéutico. Está basado en las condiciones particulares que llevan a un/a terapeuta a comportarse de un modo determinado en su ejercicio profesional; influye en el desenvolvimiento de cada proceso terapéutico y tiene un impacto en los resultados de la acción terapéutica (Castañeiras y cols., 2008). A partir de lo anterior surge la necesidad de ampliar el estudio sobre el trabajo de los y las terapeutas que trabajan en las áreas urbanas y rurales del interior del país, sus posicionamientos y su estilo personal. La importancia de conocer el Estilo Personal del Terapeuta no reside en detectar cuál es el mejor estilo, sino ayudar a cada terapeuta a conocer su propio estilo en fun-

\* Ana Vides Porras, María del Pilar Grazioso y Claudia García de la Cadena. Universidad del Valle de Guatemala, Departamento de Psicología, Guatemala

E-Mail: mpgderod@uvg.edu.gt

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXI p.p. 33-43  
© 2012 Fundación AIGLÉ.

(1) Este trabajo es parte de la tesis de licenciatura de la primera autora.

(2) Agradecemos a los y las terapeutas guatemaltecos/as que participaron en este estudio y a las personas que apoyaron en la distribución del instrumento. Así mismo a la licenciada Beatriz Cadena por su colaboración y a los Drs. Héctor Fernández-Álvarez Fundación Aiglé y Sergi Corbella, Universitat Ramon Llull, quien coordina el proyecto de investigación internacional sobre Estilo Personal del Terapeuta.

ción de sus variables personales (Corbella y Botella, 2004). En este sentido, la experiencia clínica muestra que no existen combinaciones ideales de estilo personal, sin embargo, esto no quiere decir que todos los posibles perfiles sean igualmente positivos. Algunos estilos se consideran más adecuados que otros para lidiar con situaciones clínicas específicas (Castañerías y cols., 2008). En la medida que se identifique el estilo personal de cada terapeuta, se podrán ofrecer servicios de salud más pertinentes y efectivos.

## Descripción del contexto

Guatemala es un país ubicado en el istmo centroamericano, dividido en 22 departamentos, con una población estimada de 14,7 millones (INE, 2011). Es una nación multiétnica, multilingüe y pluricultural. Tiene en su interior un 40% de la población indígena, quienes hablan, en su conjunto, veinticuatro idiomas que también corresponden a comunidades lingüísticas. En la historia de Guatemala, la conquista/invasión significó enfrentamiento militar, mientras que la colonia, una dominación política, económica, social y religiosa (PNUD, 2005). El conflicto armado interno vivido entre 1960 y 1996 tuvo serias implicaciones para la sociedad guatemalteca que hoy conocemos. Las secuelas políticas, sociales y emocionales no son cuantificables y continúan teniendo impacto.

La Organización Mundial de la Salud, en el Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala (2006) indica que son evidentes las debilidades en la red de servicios de salud mental: la mayoría de dispositivos están concentrados en la capital, siendo la cobertura en el interior del país y en especial en las áreas rurales muy pobre (INE, 2006). Asimismo, hay insuficientes recursos humanos para la atención; prueba de esto es que existe una discrepancia altamente significativa entre el índice del personal de salud mental trabajando en o cerca de la ciudad más grande del país (Guatemala) y los que trabajan en el interior (OMS/OPS, 2006). La elevada concentración de los recursos humanos en las capitales afecta seriamente el acceso a los servicios de la población del interior de la nación, en especial de las zonas rurales o de los indígenas (Rodríguez y cols., 2007).

Existe limitada investigación sobre la psicoterapia en Guatemala (Grazioso, 2009) y son aún más escasas las que se enfocan en quienes trabajan en el interior del país. En este sentido, existe poca información sobre la figura del terapeuta, sus posicionamientos y su persona en general, a pesar de que este/a es una herramienta de fundamental importancia en el proceso psicoterapéutico.

La investigación del proceso psicoterapéutico ha puesto en claro que el/la psicoterapeuta es una variable de gran importancia para el éxito del mismo. La influencia del/la psicoterapeuta permanece significativa aún en estudios donde los/las profesionales han sido seleccionados/as, entrenados/as, supervisados/as y monitoreados/as para minimizar las diferencias en sus procedimientos (Chazenbalk y cols., 2005). Una parte significativa de esta influencia y diferencia en los resultados de la terapia, es atribuible al/la terapeuta. Este efecto del/la terapeuta tiene mayor impacto que cualquier diferencia entre los tratamientos utilizados. Esto indica que las técnicas utilizadas ayudan en el cumplimiento de objetivos en la terapia; sin embargo, los efectos de la misma dependen de la alianza terapéutica y de la percepción por parte del/la paciente del/la terapeuta como un agente de confianza que velará por sus intereses. Numerosas investigaciones en esta línea sugieren que no se trata de qué elementos se ofrecen en la terapia, sino cómo estos se ofrecen. Además, parece ser que los mejores terapeutas son quienes obtienen la confianza de sus clientes, estos últimos aceptan la explicación que se les da de sus problemas y trabajan en colaboración con el/la terapeuta para alcanzar sus metas (Wampold, 2007).

Debe tomarse en cuenta entre las características profesionales del/la terapeuta, las competencias multiculturales que posea; estas últimas adquieren relevancia partiendo de las características diversas de la población guatemalteca. Uno de los fundamentos de la Consejería Multicultural es el conocimiento por parte del/la terapeuta acerca de las diferencias que son comúnmente manifestadas en personas que pertenecen a distintos grupos y las diferencias dentro de los mismos (Ivey e Ivey, 2007). Las competencias multiculturales van más allá de la raza como único punto de discriminación, y la necesidad de alcanzar una representación más variada en la producción del conocimiento y la práctica (Consoli y Machado, 2004). Las competencias de consejería multicultural están divididas en tres grandes áreas: a) conciencia del/la terapeuta acerca de sus propios valores culturales y prejuicios, b) conciencia del/la terapeuta acerca de la visión del mundo del/la consultante y c) intervenciones culturalmente apropiadas (Arredondo, 2003). Además del conocimiento de las áreas mencionadas resulta fundamental la comprensión del/la terapeuta sobre cómo estas se presentan en su trabajo profesional.

A partir de la necesidad de ampliar el conocimiento sobre la persona del/la terapeuta se han desarrollado numerosos trabajos, entre los que destacan la línea de investigación sobre el Estilo Personal del Terapeuta, de la Fundación Aiglé (Fernández-Álvarez, 1996) que busca estudiar las formas de co-

municación de los y las terapeutas con sus clientes. Este trabajo se enmarca en los proyectos de colaboración entre la Fundación Aiglé de Argentina y el Departamento de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala.

## Estilo Personal del Terapeuta

Las consideraciones sobre el estilo personal del terapeuta (EPT) han evolucionado durante las últimas décadas; investigaciones reciente documentan que el EPT “es un constructo multidimensional, conformado por un conjunto de funciones que, en la práctica se llevan a cabo de manera integrada, y expresan las disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en evidencia en su ejercicio profesional” (García y Fernández-Alvarez, 2007).

El Estilo Personal del/la Terapeuta se refiere a las características habituales que cada terapeuta impone en su tarea como resultado de su peculiar manera de ser, más allá del enfoque de trabajo que utilice y de los requerimientos específicos que le exija la intervención (Corbella y cols., 2008). Corbella y Botella (2004) explican que el Estilo Personal del/la Terapeuta va cambiando a lo largo de su trayectoria y en función de los/las pacientes atendidos/as. En este sentido, este constructo está siendo moldeado tanto por la personalidad y otras características del terapeuta, así como por la población a la que atiende. Esta variación, sin embargo, se da sin que se pierda la particularidad en el modo en que comunica y realiza su trabajo el/la terapeuta. En otras palabras, el estilo personal del terapeuta puede experimentar cambios menores como resultado del entrenamiento recibido o cambios en las condiciones de trabajo. También es susceptible de cambios evolutivos u otras circunstancias relacionadas con la vida del/la terapeuta. Por lo tanto, puede esperarse que características personales se manifiesten en las funciones y tengan un impacto en el proceso e influyan los resultados del tratamiento (Castañeiras y cols., 2008).

Desde el inicio de la investigación sobre el EPT, el constructo se ha considerado relacionado a tres factores (Fernández-Álvarez, García y Scherb, 1998; Corbella y cols., 2008):

- a. La posición del terapeuta: Rol en función de su ubicación en la red social.
- b. La situación vital actual del terapeuta: Apariencia frente al imaginario colectivo de su grupo social de pertenencia y referencia.
- c. Los modos o funciones de comunicación que utiliza: Modos de comunicación a los que el terapeuta recurre para promover procesos de cambio.

Las primeras dos variables se refieren a condiciones que influyen sobre la actividad terapéutica per se. La tercera variable, por su parte, reúne las modalidades básicas de comunicación que el/la terapeuta emplea respondiendo a los diferentes aspectos que conforman el acto terapéutico. Las características del estilo comunicativo del/la terapeuta, van estructurando su perfil personal de operación en la terapia, incluyendo la manera de relacionarse con el/la cliente. El conjunto de esas características constituye su estilo personal (EPT) (Corbella y cols., 2008). El conocimiento del estilo personal del/la terapeuta, le permite a cada quien conocerse como instrumento terapéutico, formarse en las áreas necesarias y enfocar sus características en beneficio de la población a la que atiende. Dado que en Guatemala las condiciones en que se lleva a cabo la psicoterapia son tan diversas, este conocimiento resulta una herramienta fundamental para alcanzar los objetivos terapéuticos.

Las funciones de comunicación más significativas se presentan de forma separada por fines de enumeración. Sin embargo, en la práctica se llevan a cabo de forma integrada. Cada una está representada mediante una dimensión continua bipolar (Fernández-Álvarez y cols., 1998; Corbella y cols., 2008).

- a. Función instruccional. Conjunto de acciones que lleva a cabo el/la Terapeuta con el fin de determinar los alcances y los límites de la relación terapéutica. Los/as terapeutas fluctúan entre Rígidos y Flexibles.
- b. Función evaluativa. Conjunto de operaciones realizadas por el/la terapeuta para estimar la marcha de cada uno de los movimientos que realizan tanto él/ella como su cliente. Los/las terapeutas fluctúan entre Estimuladores y Críticos.
- c. Función atencional. Se compone de todas las operaciones que el/la terapeuta realiza con el fin de acceder a la información que el/la cliente aportará para tratar de lograr ayuda para su problema. Los/as terapeutas fluctúan entre Activos y Receptivos.
- d. Función operacional. Acciones que el/la terapeuta desarrolla para cumplir con el plan de tareas, del cual se supone que resultará la producción de los cambios esperados. Los/as terapeutas fluctúan entre Pautados y Espontáneos.
- e. Función expresiva. Se trata de la función del estilo personal (EPT) sobre la que más se ha insistido, probablemente, en los estudios sobre incidencia del factor personal del/la terapeuta. Los/as terapeutas fluctúan entre Próximos y Distantes.

a. Función involucracional. Mide la disposición que tiene el/la terapeuta para ayudar a una persona que padece. Los/as terapeutas fluctúan entre Involucración Baja y Alta.

Los avances recientes en la investigación han propuesto la existencia de una séptima función denominada Fomentativa, que evalúa la selección sistemática de tratamientos relacionada con la dirección que el terapeuta impone a sus intervenciones es decir, dirigidas a la acción versus dirigidas al insight. Esta función no fue considerada en el presente estudio, dado que la versión del EPT-C utilizada no la incluye (Corbella y cols., 2008). La investigación sobre el EPT ha desarrollado tres líneas principales. La primera 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 EPT (Castañeiras y cols., 2008). Este instrumento es el EPT-C (Fernández-Álvarez y cols., 2003), construido por Fernández-Álvarez y García (1998) a partir de la conceptualización teórica desarrollada. Incluye seis funciones distintivas que permite dibujar el perfil personal de cada terapeuta. Los resultados preliminares permitieron identificar características y dibujar un perfil personal de cada terapeuta a partir de las mismas, ofreciendo entonces perfiles prototípicos del EPT para diferentes orientaciones psicoterapéuticas. Posteriormente se revisó y perfeccionó el instrumento de evaluación del estilo del terapeuta (Corbella y cols., 2008). El EPT-C utilizado en esta investigación representa cinco funciones mediante una dimensión continua bipolar.

Una segunda línea se ha basado en la investigación aplicada sobre el EPT en diferentes ámbitos y condiciones. Entre los principales estudios se incluyen: las investigaciones sobre las relaciones entre el EPT y el perfil del paciente; estudios sobre el EPT de personas que trabajan con distintas poblaciones clínicas y relaciones entre el EPT y otras variables de interés como la orientación teórico-técnica, la experiencia profesional y la procedencia cultural y lingüística de los y las terapeutas (García y Fernández-Álvarez, 2007; Castañeiras y cols., 2008). Quiñonez y colaboradores (2010) en su Estudio psicométrico del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) realizado con psicoterapeutas acreditados en Chile, encontraron una estructura de cuatro factores que denominaron Expresividad Emocional, Operativo-Atencional, Instruccional e Involucración con una consistencia interna oscilando entre 0,64 y 0,79. En un estudio reciente, Moura de Carvalho y cols. (2011) analizaron la validez factorial de la versión abreviada de 21 ítems del EPT-C aplicada a 384 psicoterapeutas portuguesas. La versión

en portugués del EPT-C mostró propiedades psicométricas satisfactorias en cuanto a la consistencia interna.

La tercera línea consiste en el estudio del EPT como recurso formativo en los programas de entrenamiento en psicoterapia. Esta última línea de investigación, se basa conceptualmente en la distinción entre competencias naturales y adquiridas en los/las terapeutas y considera que el conocimiento del propio estilo personal puede permitir a los/las terapeutas trabajar sobre ello y/o hacer ajustes necesarios para optimizar su calidad personal; siendo un recurso útil para determinar qué perfiles de pacientes pueden beneficiarse más con cada una de las combinaciones de estilos terapéuticos (Castañeiras y cols., 2008).

### **El Estilo Personal del Terapeuta guatemalteco**

En Guatemala, el EPT ha sido estudiado en poblaciones urbanas en la ciudad capital. Cadena (2007) aplicó el instrumento a 90 terapeutas que trabajan en la Ciudad de Guatemala. A partir de la información recolectada pudo describir características de las y los terapeutas, de la práctica psicoterapéutica en la región y el funcionamiento de las dimensiones comunicativas en terapeutas que trabajan en la ciudad de Guatemala. Cadena (2007) encontró además distintas combinaciones en la orientación teórica de los y las terapeutas y entre las patologías atendidas. Principalmente en terapia se encuentran la ansiedad y depresión, trastornos de personalidad, adicciones, trastornos severos (psicosis), trastornos de la comunicación, disfunciones sexuales, violencia, trastornos de la alimentación, entre otros. Esta investigación se enmarca en la segunda línea de investigación del EPT, la cual está basada en la evaluación del EPT en distintos contextos y condiciones (Castañeiras y cols., 2008).

En la tercera línea se encuentra dos estudios basados en el uso del constructo como recurso formativo. El primero se llevó a cabo por Castellanos (2007) utilizando metodología mixta en la Ciudad de Guatemala, con el fin de conocer el Estilo Personal del Terapeuta en estudiantes universitarios del área clínica. Se administró el EPT-C a 60 estudiantes de ambos sexos, de los cuales se analizaron solamente ocho casos. El estudio de casos reveló que los y las practicantes mantienen una postura equilibrada.

El segundo fue realizado por Tschén (2009) quien evaluó los aspectos del EPT y competencias de consejería multicultural en terapeutas estudiantes de la Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental de la Universidad del Valle de Guatemala. Los resul-

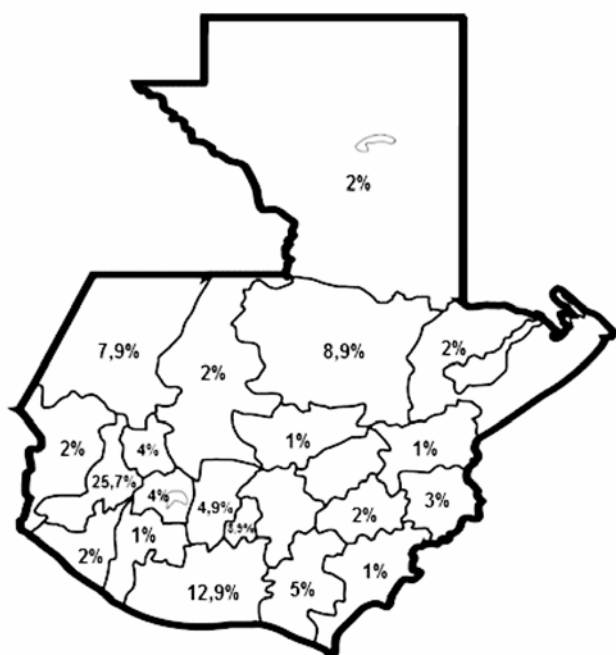
tados indican que las y los terapeutas muestran un alto nivel de cercanía e intercambio emocional. En relación a las competencias multiculturales encontró que estas se incrementan según la edad y los años de experiencia.

## Método

### Participantes

La muestra fue recolectada en 20 de los 21 departamentos del interior del país (Ver Figura 1) y estuvo compuesta por 101 terapeutas guatemaltecos/as, quienes firmaron un consentimiento informado. El 73,3% de los participante fueron mujeres y el 26,7% hombres, con una media de edad de 38 años y una desviación estándar de 10,29 (Ver Tabla 1). El 20,8% se identificó como indígena y el 76,2% como no indígena. En esta muestra, no se tomó en cuenta a terapeutas no graduados, facilitadores comunitarios o estudiantes de Psicología.

**Figura 1. Distribución en el país según porcentajes de terapeutas por departamento que participaron**



### Instrumento

Se utilizó el Inventario autodescriptivo que operacionaliza el constructo del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) (Fernández-Álvarez y cols., 2003). El EPT-C, está dividido en cinco dimensiones, que son evaluadas fluctuando entre dos extremos de un continuo. Las dimensiones son Instrucciona (flexibilidad/rigidez), Expresiva (distancia/cercanía), Involucracional (menor grado/mayor grado), Atencional (amplio/focalizado) y Operativa (espontáneo/pautado) (García y Fernández-Alvarez, 2007). La puntuación se traduce en la combinación obtenida por los y las terapeutas en el inventario y se expresa a través de un perfil en donde cada ítem corresponde a una dimensión o función particular. La medición de la Función Evaluativa, se incluye en la Función Instrucciona, ya que trata de la estimación que el/la terapeuta lleva a cabo de sus propios movimientos y los del/la paciente. Al mismo tiempo, se considera reguladora de las otras funciones y complementaria de las mismas (Fernández-Álvarez, 1996).

El instrumento original consta de 36 ítems en formato autoadministrado que responden en una escala tipo Likert (1-7), el 1 representa total desacuerdo y el 7 total acuerdo, los números intermedios reflejan matices de opinión y representan cada una de las funciones comunicativas de los psicoterapeutas (Corbella y Botella, 2004).

Para este estudio se utilizó una versión modificada integrada por 25 ítems obteniendo una confiabilidad de 0,623, que incluyó un cuestionario de datos demográficos que indagó sexo, edad, nacionalidad, años de experiencia, ciudad donde ejerce, orientación teórica, edad de las y los clientes, modalidad terapéutica (individual, pareja, familia, grupo), duración predominante del tratamiento (breve, intermedio, prolongado), formación académica y tipo de patologías que atienden los y las terapeutas. Se incluyeron en la versión utilizada las actualizaciones realizadas por Cadena (2007), añadiendo preguntas de "Etnicidad" y otra para el "Nivel de Formación" en la cual se incluyeron otras categorías.

### Procedimiento

La información se recolectó a través de distintas formas. Se realizaron visitas a universidades en donde se imparte la carrera de Licenciatura en Psicología en el interior del país, se hizo contacto telefónico, y se envió de los cuestionarios por correo, fax y utilizando la encomienda, este recurso consistió en enviar y recibir los cuestionarios por transporte público. En algunos casos se recogieron los cuestionarios en la casa u oficina de los y las terapeutas que así lo prefirieron.

Tabla 1. Datos demográficos de la muestra estudiada en frecuencias y porcentajes

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
Edad (años)		Modalidad terapéutica	
Rango de edad	21-59	Individual	(35) 35%
Media	38,01	Individual y familia	(10) 10%
Desviación estándar	10,29	Individual y grupo	(10) 10%
Sexo		Grupal	(5) 5%
		Familia	(1) 1%
		Todas	(24) 24%
		Otras	(16) 16%
		Masculino	(27) 27%
Femenino	(74) 73%		
Años de experiencia (años)		Duración del tratamiento	
Rango	1-30	Breve (hasta 6 meses)	(71) 70%
Media	7,72	Intermedia (hasta 2 años)	(17) 17%
Desviación estándar	6,85	Prolongada (más de 2 años)	(0) 0%
Etnicidad autopercebida		Breve e intermedia	(12) 12%
		Indígena	(21) 21%
		No indígena	(78) 77%
Orientación teórica		Formación	
		Psicología	(91) 90%
		Medicina y Psicología	(8) 8%
Población atendida		Otra	(2) 2%
		Niños, adolescentes y adultos	(40) 40%
		Adultos	(22) 22%
		Niños y adolescentes	(17) 17%
		Todas las poblaciones	(20) 20%
		Adulto mayor	(1) 1%

## Resultados

### a) Información general

La muestra estuvo compuesta por 101 terapeutas guatemaltecos/as, los/las cuales se identificaron con distintas orientaciones teóricas y combinaciones de las mismas. El 22,8% de la muestra se identificó como Integrativo, seguido por un 13,9% que se identificó como Cognitivo, un 10,9% que se identificó como Humanista-Existencial y un 7,9% se identificó como Cognitivo-Humanista. El resto de terapeutas se identificó con dos o más orientaciones teóricas. Estos se clasificaron como eclécticos. El 53,5% de las y los terapeutas trabaja bajo una sola orientación, el 23,8% se identificó con dos orientaciones y el 22,8% restante se identificó con tres o más orientaciones terapéuticas.

En cuanto a la población atendida, el 39,6% de las y los terapeutas reportó trabajar con niños, ado-

lescentes y adultos. El 21,8% trabaja solamente con adultos, el 16,8% atiende a niños y adolescentes y el 19,8% atiende a todas las poblaciones, es decir, niños, adolescentes, adultos y adulto mayor. Solamente el 1% de las y los terapeutas entrevistados reportó atender adultos mayores.

Las patologías atendidas son diversas. Sin embargo, el 89,1% de los y las terapeutas atienden más de una patología y que el 88,1% reportó trabajar con casos de ansiedad y depresión, ya sea como única o dentro de las combinaciones de patologías atendidas. La violencia, por su parte, es atendida como única o en combinación con otras, por el 50,5% de las y los terapeutas.

### b) Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta

1. Función Expresiva. En cuanto al nivel de Distancia-Proximidad (Media=3,86±2,21) que mantienen los y las terapeutas en el interior del país,

se observa una tendencia a establecer una relación con mayor distancia.

2. Función Atencional. La atención (Media=3,50±2,14) es predominantemente abierta durante las sesiones.

3. Función Involucracional. Las y los terapeutas encuestados, en general, muestran una tendencia a desarrollar un nivel bajo de involucración (Media=2,84±1,94) con sus pacientes o clientes.

4. Función Instruccional. El nivel de flexibilidad (Media=3,78±2,13) en el ejercicio de la psicoterapia tiende a ser alto.

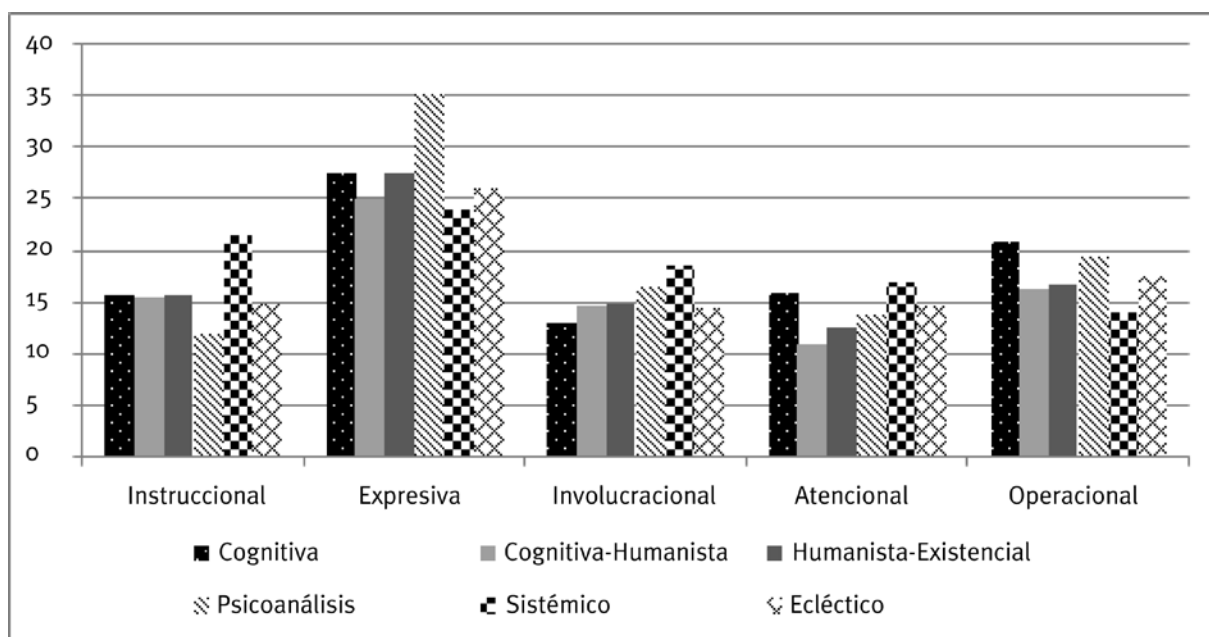
5. Función Operacional. Al evaluar la preferencia de las y los terapeutas en cuanto a los tratamientos pautados versus espontáneos (Media=3,87±2,18), se encontró una tendencia hacia la espontaneidad en los tratamientos.

*Comparación de funciones del Estilo Personal del Terapeuta y las distintas orientaciones teóricas.*

Como se puede observar en la Figura 2, los y las terapeutas que se identifican como Cognitivos presentan un mayor nivel en la función expresiva (Media=27,5±8,36) que en la instruccional (Media=15,64±5,19). Tienen un nivel bajo de función involucracional (Media=13±6,69), en comparación con el resto de sus funciones. Los y las terapeutas que se identifican como cognitivos-humanistas poseen un nivel bajo de función atencional (Media=10,87±4,96) en comparación con el resto de

funciones. La función expresiva (Media=25±7,89) es la más alta en este grupo, es decir que mantienen menor distancia emocional. Las y los terapeutas cognitivos tienen un nivel más alto de cada una de las funciones que las y los terapeutas que se identificaron cognitivos-humanistas a excepción de la función involucracional (Media=13±6,69). Es decir, que tienen una escucha más focalizada, tienden más a la rigidez y están más orientados a los tratamientos pautados que los terapeutas cognitivos-humanistas. En cuanto a la función instruccional, quienes mantienen un mayor nivel de rigidez son los y las terapeutas que se identifican como sistémicos (Media=21,5±3,53), están más orientados a mantener un mayor grado de rigidez y de proximidad. Este grupo tiende a llevar a cabo tratamientos espontáneos. Las y los terapeutas con mayor preferencia por tratamientos pautados son quienes tienen una orientación cognitiva (función operacional Media=20,78±5,28); quienes están orientados hacia tratamientos más espontáneos de todo el grupo son quienes se identifican como sistémicos (función operacional Media=14±0,00). Quienes mantienen un nivel de función atencional que tiende a una atención más focalizada, son los y las terapeutas que se identificaron como sistémicos (Media=17±0,00), seguidos por los y las terapeutas cognitivos (Media=16±4,96) y eclécticos (14,65±3,11). En el otro extremo, se encuentran los y las terapeutas que mantienen su atención más bien abierta. Entre estos se encuentran las y los terapeutas cognitivos-humanistas (Media=10,87±3,44), humanista-existenciales (Media= 12.45±5.37) y psicoanalistas (Me-

**Figura 2. Comparación de medias entre las diferentes dimensiones del EPT y las distintas orientaciones teóricas.**



dia=13,8±1,92). Puede observarse una tendencia al desacuerdo en cuanto a la afirmación "Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento" (Media=3,72±2,36). Se observa un alto grado de acuerdo entre las y los terapeutas sobre el hecho de que las emociones son un instrumento poderoso de cambio (Media=5,54±1,81). De acuerdo con la muestra de terapeutas, un clima emocional intenso es favorecedor para que se produzcan cambios (Media=4,24±1,77). La proximidad emocional con los pacientes es considerada imprescindible para promover cambios terapéuticos (Media=4,04±2,08).

## Discusión

Resulta fundamental conocer el Estilo Personal de los/as terapeutas para poder ofrecer mejores servicios de salud mental (Grazioso, 2009).

El ejercicio de la psicoterapia fuera de la capital de Guatemala está marcado por diversidad en la población atendida, en los contextos socioculturales y en la formación y entrenamiento profesional. El contexto afecta la visión del mundo del/la terapeuta, las características de su ejercicio profesional, su orientación teórica y la relación que establece con su cliente, tanto si es una persona, una familia, un grupo o una comunidad (Sommers-Flanagan y Sommers-Flanagan, 2004). Las psicoterapeutas mujeres que participaron en el estudio indican la tendencia cultural a percibir la Psicología como una profesión feminizada (Cadena, 2007; Grazioso, Cazali y Recinos, 2002).

El 20,8% de los participantes de este estudio se identificó como indígena representando a un grupo étnico que tiene menor acceso a educación formal (PNUD, 2005). La correlación entre la etnicidad del terapeuta y el cliente está asociada con mejores resultados en el tratamiento; reduce la terminación prematura y aumenta la duración del tratamiento (Sue y Lam, 2002).

Un porcentaje significativo (46,6%) se identificó con dos o más orientaciones teóricas, clasificándose como "Eclécticos/as" (Cadena, 2007) reflejando la "no adhesión a una escuela psicológica concreta" (Feixas y Botella, 2004). Los y las terapeutas utilizan en sus intervenciones, supuestos y técnicas que en ocasiones pueden llegar a ser teóricamente incompatibles, en un intento por responder a su contexto y situación. Tal es el caso de la combinación de la teoría Psicoanalítica y la Humanista-Existencial. La corriente Cognitiva apareció en 15 de las 20 combinaciones que se clasificaron dentro de la categoría "ecléctica". Esto indica que los supuestos de la teoría Cognitiva se adecuan al contexto en donde se

desempeñan estos/as terapeutas y a la formación en las universidades en el interior del país se enfoca hacia esta orientación teórica. Un porcentaje significativo de terapeutas (22,8%) se identificó como Integrativo. Este hecho coincide con lo que explican Feixas y Botella (2004) en cuanto a que se va extendiendo la actitud entre los y las terapeutas de buscar los ingredientes comunes entre los enfoques, en lugar de remarcar sus diferencias. Esta integración posibilita lograr mejores resultados, construir una psicoterapia que responda a las necesidades de la persona que acude a la misma y respetar el estilo personal del terapeuta.

La población que recibe más atención, según la muestra, está compuesta por Niños/as, Adolescentes y Adultos/as. Solamente el 1% reportó trabajar exclusivamente con adultos mayores y el 19,8% incluye a las y los adultos mayores con adultos, adolescentes y niños, dentro de su población atendida. Este porcentaje es consistente con el 1,1% de terapeutas que trabajan específicamente con adultos mayores en la Ciudad de Guatemala y el 14% que atiende a todas estas poblaciones (Cadena, 2007).

En el interior del país puede verse la tendencia a trabajar varias modalidades terapéuticas realizando terapia individual, de pareja, familiar y de grupo o distintas combinaciones entre éstas. Esto indica un grado muy bajo de especialización de las y los terapeutas evidenciando que no hay suficientes terapeutas y personal de salud mental trabajando para atender las necesidades de la población en regiones del interior del país (OMS/OPS, 2006).

El 89,1% de los terapeutas atiende más de una patología predominando la ansiedad y depresión (Cadena, 2007) coincidiendo con los reportados por Kohn y cols. (2005) en su investigación sobre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe.

El porcentaje de terapeutas de la muestra que trabajan con violencia en el Interior del País (50,5%) es mayor al de la Ciudad de Guatemala (2,2%) reflejando los niveles altos de violencia que imperan en el interior del país (ODHAG, 2011).

Existe una predominancia de la flexibilidad en la función instruccional y esto permite que el terapeuta le transmita al paciente que podrán existir cambios y modificaciones en el plan de tareas establecido (Corbella y Botella, 2004). Esta función tiene un papel moderador sobre las otras funciones del estilo del terapeuta facilitándole adaptar su estilo personal a las necesidades de cada paciente contribuyendo a desarrollar una alianza terapéutica fuerte (Corbella y Botella, 2003, Corbella y cols., 2009). Las y los terapeutas del interior del país mantienen un nivel alto de cercanía con sus clientes describiendo al terapeuta como alguien cálido con un gesto comprensivo, nunca muy elocuente pero que transmite



confianza y seguridad (Fernández-Álvarez, 1996) mostrando una tendencia a mayor comodidad al trabajar con tratamientos pautados y con la expresión de sus sentimientos cálidamente. Las y los terapeutas que prefieren trabajar con acciones programadas son aquellos/as que se inclinan por terapias breves y focalizadas lo cual posibilita contralar el curso de acción de la psicoterapia (Corbella y Botella, 2004). Los terapeutas en el interior tienden a un nivel de involucración y prefieren situarse en un lugar de menor compromiso y las/los pacientes saben que pueden contar menos incondicionalmente con sus terapeutas. El grado de autonomía relativa y de poder de decisión que el terapeuta le asigna a cada paciente es una variable fundamental en este sentido (Corbella y Botella, 2004). La atención de las y los terapeutas suele ser más abierta que focalizada. El modelo teórico y las técnicas empleadas influyen en el modo que se debe canalizar la información encontrándose importantes relaciones con la función operativa. Las dimensiones de comunicación de las y los terapeutas guatemaltecos/as coinciden con el entorno psicoterapéutico en el cual la terapia tiende a ser breve y existe una mayor comodidad en trabajar con base en tratamientos pautados. Un porcentaje alto de las y los terapeutas concuerdan con que las emociones son un poderoso instrumento de cambio y en que un clima emocional intenso favorece la producción de cambios.

La orientación teórica del/la terapeuta depende de las demandas del entorno y el estilo personal del terapeuta varía de acuerdo a su orientación teórica (Castañeiras y cols., 2006). Es importante tomar en cuenta que la población clínica asistida pone en evidencia modos diferentes de abordaje según la orientación de los terapeutas (Rial y cols., 2006).

Los resultados de esta investigación ofrecen evidencia sobre la diversidad que se vive en el ejercicio de la psicoterapia en Guatemala al haber identificado terapeutas en 20 de los 21 departamentos del país. Las y los terapeutas guatemaltecos se encuentran ante un país con muchas necesidades, retos y esperanzas de desarrollo.

### Limitaciones de esta investigación

La recolección de la información se dificultó por la poca familiaridad que tienen actualmente los terapeutas para participar en investigaciones de este tipo; por la falta de acceso a los sitios laborales de los terapeutas; por la movilidad de terapeutas a diferentes sitios de trabajo; por el seguimiento a los instrumentos entregados y por el número limitado de terapeutas que ejercen profesionalmente en el interior del país. Debe tomarse en cuenta que existe un subregistro en cuanto a los profesionales que

trabajan en el interior del país y quienes lo hacen, realizan tareas diversas no siendo suficientes para atender las demandas de salud mental del país (López, 2011). Los y las terapeutas que trabajan en el interior del país tienen pocas oportunidades de capacitación y actualización (OMS/OPS, 2006).

### Recomendaciones para futuras investigaciones

Resulta evidente la necesidad de una mayor especialización de la profesión y aumento en el nivel de capacitación de las y los terapeutas ante las distintas situaciones a las que se están enfrentando. En este sentido, la educación continua de los y las terapeutas adquiere especial relevancia; adaptando esta al contexto. Dado que las universidades, pueden no estar proveyendo las herramientas necesarias para el desempeño de las y los terapeutas en contextos determinados, es responsabilidad de cada profesional el actualizarse y capacitarse en formas de intervención más efectivas. Lo anterior permitirá mejorar la eficacia de los servicios ofrecidos a dicha población. Deberá tomarse siempre en cuenta la característica multicultural de la población guatemalteca en esta formación continua.

No debe olvidarse que Guatemala aún está viviendo una etapa de transición hacia la democracia con poca garantía para asegurar el bienestar de las y los ciudadanos. Resulta fundamental la labor de las y los terapeutas para contribuir desde su campo de acción a promover la salud mental y el bienestar ayudando a sus clientes a transformar sus condiciones de vida.

### BIBLIOGRAFÍA

- Arredondo, P. (2003). Evolution of the Multicultural Counseling Competences: Background and context. En G. Roysicar, P. Arredondo, J. N. Fuertes, J. G. Ponterotto y R. L. Toporek (Eds.). *Multicultural Counseling Competencies 2003*, (pp. 2 – 11). USA: Association for Multicultural Counseling and Development.
- Cadena, B. (2007). *El estilo personal del terapeuta guatemalteco*. Guatemala: Universidad del Valle de Guatemala. Departamento de Psicología.
- 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.

- 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.
- Castellanos, M. (2007). *Estilo personal del terapeuta en los estudiantes de Psicología Clínica que realizan práctica supervisada*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Departamento de Psicología.
- Chazenbalk, L., Mammi, K., Nachman, C., Parera, M., Reizes, M., Arcuschin, O., Alvarez H. (2007). La Incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico. *Revista Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 108-115.
- Consoli, A. y Machado, P. (2004). Los Psicoterapeutas, ¿Nacen o se hacen? Las Habilidades naturales y adquiridas de los psicoterapeutas: Implicaciones para la selección, capacitación y desarrollo profesional. En H. Fernández-Álvarez (Ed.), *La Integración en Psicoterapia*, (pp. 384-441). Buenos Aires, Paidós.
- 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*. Madrid: Vision Net.
- Corbella, S., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L.A. y Botella, L. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de Psicología*, 26 (2) 281-289.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L. y García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (2), 125-133.
- Fernández-Álvarez, H. (1996). Características personales del psicoterapeuta. *Colección de Trabajos Distinguidos. Serie Psiquiatría*, 1(4), 141-142.
- Fernández-Álvarez, H., García F. y Scherb, E. (1998). The Research Programa at AIGLE. *Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 343-359.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. (2003). Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125.
- Feixas, G. y Botella, L. (2004). Integración en Psicoterapia; Reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista. En H. Fernández-Álvarez (Ed.), *La Integración en Psicoterapia*, (pp. 33-61). Buenos Aires, Paidós.
- García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (2), 121-128.
- Grazioso, M.P. (2009). Detección de variables culturales moderadoras en la constitución de la alianza terapéutica. *Disertación doctoral sin publicar*, Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
- Grazioso, M., Cazali, L. y Recinos, L. (2002). Retos y Desafíos en la Formación del Psicólogo en Guatemala. En J.F. Villegas, P. Marassi y J.P. Toro (Eds.), *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas*, (pp.153-190). Chile: Universidad Central.
- Instituto Nacional de Estadística. (2006). Encuesta Nacional de Condiciones de vida. Principales resultados. Obtenido a través de: <http://www.ine.gov.gt/np/encovi/encoviz2006.htm> el 11 de agosto de 2011.
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). Población de Guatemala en el 2011. Obtenido a través de <http://www.ine.gov.gt/> el 11 de febrero de 2011.
- Ivey, A. E. e Ivey, M. B. (2007). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society* (7<sup>th</sup> Ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole-Thomson Learning.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas, J. Vicente, B., Andrade, L., Careveo, J., Saxena, S. y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4), 229-240.
- López, V. (2011). Epidemiología de trastornos de salud mental en Guatemala. *Revista Psicólogos*, (2) 31-32.
- Moura de Carvalho, H., Corbella, S., Mena Matos, P. (2011). Confirmatory Factor Analysis of the Portuguese Brief Version of the Personal Style of the Therapist Questionnaire (PST-Q). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20 (1), 79-90.
- Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. (2011). Violencia en Guatemala. Estudio estadístico en 5 departamentos. Piedra Santa, (pp. 108).
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud [OMS/OPS], (2006). Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala. Obtenido a través de [http://www.who.int/mental\\_health/Nicaragua\\_ElSalvador\\_Guatemala\\_WHO-AIMS\\_Report2.pdf](http://www.who.int/mental_health/Nicaragua_ElSalvador_Guatemala_WHO-AIMS_Report2.pdf) el 8 de agosto de 2011.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2005). *Guatemala: Diversidad Étnico-Cultural: La ciudadanía en un estado plural*. Guatemala: PNUD.
- Quiñonez, A., Melipillán, R. y Ramírez, P. (2010). Estudio psicométrico del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) en psicoterapeutas

- acreditados en Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19 (3), 273-381.
- Rial, V., García, F., Gómez, B., y Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de los terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 98, 191-208.
- Rodríguez, J., Barrett, T., Narváez, J., Caldas, J. Levav, I. y Saxena, S. (2007). Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(5), 348-357.
- Sommers-Flanagan, J. y Sommers-Flanagan, R. (2004). *Counseling and Psychotherapy Theories in context and practice: Skills, Strategies and Techniques*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sue, S. y Lam, A. G. (2002). Cultural and demographic diversity. En J.C. Norcross (Ed), *Psychotherapy relationships that work*, (pp. 401-422). NY: Oxford University Press.
- Tschen, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y competencias multiculturales en egresados y estudiantes de la maestría en consejería psicológica y salud mental. Tesis de Licenciatura en Psicología, no publicada. Universidad del Valle de Guatemala: Guatemala.
- Wampold, B. (2007). Psychotherapy: The Humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873.

Recibido: 6-4-11

Aceptado: 4-7-11

**Abstract:** The Personal Style of the Therapist (PST) is a multidimensional construct that is present throughout the therapeutic process and is based on the communication competences of the therapist. The Personal Style of the Therapist Questionnaire (PST-Q) was administered to 101 therapists; 73% female, 27% male, 21% indigenous and 77% not indigenous, that work in the rural and urban areas (interior). The results indicate that there is a wide diversity among those who seek psychotherapy in the interior of the country and the reasons for the consultations are wide. During the analysis of the personal styles of the therapists working in the interior as one single group, it was found that the operational and expressive dimensions were the highest. This evidences that the Guatemalan therapists maintain a high level of closeness with their clients. At the same time, the framework in which they work is flexible. The therapists show a tendency of having a comfortable work environment with standard treatments, while the level of involvement tends to be low and their attention tends to be open rather than focalized.