



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA

Doctorado en Psicología

Relación entre el estilo personal del acompañante terapéutico, estilos de apego, dirección de intereses, poblaciones clínicas que asisten y orientación teórica - técnica

Tesista: Dante O. Tolosa

Director: Dr. Fernando García

Codirectora: Dra. Brenda María Murawski

Marzo de 2025

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos	1
Resumen	2
Introducción	4
Capítulo 1. Rol del acompañamiento terapéutico en salud mental	7
1. 1. Relevancia del acompañamiento terapéutico como práctica profesional	8
1. 2. Marco jurídico legal del acompañamiento terapéutico	9
1. 3. Funciones del acompañamiento terapéutico	14
1. 4. Bases teóricas y conceptuales del acompañamiento terapéutico	16
1. 5. Función del acompañamiento terapéutico según las poblaciones clínicas que asisten	20
1. 5. 1. Trastornos mentales	20
1. 5. 1. 1. Función del acompañante terapéutico en el espectro obsesivo – compulsivo	21
1. 5. 1. 2. Función del acompañante terapéutico en el espectro esquizofrénico	21
1. 5. 1. 3. Función del acompañante terapéutico en los trastornos de la conducta alimentaria	22
1. 5. 1. 4. Función del acompañante terapéutico en los trastornos depresivos y bipolares	22
1. 5. 1. 5. Función del acompañante terapéutico en los trastornos adictivos	23
1. 5. 2. Acompañamiento terapéutico en trastornos del desarrollo y discapacidad	23
1. 5. 3. Acompañamiento terapéutico en niños y adolescentes	26
1. 5. 4. Acompañamiento terapéutico en adultos mayores	27
1. 5. 5. Acompañamiento terapéutico en enfermedades médicas	29
Capítulo 2. Estilo personal del terapeuta	34
2. 1. Estilo Personal del terapeuta	35
2. 2. Investigaciones sobre el estilo personal del terapeuta	38
2. 3. Nuevas direcciones en el estudio del Estilo Personal del Terapeuta	49
Capítulo 3. Estilos de apego	51
3. 1. Acompañamiento terapéutico y teoría del apego	52
3. 2. Subtipos de apego y función del acompañamiento terapéutico	53
3. 3. Investigaciones sobre los estilos de apego	56

Capítulo 4. Dirección de intereses	60
4. 1. Investigaciones sobre la dirección de intereses	61
4. 2. Dirección de intereses y estilo personal del terapeuta.....	64
Capítulo 5. Problema de investigación y método.....	65
5. 1. Fundamentación del tema.....	66
5. 2. Planteo del problema	67
5. 3. Objetivos.....	69
5. 3. 1. Objetivo general.....	69
5. 3. 2. Objetivos específicos	69
5. 4. Hipótesis	70
5. 5. Método.....	70
5. 5. 1. Diseño y alcance del estudio.....	70
5. 5. 2. Muestra	71
5. 5. 2. 1. Características de la muestra	71
5. 5. 2. 1. 1. Características sociodemográficas.....	71
5. 5. 2. 1. 2. Características del rol de acompañante terapéutico.....	75
5. 5. 3. Instrumentos de evaluación	83
5. 5. 3. 1. Cuestionario de obtención de datos socio-demográficos y del ejercicio de la práctica diseñado especialmente para esta investigación	83
5. 5. 3. 2. Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C, Fernández-Álvarez et al., 2003) adaptado y validado para la población de acompañantes terapéuticos (EPAT-C)	84
5. 5. 3. 3. Cuestionario de Estilos de Apego (CEA, versión argentina: Casullo y Fernández Liporace, 2004)	86
5. 5. 3. 4. Cuestionario de Dirección de Intereses (DIQ, versión original: Caine et al., 1981, versión en español: Corbella et al., 2000)	87
5. 5. 4. Procedimiento	87
5. 5. 5. Procesamiento estadístico de los datos	88
5. 6. Aportes que se espera realizar con la tesis	89
5. 7. Consideraciones éticas.....	89

Capítulo 6. Resultados	91
6. 1. Adaptación de instrumentos	92
6. 1. 1. Validación del Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) para la población de Acompañantes Terapéuticos (EPAT-C).....	92
6. 1. 1. 1. Propiedades psicométricas	93
6. 1. 1. 1. 1. Homogeneidad.....	93
6. 1. 1. 1. 2. Análisis factorial.....	94
6. 1. 1. 1. 2. 1. Análisis factorial confirmatorio	94
6. 1. 1. 1. 2. 1. 1. Modelo especificado	94
6. 1. 1. 1. 2. 1. 2. Modelos re-especificados	96
6. 1. 1. 1. 2. 2. Análisis factorial exploratorio	99
6. 1. 1. 1. 2. 2. 1. Solución inicial.....	99
6. 1. 1. 1. 2. 2. 2. Solución final	105
6. 1. 1. 1. 3. Consistencia interna.....	107
6. 1. 2. Validación del Cuestionario de Dirección de Intereses (DIQ)	108
6. 1. 2. 1. Propiedades psicométricas	108
6. 1. 2. 1. 1. Homogeneidad.....	108
6. 1. 2. 1. 2. Análisis factorial.....	109
6. 1. 2. 1. 2. 1. Análisis factorial confirmatorio	109
6. 1. 2. 1. 2. 1. 1. Modelo especificado	109
6. 1. 2. 1. 2. 1. 2. Modelos re-especificados	111
6. 1. 2. 1. 3. Consistencia interna.....	112
6. 2. Análisis de las variables	113
6. 2. 1. Estilo personal del acompañante terapéutico.....	113
6. 2. 1. 1. Descriptivos.....	113
6. 2. 1. 2. Según género	114
6. 2. 1. 3. Según variables asociadas al rol del acompañante terapéutico	116
6. 2. 1. 3. 1. Según población que asiste.....	116
6. 2. 1. 3. 2. Según etapa evolutiva de los consultantes.....	118
6. 2. 1. 3. 3. Según gravedad de los consultantes	120
6. 2. 1. 3. 4. Según orientación teórica - técnica.....	122
6. 2. 1. 4. Según experiencia del acompañante terapéutico.....	125
6. 2. 1. 4. 1. Según antigüedad.....	125
6. 2. 1. 4. 2. Según cantidad de consultantes pasados y presentes	127

6. 2. 1. 4. 3. Según cantidad de horas semanales.....	129
6. 2. 2. Estilos de apego	131
6. 2. 2. 1. Descriptivos.....	131
6. 2. 2. 2. Según género	134
6. 2. 2. 3. Según variables asociadas al rol del acompañante terapéutico	136
6. 2. 1. 3. 1. Según población que asiste.....	136
6. 2. 2. 3. 2. Según etapa evolutiva de los consultantes.....	138
6. 2. 2. 3. 3. Según gravedad de los consultantes	139
6. 2. 2. 3. 4. Según orientación teórica - técnica.....	141
6. 2. 2. 4. Según experiencia del acompañante terapéutico.....	145
6. 2. 2. 4. 1. Según antigüedad.....	145
6. 2. 2. 4. 2. Según cantidad de consultantes pasados y presentes	146
6. 2. 2. 4. 3. Según cantidad de horas semanales.....	149
6. 2. 3. Dirección de intereses	151
6. 2. 3. 1. Descriptivos.....	151
6. 2. 3. 2. Según género	152
6. 2. 3. 3. Según variables asociadas al rol del acompañante terapéutico	153
6. 2. 3. 3. 1. Según población que asiste.....	153
6. 2. 3. 3. 2. Según etapa evolutiva de los consultantes.....	154
6. 2. 3. 3. 3. Según gravedad de los consultantes	155
6. 2. 3. 3. 4. Según orientación teórica - técnica.....	156
6. 2. 3. 4. Según experiencia del acompañante terapéutico.....	158
6. 2. 3. 4. 1. Según antigüedad.....	158
6. 2. 3. 4. 2. Según cantidad de consultantes pasados y presentes	159
6. 2. 3. 4. 3. Según cantidad de horas semanales.....	160
6. 2. 4. Relación entre estilo personal del acompañante terapéutico, estilos de apego y dirección de intereses.....	161

Capítulo 7. Discusión.....	164
Capítulo 8. Conclusiones	175
8. 1. Conclusión general	176
8. 2. Implicancias.....	177
8. 3. Limitaciones del estudio.....	178
8. 4. El desarrollo futuro de la investigación basada en los hallazgos sobre el Estilo Personal del Acompañante Terapéutico.....	179
Bibliografía	181
Anexos	194
Anexo 1. Consentimiento informado	195
Anexo 2. Cuestionario de obtención de datos socio-demográficos y del ejercicio de la práctica diseñado especialmente para esta investigación.....	196
Anexo 3. Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C, Fernández Álvarez et al., 2003) adaptado y validado para la población de acompañantes terapéuticos (EPAT-C).....	200
Anexo 4. Cuestionario de Estilos de Apego (CEA, versión argentina: Casullo y Fernández Liporace, 2004).....	202
Anexo 5. Cuestionario de Dirección de Intereses (DIQ, versión original: Caine et al., 1981, versión en español: Corbella et al., 2000)	204

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estado del arte de la publicación de libros sobre el acompañamiento terapéutico	12
Tabla 2. Diferencias existentes entre las tareas intersesiones, el proceso relacional y objetivos terapéuticos	19
Tabla 3. Listado de textos que hayan empleado el EPT-C	38
Tabla 4. Ítems adaptados al ámbito de los AT	92
Tabla 5. Índices de ajuste del modelo especificado y los modelos re-especificados	96
Tabla 6. Solución factorial inicial rotada del EPAT-C sin forzar.....	100
Tabla 7. Solución factorial inicial rotada del EPAT-C forzando 5 factores.....	101
Tabla 8. Solución factorial inicial rotada del EPAT-C forzando 4 factores.....	102
Tabla 9. Solución factorial inicial rotada del EPAT-C forzando 2 factores.....	103
Tabla 10. Resumen de los ítems que afectan la consistencia interna de las subescalas	104
Tabla 11. Solución factorial inicial rotada del EPAT-C forzando 2 factores	105
Tabla 12. Solución factorial final rotada del EPAT-C forzando 2 factores.....	107
Tabla 13. Índices de ajuste del modelo especificado y los modelos re-especificados	111
Tabla 14. Resumen de los ítems que afectan la consistencia y la bondad de ajuste.....	112
Tabla 15. Media en las subescalas del EPAT-C	113
Tabla 16. Puntaje en EPAT-C según género	115
Tabla 17. Puntaje en EPAT-C según población que asiste.....	117
Tabla 18. Puntaje en EPAT-C según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT	119
Tabla 19. Puntaje en EPAT-C según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT.....	121
Tabla 20. Puntaje en EPAT-C según orientación teórica - técnica como AT	124
Tabla 21. Puntaje en EPAT-C según antigüedad.....	126
Tabla 22. Puntaje en EPAT-C según cantidad de consultantes asistidos anteriormente	127
Tabla 23. Puntaje en EPAT-C según cantidad de consultantes asistidos actualmente	128
Tabla 24. Puntaje en EPAT-C según cantidad de horas semanales.....	129
Tabla 25. Media en las subescalas del CEA	131
Tabla 26. Puntaje en CEA según género	134
Tabla 27. Puntaje en CEA según población que asiste.....	136
Tabla 28. Puntaje en CEA según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT	138

Tabla 29. Puntaje en CEA según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT.....	140
Tabla 30. Puntaje en CEA según orientación teórica - técnica como AT	143
Tabla 31. Puntaje en CEA según antigüedad.....	145
Tabla 32. Puntaje en CEA según cantidad de consultantes asistidos anteriormente	147
Tabla 33. Puntaje en CEA según cantidad de consultantes asistidos actualmente	148
Tabla 34. Puntaje en CEA según cantidad de horas semanales.....	150
Tabla 35. Media en el puntaje total del DIQ	151
Tabla 36. Puntaje en DIQ según género	152
Tabla 37. Puntaje en DIQ según población que asiste	154
Tabla 38. Puntaje en DIQ según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT	155
Tabla 39. Puntaje en DIQ según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT.....	156
Tabla 40. Puntaje en DIQ según orientación teórica - técnica como AT.....	157
Tabla 41. Puntaje en DIQ según antigüedad	159
Tabla 42. Puntaje en DIQ según cantidad de consultantes asistidos anteriormente.....	159
Tabla 43. Puntaje en DIQ según cantidad de consultantes asistidos actualmente.....	160
Tabla 44. Puntaje en DIQ según cantidad de horas semanales.....	161
Tabla 45. Correlaciones entre las subescalas del EPAT-C	161
Tabla 46. Correlaciones entre EPAT-C con CEA	162
Tabla 47. Correlaciones entre EPAT-C con DIQ	163
Tabla 48. Correlaciones entre CEA y DIQ	163

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Reconocimiento legal de la actividad profesional del acompañamiento terapéutico en Argentina.....	11
Figura 2. Conformación de la muestra.....	71
Figura 3. Distribución de edad en la muestra.....	72
Figura 4. Lugar de nacimiento.....	72
Figura 5. Lugar de residencia.....	73
Figura 6. Estado civil.....	73
Figura 7. Presencia de hijos en la muestra.....	74
Figura 8. Cantidad de hijos en la muestra.....	74
Figura 9. Nivel de estudio de la muestra.....	75
Figura 10. Realización de carrera.....	75
Figura 11. Realización de curso.....	76
Figura 12. Antigüedad.....	77
Figura 13. Cantidad de consultantes asistidos anteriormente.....	77
Figura 14. Cantidad de consultantes asistidos en la actualidad.....	77
Figura 15. Cantidad de horas semanales de trabajo en la actualidad.....	78
Figura 16. Miembro de asociaciones que nuclean AT.....	78
Figura 17. Cantidad de asociaciones que nuclean AT a las que son miembros los integrantes de la muestra.....	79
Figura 18. Asociaciones a las cuales son miembros los integrantes de la muestra.....	79
Figura 19. Población que asiste.....	80
Figura 20. Etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT.....	80
Figura 21. Gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT.....	81
Figura 22. Orientación teórica - técnica como AT.....	81
Figura 23. Cantidad de modalidades de trabajo como AT.....	82
Figura 24. Modalidad de trabajo como AT.....	82
Figura 25. Cantidad de instituciones en las que trabaja como AT.....	83
Figura 26. Tipo de institución en la que trabaja como AT.....	83
Figura 27. Modelo que vincula los ítems con un modelo de 5 factores.....	95
Figura 28. Modelo de 4 factores.....	97
Figura 29. Modelo de 2 factores.....	98

Figura 30. Modelo que vincula los ítems con la escala total	110
Figura 31. Media en la subescala Procedimental del EPAT-C	114
Figura 32. Media en la subescala Vincular del EPAT-C.....	114
Figura 33. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según género	115
Figura 34. Puntaje en Vincular del EPAT-C según género.....	115
Figura 35. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según población que asiste.....	117
Figura 36. Puntaje en Vincular del EPAT-C según población que asiste	118
Figura 37. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT	119
Figura 38. Puntaje en Vincular del EPAT-C según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT	120
Figura 39. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT	121
Figura 40. Puntaje en Vincular del EPAT-C según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT	122
Figura 41. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según orientación teórica - técnica como AT	124
Figura 42. Puntaje en Vincular del EPAT-C según orientación teórica - técnica como AT.....	125
Figura 43. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según antigüedad.....	126
Figura 44. Puntaje en Vincular del EPAT-C según antigüedad	126
Figura 45. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según cantidad de consultantes asistidos anteriormente.....	127
Figura 46. Puntaje en Vincular del EPAT-C según cantidad de consultantes asistidos anteriormente.....	128
Figura 47. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según cantidad de consultantes asistidos actualmente	128
Figura 48. Puntaje en Vincular del EPAT-C según cantidad de consultantes asistidos actualmente	129
Figura 49. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según cantidad de horas semanales.....	130
Figura 50. Puntaje en Vincular del EPAT-C según cantidad de horas semanales	130
Figura 51. Media en la subescala Temeroso evitativo - Relación no romántica del CEA	131
Figura 52. Media en la subescala Ansioso ambivalente - Relación no romántica del CEA	132
Figura 53. Media en la subescala Seguro - Relación no romántica del CEA	132
Figura 54. Media en la subescala Temeroso evitativo - Relación romántica del CEA.....	133
Figura 55. Media en la subescala Ansioso ambivalente - Relación romántica del CEA	133

Figura 56. Media en la subescala Seguro - Relación romántica del CEA	134
Figura 57. Puntaje en CEA – Relación no romántica según género	135
Figura 58. Puntaje en CEA – Relación romántica según género	135
Figura 59. Puntaje en CEA – Relación no romántica según población que asiste.....	137
Figura 60. Puntaje en CEA – Relación romántica según población que asiste.....	137
Figura 61. Puntaje en CEA – Relación no romántica según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT	139
Figura 62. Puntaje en CEA – Relación romántica según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT	139
Figura 63. Puntaje en CEA – Relación no romántica según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT	140
Figura 64. Puntaje en CEA – Relación romántica según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT	141
Figura 65. Puntaje en CEA – Relación no romántica según orientación teórica - técnica como AT	144
Figura 66. Puntaje en CEA – Relación romántica según orientación teórica - técnica como AT	144
Figura 67. Puntaje en CEA – Relación no romántica según antigüedad.....	146
Figura 68. Puntaje en CEA – Relación romántica según antigüedad.....	146
Figura 69. Puntaje en CEA – Relación no romántica según cantidad de consultantes asistidos anteriormente.....	147
Figura 70. Puntaje en CEA – Relación romántica según cantidad de consultantes asistidos anteriormente.....	148
Figura 71. Puntaje en CEA – Relación no romántica según cantidad de consultantes asistidos actualmente	149
Figura 72. Puntaje en CEA – Relación romántica según cantidad de consultantes asistidos actualmente	149
Figura 73. Puntaje en CEA – Relación no romántica según cantidad de horas semanales.....	150
Figura 74. Puntaje en CEA – Relación romántica según cantidad de horas semanales.....	151
Figura 75. Media en el puntaje total del DIQ	152
Figura 76. Puntaje en DIQ según género	153
Figura 77. Puntaje en DIQ según población que asiste.....	154
Figura 78. Puntaje en DIQ según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT	155

Figura 79. Puntaje en DIQ según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT.....	156
Figura 80. Puntaje en DIQ según orientación teórica - técnica como AT.....	158
Figura 81. Puntaje en DIQ según antigüedad	159
Figura 82. Puntaje en DIQ según cantidad de consultantes asistidos anteriormente	160
Figura 83. Puntaje en DIQ según cantidad de consultantes asistidos actualmente.....	160
Figura 84. Puntaje en DIQ según cantidad de horas semanales.....	161

Agradecimientos

Derivar en la finalización de la tesis doctoral me conecta indefectiblemente con el trayecto, al cual, me condujo mi interés por la investigación del acompañamiento terapéutico. En este recorrido me han acompañado, directa e indirectamente, colegas, maestros, instituciones y seres queridos que me dieron la motivación para no claudicar en la meta. En este sentido, quiero agradecer a cada uno de ellos por hacerlo posible.

En memoria del Dr. Héctor Fernández-Álvarez, quien influyó grandemente en mi guión profesional, sobre todo, en el interés por investigar sobre el estilo personal del terapeuta.

A los principales protagonistas de esta investigación, a los acompañantes terapéuticos de la República Argentina y a los formadores que han brindado las bases teóricas, técnicas y estratégicas de la función del acompañante terapéutico.

Al Dr. Fernando García, por su apoyo incondicional para investigar este tema y por los conocimientos brindados en las actividades científicas en el Noroeste Argentino.

A la Dra. Brenda Murawski por sus sabias sugerencias en el proceso de la investigación y su disponibilidad incansable a la distancia.

A mi Madre, Padre e hijas, mi fuente de motivación incesante.

Por último, a la Facultad de Psicología de la Universidad de Mar del Plata por darme la posibilidad de crecer profesionalmente.

Resumen

El objetivo general que se persiguió en esta investigación fue analizar la relación entre el estilo personal del acompañante terapéutico, estilos de apego, dirección de intereses, poblaciones clínicas que asisten y orientación teórica - técnica. Para este fin, se realizó la validación del Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) en población de acompañantes terapéuticos (EPAT-C) y del Cuestionario de Dirección de Intereses (DIQ, versión original: Caine et al., 1981, versión en español: Corbella et al., 2000). Además, se aplicaron los siguientes cuestionarios: Cuestionario de obtención de datos socio-demográficos y del ejercicio de la práctica diseñado especialmente para esta investigación y el Cuestionario de Estilos de Apego (CEA, versión argentina: Casullo y Fernández Liporace, 2004). El muestreo se llevó a cabo en el año 2022 y fue no probabilístico e intencional. Los criterios de inclusión fueron: 1) poseer el título de Técnico en Acompañamiento Terapéutico u otro tipo de formación y 2) presentar un mínimo de 1 año de actividad en el trabajo de Acompañamiento Terapéutico en la Argentina. La muestra final se conformó por 278 acompañantes terapéuticos (hombres y mujeres) que ejercen en diferentes ciudades de la Argentina. Se observó que los acompañantes terapéuticos adoptan, en términos generales, un estilo procedimental más bien pautado, donde en aquellos que se identifican como conductuales, cognitivos y cognitivo - conductuales este perfil se torna más evidente a diferencia de sus pares psicoanalíticos. De igual modo, se concluyó que las características específicas de la tarea del acompañamiento terapéutico, que implican una gran exposición con la vida cotidiana de las personas que asisten (en un promedio de 15.43 horas semanales) podrían ser un factor modulador de la función vincular del acompañante terapéutico, sobre todo, en la expresión emocional.

Se observó en los acompañantes terapéuticos que trabajan con niños tienden a manifestarse de manera pautada en sus intervenciones, lo cual, les permite, a su vez, preservar la expresividad emocional necesaria para establecer la alianza terapéutica en esta población. Asimismo, esta tendencia cauta del acompañamiento terapéutico (puntaje medio en procedimental y vincular) se sostiene en el trabajo con adolescentes, adultos y adultos mayores. Otro de los aportes significativos de esta investigación, es que la dirección de intereses de los acompañantes terapéuticos influye en las funciones procedimentales. Es decir, los acompañantes terapéuticos que poseen una dirección de intereses más interna tienden a ser menos pautados, contrario a aquellos que manifiestan una dirección de intereses más externa que suelen ser más pautados.

Introducción

Desde las primeras intervenciones terapéuticas cotidianas con Acompañamiento Terapéutico (denominadas por Eduardo Kalina como *Amigo Calificado* en la década de los 70) la función del acompañante terapéutico (AT) se ha consolidado como una profesión con identidad propia en el campo de la salud mental (Kuras de Mauer y Resnizky, 2013). Este rol ha evolucionado hacia un abordaje interdisciplinario con una base teórica, técnica y estratégica cada vez más robusta y respaldada científicamente. La incorporación de diversas teorías psicológicas, métodos de intervención y enfoques estratégicos ha permitido que el Acompañamiento Terapéutico se adapte y responda eficazmente a las necesidades cambiantes de los consultantes. (Dragotto y Frank, 2012; Goyeneche y Piccinini, 2013).

Eduardo Kalina creó el rol del *Amigo Calificado* en respuesta a la necesidad de contar con más recursos para tratar adolescentes con problemas de adicción a las drogas (Kuras de Mauer y Resnizky, 2013). Su objetivo era evitar el "cliniquismo" (la simbiosis patológica con la institución) y ampliar la efectividad de las intervenciones en la vida cotidiana. Con "amigo calificado" se refería a ciertas cualidades esenciales para estos agentes de salud: "Tenían que ser jóvenes vitales, fuertes, con cualidades especiales: ingenio, lealtad, una sólida convicción antidrogas y fundamentalmente creatividad para lograr ser objetos pasibles de identificaciones positivas" (Kuras de Mauer y Resnizky, 2013, p. 111). Esta cita subraya el principal interés de la presente investigación doctoral: la persona del AT, desde los inicios de la profesión, es una variable significativa tanto en el proceso como en el resultado del propósito terapéutico, lo cual, está en sintonía con el interés general de estudiar la persona del terapeuta en salud mental.

Heinonen y Nissen-Lie (2020) realizaron una revisión sistemática sobre las características profesionales y personales de los terapeutas efectivos. Su estudio destaca que factores como la empatía, la autenticidad y la capacidad de establecer una buena alianza terapéutica son esenciales para el éxito del tratamiento psicoterapéutico. Los autores concluyen que tanto las habilidades técnicas como las características personales del terapeuta juegan un papel crucial en los resultados terapéuticos, acorde a investigaciones similares (Heinonen et al., 2014; Jennings et al., 2017; Lutz et al., 2007; Orlinsky y Rønnestad, 2005).

Desde el punto de vista del AT, Rossi G. (2012) menciona que el AT se expresa en el texto que se co-construye junto al consultante, la persona del AT participa activamente en tal narración, a través, de su identidad personal y necesidades. Safran y Muran (2005) denominan a esta alianza terapéutica como una "negociación

intersubjetiva” entre estos participantes que comparten un fin común. Así, en la literatura especializada del AT, se hace hincapié en que la formación no debe basarse solo en conocimientos teóricos y técnicos, sino también en el desarrollo personal que permita al profesional regular sus propias emociones y establecer relaciones terapéuticas efectivas (Cossi, 2019).

En esta línea, Dragotto (2017) se interroga en cómo debería atender el AT las demandas del consultante, la familia y la vida cotidiana, sin quedar atrapado en dicha complejidad dónde se desdibuje su función terapéutica. Ante ello se responde que se requieren aliados en el entorno, la dirección del tratamiento, la supervisión y el análisis personal. Resulta interesante la analogía que utiliza el autor al denominar “clínicas en las fronteras” al trabajo del AT en la vida cotidiana y que es, justamente, el camino que transita esta investigación. La dimensión procedimental (búsqueda de información, estructurarse en un encuadre terapéutico y guiarse por el diseño específico de tratamiento), por un lado, y, por el otro, la complejidad vincular (el equilibrio necesario entre la cercanía o la distancia operacional según convenga, la modulación de la expresividad y el grado de implicación que sostenga lo terapéutico).

En este marco, el interrogante del presente estudio está influenciado por el cuerpo de investigaciones empíricas sobre el "Estilo Personal del Terapeuta" (Corbella et al., 2008; García et al., 2009) y explora la relación entre el estilo personal del AT, los estilos de apego, la dirección de intereses, las poblaciones clínicas asistidas y la orientación teórica-técnica.

En esta investigación se destaca la relevancia del estilo personal del AT y su influencia en las intervenciones cotidianas. Se explora en cómo las características personales, los estilos de apego, las direcciones de interés y el sustento teórico, técnico y estratégico del AT influyen en su práctica profesional. Esto significa que este terapeuta de lo cotidiano, como lo llama Suarez (2023), no solo pone en juego sus habilidades técnicas y estratégicas, sino también las cualidades y competencias personales que influyen en el proceso relacional terapéutico (Tolosa, 2015a)

Finalmente, se pretende generar la piedra angular de la investigación empírica en la persona del AT y profundizar en las dimensiones procedimentales y vinculares de su tarea terapéutica.

Capítulo 1. Rol del acompañamiento terapéutico en salud mental

1. 1. Relevancia del acompañamiento terapéutico como práctica profesional

La necesidad de compañía y estimulación humana es algo que se ha reconocido desde tiempos remotos. Es un fenómeno transcultural la costumbre de que los afligidos por enfermedades, muertes o desgracias, reciban ánimo y apoyo de parientes, amigos, vecinos o incluso extraños que puedan permanecer con esa persona hasta que recupere su funcionalidad (Rossi G., 2007).

En este sentido, el desarrollo científico de la psicología ha puesto de manifiesto la eficacia terapéutica del contacto personal entre un agente terapéutico y el consultante (Genise, 2015; Gómez, 2010; Manson et al., 2002). En este contexto, ha surgido la figura del AT como un profesional que integra un equipo interdisciplinario de salud que desempeña su función, tanto en la cotidianeidad del consultante como en las instituciones asistenciales, con el objetivo común de resocializar a la persona que sufre (Dragotto y Frank, 2012; Kuras de Mauer y Resnizky, 2013).

Desde los primeros años en que se implementó en Argentina la definición operacional de AT, su función fue ajustándose de acuerdo con el paradigma científico del momento. La primera mención de la que se tiene noticias es la de Eduardo Kalina quien en la década del 70 llamó *Amigo Calificado* al agente de salud que se desempeñaba en tratamientos convencionales que fracasaban o eran insuficientes (Kuras de Mauer y Resnizky, 2013). Sé conformó como una estrategia alternativa que se aplicaba cuando la internación clásica y la medicación no alcanzaban para los fines terapéuticos propuestos.

Para Graiño y Fernández (2015) si bien el Acompañamiento Terapéutico (AT) es una práctica que data de la postguerra y toma un efecto germinal en la década del 60 y 70 en la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, no se puede afirmar que se haya establecido dentro de ese periodo de la historia debido a los obstáculos influenciados por la dictadura militar, por lo cual, no ha sido hasta la década de los 90 a la actualidad que se ha venido delineando la conformación de su identidad profesional en Argentina, y ampliando sus redes en otros países como España, México, Uruguay, Brasil y Perú.

En este marco, el AT se amalgama en el nuevo paradigma de la Salud Mental en Argentina, la cual, postula que el proceso de atención debe realizarse, preferentemente, fuera del ámbito de la internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud (Sánchez y Zapata, 2017).

En suma, el reconocimiento del AT como un agente de salud que integra equipos interdisciplinarios en una amplia diversidad de dispositivos terapéuticos, tanto en lo teórico, técnico y estratégico como en las poblaciones clínicas que se asisten, cobra cada vez mayor legitimación en las bases legales y académicas, lo cual, justifica la realización de investigaciones rigurosas que estudien con mayor profundidad la eficacia y eficiencia como procedimiento de salud.

1. 2. Marco jurídico legal del acompañamiento terapéutico

De la mano de la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA) y la Red Argentina de Asociaciones y Agrupaciones de Acompañantes Terapéuticos la institucionalización de la figura del AT en la actualidad se instaura a través de su reconocimiento en la Ley Nacional N° 26.657 (Congreso de la Nación Argentina, 2010) y en leyes provinciales: en San Juan la Ley N° 7697 (Legislatura de la Provincia de San Juan, 2006), en San Luis la Ley N° III - 0599-2007- Resolución 1112 (donde se fija los alcances del título) (Legislatura de la Provincia de San Luis, 2007), en Córdoba la Ley N° 9848 (Legislatura de la Provincia de Córdoba, 2009), en Río Negro la Ley N° 4624 (Legislatura de la Provincia de Río Negro, 2010); sumado a los proyectos de ley en otras regiones del País.

De igual modo, a este avance en el reconocimiento gubernamental, corre paralela la formación académica del AT, mediante la creación de licenciaturas, tecnicaturas, diplomados y otros formatos en calidad curricular y de capacitación. Ejemplo de ello son las Tecnicaturas en la Universidad Autónoma de Entre Ríos (Resolución: 1024), Universidad de Favaloro (Resolución 1042/06), Universidad Católica de Cuyo (Resolución N° 329/10), Universidad del Salvador (Resolución N° 173/11) y, más tempranamente, en el 2016 en la Universidad Nacional de Córdoba y Universidad de Belgrano (Costa, 2017, Resnizky, 2017).

En este marco, el 5 de julio de 2023 la Cámara de Diputados le dio media sanción al proyecto de ley para la regulación del Ejercicio Profesional del Acompañamiento Terapéutico para que los trabajadores sean considerados profesionales autónomos (Cámara de Diputados de la Nación 2023). Este proyecto de ley, reconocido por la cámara de diputados, establece lo siguiente en su Artículo N°1:

Objeto: La presente ley tiene por objeto establecer los mecanismos necesarios para favorecer la formación de calidad de acompañantes terapéuticos y promover

el desarrollo del acompañante terapéutico en todo el territorio nacional; como así también garantizar el derecho a la salud mental y el acceso a los tratamientos con acompañantes terapéuticos, en el marco de lo que, según el caso, determine el equipo interdisciplinario de la salud mental. (p. 1).

Asimismo, en este proyecto de ley se hace énfasis en las competencias del ejercicio profesional del AT, dando relevancia a:

a. Proveer servicios y técnicas para las que están habilitados por su formación académica, capacitación y/o experiencia.

b. Conocimiento de la subjetividad de las y los pacientes y sus diagnósticos y el alcance de su intervención según cada caso.

c. Uso apropiado de los recursos profesionales, científicos, técnicos y administrativos, de acuerdo con la necesidad de cada paciente.

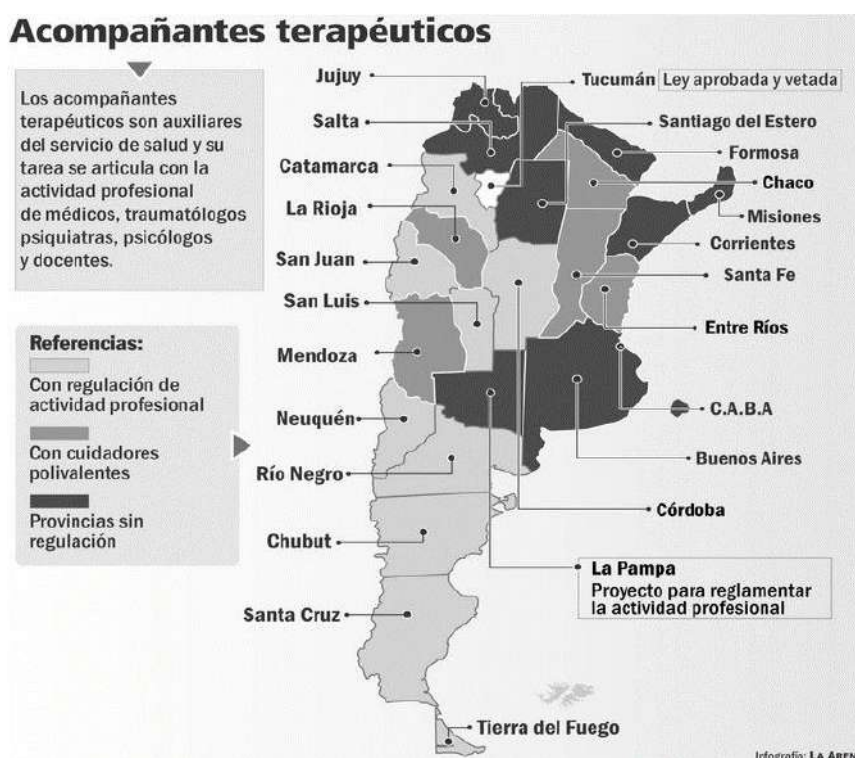
d. Abogar por la coherencia respecto de las potencialidades analíticas, creativas, educativas, críticas y transformadoras, en el ejercicio de la profesión.

e. Ejercer con un sentido de responsabilidad y compromiso social la creación de las condiciones que contribuyan al bienestar y desarrollo de las y los pacientes y la sociedad.

f. Participar activamente en el estudio de la realidad social y promover el desarrollo de leyes, normas y políticas sociales, tendientes a concientizar acerca de la importancia de los tratamientos ambulatorios a su cargo. (p. 1).

En la Figura 1 se muestra el reconocimiento legal de la actividad profesional del acompañamiento terapéutico publicado por el diario *La Arena* de la provincia de la Pampa (19/09/2020).

Figura 1. Reconocimiento legal de la actividad profesional del acompañamiento terapéutico en Argentina



Nota. Adaptado de *Acompañantes terapéuticos* [Infografía], por el diario *La Arena*, 19/09/2020, <https://www.laarena.com.ar/nota/2020-9-19-7-27-0-piden-incluir-a-cuidadores-idoneos>. Todos los derechos reservados.

En el marco de los objetivos de la presente investigación, se observa que tanto en el objeto como en las competencias del AT hacen referencia al reconocimiento del AT como un agente de salud que integra equipos interdisciplinarios en una amplia diversidad de dispositivos terapéuticos, tanto en lo teórico, técnico y estratégico como en las poblaciones clínicas que se asisten, que cobra cada vez mayor legitimación en las bases legales y académicas, lo cual, justifica la realización de investigaciones rigurosas que estudien con mayor profundidad el ejercicio profesional de acompañamiento terapéutico.

En este sentido, y con el propósito de fundamentar la práctica profesional del acompañamiento en Argentina, a continuación, en la Tabla 1, se muestra el estado del arte de las publicaciones de libros desde el 2004 a la actualidad.

Tabla 1. Estado del arte de la publicación de libros sobre el acompañamiento terapéutico

Año	Autores	Título	Editorial	Resumen
2004	Fosarelli	Acompañamiento a niños con enfermedades graves... y a sus familias.	Lumen	Cuando un infante presenta una enfermedad, los padres y los pares tienen reacciones en la esfera física, emocional y espiritual. De acuerdo con la autora, es importante brindar información sobre el diagnóstico para una mejor comprensión y toma de decisiones, además de un acompañamiento en todo el proceso de la enfermedad en las esferas social, emocional y espiritual proponiendo el enfoque pastoral como acompañamiento.
2005	Kuras de Mauer y Resnizky	Territorios del acompañamiento terapéutico.	Letra Viva	Proponen el AT como complemento al tratamiento psicológico del paciente, especialmente para aquellas patologías ligadas al desamparo. El AT brinda un territorio para la expresión de angustias, temores e inhibiciones dentro de la clínica a la par de brindar instrumentos para hacer frente a los desafíos de la época y fomentar la construcción de resiliencia. Algunos de los ámbitos donde se puede intervenir son: Adicciones, Ataque de pánico, Anorexia, Autolesiones o violencia contra sí mismo.
2007	Rossi G.	Acompañamiento terapéutico: Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores.	Polemos	Enfatiza en la importancia del contexto habitual del paciente para intervenir en las tareas cotidianas, aunado a generar una red de apoyo para el acompañado fuera de los interlocutores (equipo multidisciplinario) para obtener un mejor pronóstico del paciente. El AT es una tarea compleja, la cual invita a una constante reflexión del acompañante aunado de una práctica ética y responsable.
2011	Bustos y Frank	Acompañamiento terapéutico. Innovaciones en la clínica. Inscripción institucional.	Brujas	El AT implica múltiples desafíos en la práctica, por lo que es importante el trabajo multidisciplinar para una atención integral. Es un trabajo para la salud, sin embargo, se genera un lazo fraternal con el acompañado por lo que es necesario reforzar el vínculo manteniendo límites al mismo tiempo que brinda herramientas que le permitan reorganizar las defensas.
2011	Kuras de Mauer y Resnizky	El acompañamiento terapéutico como dispositivo.	Letra Viva	El acompañamiento como dispositivo en el ámbito clínico es fundamental para brindar no solo acompañamiento, sino que una serie de aspectos emocionales, simbólicos y relacionales por lo que tiene que mantener una ética y responsabilidad en la práctica en el ámbito que se encuentre emergido, lo cual implica una constante supervisión y formación como profesional
2012	Dragotto y Frank	Acompañantes: Conceptualizaciones y experiencias en AT.	Brujas	El AT es una modalidad de intervención en el ámbito de la salud mental que implica una formación profesional de acuerdo con el campo de intervención específico, la etapa vital del acompañado, la modalidad, entre otras. De este modo, es importante llevar la teoría a la práctica y viceversa para un mejor desarrollo de la práctica
2013	Goyeneche y Piccinini	El arte de acompañar niños y adolescentes.	Letra Viva	El rol del AT es parte de un equipo multidisciplinario quien lleva a cabo un trabajo asistencial con el consultante, quien encarga de informar sobre los conflictos familiares que no pueden identificar por sí mismos y crear un vínculo con el acompañado para desarrollar áreas más estructuradas de la personalidad de acuerdo con la patología presentada.
2013	Kuras de Mauer y Resnizky	Acompañantes terapéuticos: Actualización teórico-clínica.	Letra Viva	Exponen que un abordaje multidisciplinario por un equipo donde se trabaje de forma interdependiente es indispensable tanto en la estructura individual del consultante como de la familia. El AT es un pilar fundamental del equipo al ser quien mantiene un vínculo más estrecho con el paciente, siendo imprescindible para la contención de crisis, ser un modelo de identificación, toma de decisiones donde el paciente no es capaz, proporciona estructuración, brinda una mirada objetiva del mundo del paciente, crea conexión paciente-mundo y mantiene disposición dialógica en distintos momentos del proceso terapéutico, así como en los distintos contextos de inserción.
2014	Allemand	Acompañamiento Terapéutico: Una perspectiva psicosocial.	Dunken	Enuncian sobre el rol activo del AT como dramatización teatral que permite la supervisión individual de casos y promueve recursos saludables para que el paciente se relacione con la sociedad, a la par de fomentar la independencia. Se debe considerar la cultura donde se encuentra emergido para una mejor comprensión, reelaborar, estructurar y organizar al paciente por medio de la intervención a partir del vínculo que se tiene.
2019	Loyden	Acompañamiento terapéutico: actualidad, notas y reflexiones.	Tinta Libre	En el AT se presenta un vínculo positivo o negativo con el acompañado, la familia y el equipo de trabajo y con base en las relaciones, es el tipo de intervención que se realiza desde el ejercicio profesional ético. Asimismo, proponen la observación científica como método y el AT como informante multidimensional. Finalmente, el autocuidado del AT es esencial para un mejor desempeño en la tarea, además de seguir el modelo de calidad de vida para él como para el paciente.
2015	De Freitas et al.	Nas Trilhas Do Acompanhamento Terapêutico.	Composer	El autor señala que el AT implica tener empatía, aceptación incondicional y autenticidad en la práctica. Brinda una visión general sobre la profesión, específicamente en el contexto socio cultural brasileño.
2015	Graíño y Fernández	Acompañamiento Terapéutico. Historia Institucional y Perspectiva Clínica.	IFAD - Plataforma virtual	El AT en sus inicios fue un vínculo entre la institución psiquiátrica y el resto del equipo multidisciplinar y la familia con el fin de lograr los objetivos del paciente. Posteriormente, se ha dado la oportunidad de incorporarse en otros ámbitos como el educativo y otras etapas de la vida del individuo (niñez hasta adultez), además de profesionalizarse para regirse por medio de un código ético.

2015a	Tolosa	Manual práctico del Acompañamiento al Auxiliar Terapéutico. Bases conceptuales, teóricas y clínicas de un modelo cognitivo-integrativo.	Akadia	Expone la importancia del vínculo con el acompañado por medio de la alianza terapéutica, empatía, escucha activa, además de la entrevista motivacional como estrategia de cambio. Asimismo, presenta las bases teóricas del modelo cognitivo-integrado, haciendo énfasis en que las tareas intersesiones y la psicoeducación son clave y permanentes el proceso.
2016	Tolosa y Jozami	Manual Práctico de Técnicas y Estrategias de Modificación de Conducta para Acompañantes Terapéuticos	Akadia	El AT tiene múltiples funciones en un marco de dispositivo multidisciplinario el cual requiere de constante capacitación y supervisión con un profesional. Se destaca que es indispensable el análisis de la conducta por medio de los mecanismos de aprendizaje, el interés de la observación y los registros, aunado a técnicas de modificación de conducta y un abordaje cognitivo integrativo para aquellos trastornos persistentes.
2017	Frank et al.	Acompañamiento Terapéutico: Clínica en las Fronteras.	Brujas	El AT se puede brindar en diferentes poblaciones como ámbitos, por lo que es necesario estar conscientes de las fronteras tanto físicas como psicológicas que se pueden presentar de acuerdo con el contexto sociocultural en el que se encuentra.
2017	Tolosa y Ferrarias Mukdise	Guía práctica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria para Acompañantes Terapéuticos	Akadia	Se desarrolló la función del AT en personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y su contexto familiar.
2018	Barqui, Genise y Tolosa	Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans. Recursos teóricos y clínicos para profesionales de la salud y educación	Akadia	Se muestra la función del AT en el proceso de afirmación de la identidad transgénero, la modalidad de intervención en diversidad sexual y de género.
2018a	Tolosa	Recursos Psicoeducativos y Cognitivo-Conductuales para Esquizofrenia.	Akadia	Actualmente los consultantes con esquizofrenia se ven reincorporados a su contexto por medio de un tratamiento multidisciplinario sin necesidad de internación El autor propone la psicoeducación y el acompañamiento terapéutico durante el curso del tratamiento, la alianza terapéutica y distintas intervenciones cognitivo-conductuales hacia los síntomas negativos que disminuyen la calidad de vida del consultante.
2019	Benítez et al.	Acompañamiento Terapéutico Escolar. Aportes Teórico Clínicos	Brujas	El acompañante, tal como las autoras explican en profundidad, no es un docente integrador, tampoco un terapeuta a domicilio. ¿Qué es y que hace un AT? en la escuela? Las autoras responden con solvencia a esta y a otras preguntas, basadas en su experiencia personal como acompañantes, como psicólogas y como supervisoras de AT. Ponen no solo en su tarea diaria acompañando sino en la reflexión, la búsqueda teórica y la docencia las llevarán a seguir produciendo valioso material que sirva de orientación y de encuentro a tantos AT.
2019	Cossi	Manual integral del acompañamiento terapéutico. Desde un abordaje cognitivo-conductual.	Cea Salud	Define los criterios de intervención del AT, basado en apoyo empírico. Enmarca la práctica dentro de las estrategias globales de tratamiento como lo son la psicofarmacología o los tratamientos psicológicos.
2021	Camacho	Consideraciones intempestivas en el Acompañamiento Terapéutico	Letra Viva	Explora las ideas y conceptos centrales de la función del AT desde una perspectiva crítica y reflexiva. El autor se basa en su propia experiencia clínica y en la de otros terapeutas para ofrecer una visión alternativa de la AT que desafía algunos de los principios y fundamentos tradicionales.
2021	Gueglio Paez	¿Qué atendemos cuando ATendemos? Una génesis posible de Acompañamiento Terapéutico.	Autores de Argentina	Explora la naturaleza del acompañamiento terapéutico y su papel en la salud mental. Argumenta que el acompañamiento terapéutico no se trata solo de brindar apoyo emocional, sino que también implica una atención profunda a la subjetividad del paciente y a su experiencia del mundo.
2021	Roberts	Acompañamiento Terapéutico. Miradas en movimiento.	Laborde	Sostiene que el AT es una práctica compleja y dinámica que se basa en la relación entre el acompañante y el paciente. Esta relación se caracteriza por la empatía, la escucha activa, la aceptación y el respeto por la individualidad del paciente.
2021	Tolosa	Tareas intersesiones y cotidianidad en terapia cognitivo – conductual.	Akadia	Bajo el modelo cognitivo- conductual del AT, se desarrolla la modalidad de intervención con las tareas terapéuticas con intervención cotidiana.

2023	Banszczyk et al.	Acompañamiento terapéutico: De lo Clínico a lo Comunitario.	Noveduc Libros	Enuncia la incidencia a partir de la pandemia y la necesidad de dispositivos clínicos en acompañamiento terapéutico en distintos ámbitos como lo clínico y comunitario, entre otros. Asimismo, la inclusión de la familia en el tratamiento y el autocuidado del acompañante para brindar un mejor servicio. Además, expone el trabajo en comunidades de vulnerabilidad social, la restitución de sus derechos y el trabajo del AT en este ámbito.
2023	Suárez	Acompañante Terapéutico. Nuevos escenarios, nuevas miradas.	Servicop	AT en diversos espacios públicos y privados, se pretende dar una visión puramente de terreno, de campo, comunitaria. Ámbitos como el judicial, abuso sexual, familiar, equinoterapia, pandemia, burnout, etc.

Nota. Elaboración propia.

1. 3. Funciones del acompañamiento terapéutico

A lo largo de la evolución del trabajo del AT en Argentina, la definición operacional del mismo se fue ajustando acorde a su función. El contexto de surgimiento fue en la década del 70 cuando Eduardo Kalina desarrolló el concepto de *Amigo Calificado* (Kuras de Mauer y Resnizky, 2013) para nombrar al agente de salud que se desempeñaba en tratamientos convencionales que fracasaban o eran insuficientes, conformándose como una estrategia alternativa cuando la internación clásica y la medicación no alcanzaban para los fines terapéuticos propuestos (Tolosa, 2015a, 2018a).

En un segundo momento, la denominación de AT, hasta aún hoy, hace referencia a un recurso clínico especializado que opera desde un abordaje psicoterapéutico, inserto en un equipo profesional, desde una experiencia intersubjetiva, donde su función se genera en el espacio transicional del vínculo (Dragotto y Frank, 2012; Mauer y Resnizky, 2005, 2011, 2013; Rossi G., 2007). A este encuentro, del Acompañado y Acompañante, se les otorga relevancia a funciones tales como contener al acompañado y ofrecerse como referente, a la vez que se postula al Acompañante como un otro, un testigo–soporte que apuntala y suplementa, como un prójimo cercano favorecedor del proceso resiliente del individuo (Dragotto y Frank, 2012).

En relación con la *Función Terapéutica*, Dragotto y Frank (2012) dicen:

La inserción del AT siempre tiene un ‘para qué’ implícito aun cuando éste no siempre pueda formularse en términos objetivos; y ese para qué no se basa en el sentido común sino en una estrategia terapéutica basada en la evaluación y comprensión que el equipo terapéutico tiene de la problemática del paciente y de sus síntomas de acuerdo con su marco teórico de referencia. (p. 23)

Dos autoras pioneras en la literatura especializada, Mauer y Resnizky (2013) consideran que la palabra *Acompañamiento* no es necesariamente terapéutica en sí misma,

sino que se articula con el equipo con quien se trabaja, en el quehacer clínico (terapéutico) frente al consultante.

Asimismo, en el código de Ética de la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina, en su artículo 9, se reafirma esta concepción del AT como dispositivo terapéutico (citado en Bustos y Frank, 2011):

Se abstendrá de intervenir en aquellos casos en los que no hubiere terapeuta, coordinador o profesional a cargo del tratamiento, en el entendimiento que el ejercicio profesional del acompañamiento terapéutico constituye una labor auxiliar y complementaria en los dispositivos asistenciales. (p. 143)

En este sentido, y en busca de un nuevo ajuste en el dinamismo de lo conceptual y la práctica clínica, Tolosa (2014a, 2015b, 2016, 2018b, 2019a y 2021) desarrolla el modelo cognitivo – conductual del acompañamiento terapéutico donde la función del AT se enmarca en la tarea terapéutica. En su última obra (Tolosa, 2021); tareas intersesiones y cotidianidad en terapia cognitivo – conductual, define la función del AT en relación con lo que el autor denomina *tareas intersesiones con intervención cotidiana (TIC)*, las cuales, se estructuran en el proceso terapéutico sobre la base del moldeamiento de las habilidades adaptativas para consultantes que no cuentan con los recursos cognitivo–conductuales necesarios para conducir las actividades terapéuticas asignadas.

De este modo, así lo define en dicha obra (Tolosa, 2021):

Así, la asignación de las actividades para la vida diaria adquiere un giro en la conceptualización, y toma el nombre de tareas intersesiones con intervención cotidiana (TIC), que parte de que es necesario un dispositivo terapéutico que sienta las bases para un plan de tratamiento técnico-estratégico, lo que auspicia el diseño de las tareas intersesiones. En ese marco, el acompañamiento terapéutico contribuye a alcanzar la meta de la terapia en la vida del consultante a través de la activación de conductas, el moldeado de habilidades y la modelación de recursos de afrontamiento; su fin es generalizar el cambio de comportamiento logrado durante el proceso terapéutico, entendiendo esa generalización como la capacidad del comportamiento de desplegarse en diversos contextos, con el objetivo de reducir los síntomas de malestar, facilitar los cambios cognitivos, proporcionar una sensación de dominio, o de un sentido de progreso hacia los objetivos del tratamiento. Una vez que se logran estos cambios, la función de las TIC se desvanece. (p. 9)

Más recientemente, Banszcyk et al. (2023), conceptualizaron la función del *Acompañamiento terapéutico en el ámbito comunitario* y definieron que los AT arman redes, configuran instancias de construcción colectiva con agentes de salud, con abogados, maestras, trabajadores sociales y otros. Es decir, que en el ámbito comunitario el dispositivo del acompañamiento terapéutico se configura no sólo en relación con el acompañado sino también con respecto a la estrategia con relación a la complejidad de la comunidad en la sé que encuentra el acompañado.

1. 4. Bases teóricas y conceptuales del acompañamiento terapéutico

Luego de una revisión bibliométrica realizada por Tolosa (2013) sobre los modelos teóricos que sustentan el ejercicio profesional del AT, se concluyó que el sustento teórico y técnico del acompañamiento terapéutico se fue entretejiendo en las estrategias alternativas que se aplicaban cuando la internación clásica y la medicación no alcanzaban para los fines terapéuticos propuestos (Tolosa, 2015a). En este sentido, en un análisis bibliométrico llevado adelante por Tolosa (2013), se mostró que el 85% de la bibliografía publicada sobre el AT pertenecía al marco teórico psicoanalítico, 10 % correspondía a abordajes del tipo cognitivo – conductual y otros enfoques en el restante 5 % (comunitario, psicosocial).

Para Graiño y Fernández (2015) si bien el AT es una práctica que data de la post guerra y toma un efecto germinal en la década del 70 en la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, ellos consideran que no se puede afirmar que se haya establecido dentro de ese periodo de la historia debido a los obstáculos influenciados por la dictadura militar. Por lo cual, no fue hasta la década de los 90, hasta la actualidad, que se ha venido delineando la conformación de su identidad profesional en Argentina, y ampliando sus redes en otros países como España, México, Uruguay, Brasil y Perú.

Kuras de Mauer y Resnizky (2013), desde una perspectiva psicoanalítica, conceptualizan al acompañamiento terapéutico como una experiencia intersubjetiva, que al acompañar se genera un *espacio transicional*. Le llaman “transicional” haciendo referencia al encuadre terapéutico que se funda en lo que “hubo” en el sufrimiento del acompañado y lo que vendrá, en las alternativas posibles en las que acompañará el AT.

En este sentido, Kuras de Mauer y Resnizky (2013), citando a Freud, delimitan desde el psicoanálisis el AT desde esta manera: “El Acompañante Terapéutico remite, en todos los casos, a la idea de un “auxilio ajeno”, aquella instancia que Freud describiera

en el Proyecto para referirse a la “acción específica” necesaria para asistir al otro humano en su indefensión y desvalimiento” (pp. 65-66).

Desde este mismo marco conceptual, Rossi G. (2007), exponente en el desarrollo del AT en Argentina, logra delinear el papel relevante del AT en referencia a la demanda, desde la perspectiva psicoanalítica, considerando que si bien el AT no ocupa la posición del analista, ni tiene la función de interpretar como tampoco comprometer su subjetividad, ya que, la interpretación será producto de la singularidad transferencial que conlleva el encuentro del Acompañante – Acompañado, la función se enmarca desde la presencia cercana en la escucha, sostiene y articula en su materialidad el trabajo analítico, menciona el autor.

Asimismo, en otra de sus obras, Rossi G. (2012) menciona:

Acompañar trae etimológicamente la significación del compartir, vamos a preguntar ¿qué se comparte en un acompañamiento terapéutico?, ¿en qué momento y lugar?, ¿están solamente el paciente y el acompañante paradójicamente- en ese compartir? Otra forma de pensarlo sería: ¿en qué contexto? Y acá podríamos objetar esta pregunta diciendo que no hay “contexto”: ese mismo compartir construye texto, hacia eso vamos, en tal caso diría que ese texto requiere de algunas coordenadas que lo posibiliten, que lo animen, que le permitan una escritura dentro de ciertos márgenes, aunque no siempre sea la escritura “convencional”, la del libro o la que aprendimos en las carpetas de la escuela. (p. 1)

Tal como lo expresa Rossi G. (2012), en el texto que se co-construye junto al acompañado, la persona del AT participa activamente en tal narración a través de su identidad personal y necesidades. Safran y Muran (2005) denominan a esta alianza terapéutica como una “negociación intersubjetiva” entre estos participantes que comparten un fin común.

Desde una mirada existencialista, centrada en la persona, Panziera (2014) lo expresa de la siguiente manera: “Un acompañamiento centrado en la persona será aquella práctica en la cual, una persona terapéutica transita junto a otra su vida cotidiana, estableciendo una relación que pueda utilizar para sobreponerse a la adversidad y actualizar sus potencialidades.” (p. 2)

Desde el modelo cognitivo – conductual del AT desarrollado por Tolosa (2015a, 2015b, 2015c y 2015d), se entiende al AT como un Auxiliar Terapéutico que se configura en el encuadre del *empirismo colaborativo*, concepto que formulan Beck et al. (1979) y

que hace referencia a un vínculo que ambos integrantes consolidan en el marco de un dispositivo diseñado para la búsqueda de un cambio planificado. Los componentes de este empirismo colaborativo se expresan en actitudes de igualdad, de trabajo en equipo, de reparto de la responsabilidad para el cambio, de consideración positiva incondicional y de ausencia de juicios de valor.

Tolosa (2015b) considera que el AT se enmarca en una perspectiva integrativa porque su accionar se ajusta y enclava en abordajes terapéuticos basados en principios generales donde la organización de los diseños de intervención no se ajusta a un cuerpo teórico hermético. En este sentido, Fernández Álvarez (1992, 2003) postuló que las intervenciones se sostienen en hipótesis que atienden al conjunto de variables genéricas que componen la demanda y que pueden adaptarse de forma particular a cada paciente en su contexto.

De igual modo, Tolosa (2014b) postuló al estilo personal del AT como uno de los componentes pilares del proceso relacional terapéutico, junto a otros elementos (Teoría de la mente, estadios del cambio, entrevista motivacional, entre otras) que propicien la consolidación de la Alianza Terapéutica. Según la concepción vincular psicoanalítica propuesta por Kuras de Mauer y Resnizky (2005) y Bustos y Frank (2011), el trabajo del AT es posible debido a un psiquismo abierto, transformable en pos de los encuentros significativos, que desde un punto de vista transferencial / contra-transferencial, impondría al psiquismo un procesamiento, una exigencia de trabajo. De este modo, la función del AT convocaría a los modos relacionales ya establecidos, ofreciendo la posibilidad de un trabajo psíquico de transformación. En cambio, el modelo cognitivo – conductual toma como punto de partida la alianza y las tareas terapéuticas como estructura para su fin terapéutico en la vida cotidiana (Tolosa, 2021).

Zetzel (1956, citado en Tolosa, 2015a) diferenció la transferencia de la alianza terapéutica considerando que ésta es la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y consultante, que actuaría favoreciendo el insight y la utilización de las interpretaciones del terapeuta para diferenciar entre las experiencias relacionales con el pasado y la relación real con el consultante.

Más recientemente, Tolosa (2021) en su modelo de cognitivo – conductual del AT, basado en las tareas con intervención cotidiana, plasmó las bases teóricas y conceptuales expresándose de la siguiente manera:

Así la asignación de las actividades para la vida diaria adquiere un giro en la conceptualización, y toma el nombre de tareas intersesiones con intervención

cotidiana (TIC), que parte de que es necesario un dispositivo terapéutico que sienta las bases para un plan de tratamiento técnico-estratégico, lo que auspicia el diseño de las tareas intersesiones. En ese marco, el acompañamiento terapéutico contribuye a alcanzar la meta de la terapia en la vida del consultante a través de la activación de conductas, el moldeado de habilidades y la modelación de recursos de afrontamiento; su fin es generalizar el cambio de comportamiento logrado durante el proceso terapéutico, entendiendo esa generalización como la capacidad del comportamiento de desplegarse en diversos contextos, con el objetivo de reducir los síntomas de malestar, facilitar los cambios cognitivos, proporcionar una sensación de dominio, o de un sentido de progreso hacia los objetivos del tratamiento (p. 9)

En la Tabla 2 (Tolosa, 2021) se muestra las diferencias existentes entre las tareas intersesiones, el proceso relacional y objetivos terapéuticos que se utilizarían en un proceso psicoterapéutico de las dimensiones que conforman el encuadre terapéutico del acompañamiento terapéutico: las tareas de intervención cotidiana (TIC).

Tabla 2. *Diferencias existentes entre las tareas intersesiones, el proceso relacional y objetivos terapéuticos*

Tareas	Proceso relacional	Objetivos terapéuticos
Intersesiones (TI)	Las tareas intersesiones son actividades terapéuticas planeadas, llevadas a cabo por los consultantes entre las sesiones terapéuticas.	Los consultantes experimentan el cambio a través de la práctica y mantienen nuevas habilidades y técnicas, y experimentan nuevos comportamientos. Generaliza las habilidades a contextos diversos.
Intersesiones con intervención cotidiana (TIC)	Se acuerdan en sesiones de anclaje: terapeuta–consultante–AT. Se llevan a cabo con ayuda del AT, bajo supervisión del terapeuta.	El AT moldea y modela la ejercitación de las nuevas habilidades por adquirir o preservar la práctica en los recursos de afrontamiento existentes en el repertorio. El AT favorece la generalización a través de actividades de ensayos conductuales en diversos contextos.

Nota. Adaptado de *Tareas intersesiones y cotidianidad en terapia cognitivo – conductual. Manual integrado para terapeutas y acompañantes terapéuticos* (p. 10), por Tolosa, 2021, Editorial Akadia.

1. 5. Función del acompañamiento terapéutico según las poblaciones clínicas que asisten

1. 5. 1. Trastornos mentales

Se considera que la severidad en los trastornos mentales es una dimensión que se define por indicadores objetivos y subjetivos que presentan un continuo de funcionamiento que puede ir desde un escaso deterioro o limitación funcional hasta la discapacidad o limitación grave. De esa manera, se hace referencia a la extensión y la intensidad con que los problemas interfieren con la vida del consultante (Salguero, 2015).

Desde el modelo cognitivo – conductual desarrollado por Tolosa (2014c, 2015b, 2016, 2018b, 2021) la función del AT en los Trastornos mentales fue delimitado de la siguiente manera:

- Operar como un facilitador de la autonomía del consultante, a través, de la generación del compromiso activo y una fuerte adherencia el tratamiento con la consecuente intervención cotidiana.

- Propiciar el modelado y el sostenimiento de rutinas cotidianas.

- Favorecer la calidad de los vínculos familiares y sociales, mediante la generación de habilidades comunicacionales.

- Acompañar en el proceso del tratamiento, gestionando citas con los profesionales, habilidades sociolaborales, etc.

- Identificación temprana de la manifestación de los síntomas del trastorno mental y generación de recursos de afrontamiento funcionales ante ellos.

De igual modo, la intervención del AT se puede subdividir según las fases del desarrollo del trastorno mental, a saber:

- a) Fase aguda: aquí el impacto emocional suele ser muy significativo tanto para el consultante como para la familia. La vida cotidiana se altera bruscamente, por lo cual, el AT cumple la función de brindar un espacio de contención, favorecer recursos de afrontamiento a la crisis, mantener la adherencia al tratamiento, suministrar recursos a la familia para afrontar contextos que desborden la capacidad de respuesta tanto del consultante como de la familia.

Para Salgueiro (2015) el AT, en esta fase, se inscribe como una modalidad de asistencia en un contexto natural, con el propósito de aliviar, contener y brindar recursos de afrontamiento.

b) Fase subaguda: aquí aparecen sentimientos de confusión, preocupación, temor, miedo, enojo, perplejidad e incluso culpabilidad por las manifestaciones del trastorno mental. Aquí la función del AT está asociada a modelar los límites y actitudes funcionales tanto para el consultante como la familia.

c) Fase subcrónica: por lo general el contexto familiar del consultante experimenta un sentimiento profundo de pérdida, por lo que el consultante fue y por lo que será. La función del AT, en términos generales, es ayudar a identificar signos y síntomas prodrómicos de recaídas. La intervención cotidiana del AT en abordar los miedos a las recaídas con el propósito que estos temores no obstaculicen el proceso de rehabilitación.

d) Fase crónica: se expresan los estresores propios de la convivencia y el acompañamiento de la severidad del consultante. Aquí la función del AT ocupa un lugar significativo al ser un agente de salud que favorece la generación de recursos de afrontamiento ante el deterioro funcional que provoca un trastorno mental crónico.

1. 5. 1. 1. Función del acompañante terapéutico en el espectro obsesivo – compulsivo

La función del AT en el TOC se circunscribe en dos variables que conforman el diseño del tratamiento: el malestar subjetivo y el deterioro funcional. Así García (2015) consideró que los AT están guiados por los principios que sostienen su intervención cotidiana con relación a mantener una actitud empática y cálida hacia al consultante, que favorezcan el afrontamiento el procesamiento obsesivo – compulsivo. Basado en el tratamiento basado en la evidencia para TOC, el AT participa activamente en la terapia de exposición y prevención de la respuesta en el ámbito cotidiano, contra - condicionando las conductas compensatorias - rituales - (Tolosa, 2016).

1. 5. 1. 2. Función del acompañante terapéutico en el espectro esquizofrénico

Tolosa (2018a) en su obra destinada a la función del AT en el espectro esquizofrénico la define como un agente mediador del desarrollo de nuevos repertorios cognitivo – conductuales para el afrontamiento de la manifestación de los eventos privados característicos de la esquizofrenia; síntomas positivos y negativos. Bajo la

evidencia empírica de los modelos psicoeducaciones, interviene en el ámbito cotidiano con el propósito de favorecer habilidades de para sostener actitudes de “baja emoción expresada”, lo cual, ha sido considerado un factor protector de las recaídas psicóticas.

1. 5. 1. 3. Función del acompañante terapéutico en los trastornos de la conducta alimentaria

Tolosa (2021), en su modelo basado en la tarea profundizó en la función del acompañamiento terapéutico en los trastornos de la conducta alimentaria, delimitando las características de la inclusión del AT a los equipos de tratamientos.

En el proceso de evaluación en qué momento es oportuno su inclusión y valorar según la gravedad del caso. Se genera la alianza terapéutica dual (Tolosa, 2018a), y desde allí se incluye al AT con un facilitador del proceso de rehabilitación nutricional, psiquiátrico y cognitivo – conductual. Por lo general interviene en la primera fase (reducción y mejoría de la conducta sintomática y normalización de los hábitos de alimentación), acompañando y haciendo un seguimiento regular y constante en el cumplimiento de los 5 tiempos de comida y sostenimiento de la estructura cotidiana que requiera el consultante: atención en momentos de desregulación emocional, eliminación de conductas compensatorias disfuncionales: vómitos, uso de laxantes, resistencia a la medicación, etc. Asimismo, el AT se focalizará, también, en la generación de habilidades para la resolución de problemas, y en el entrenamiento de habilidades sociales y de comunicación.

1. 5. 1. 4. Función del acompañante terapéutico en los trastornos depresivos y bipolares

El AT, junto al equipo terapéutico trabaja, con el consultante las consecuencias benéficas de mantener el equilibrio anímico, y en el caso de los trastornos bipolares, se refuerza la idea que permanecer en el polo de la euforia trae como consecuencia el rápido traslado a las consecuencias destructivas de la manía. Recursos terapéuticos validados empíricamente, como la activación conductual y entrenamiento en habilidades de regulación emocional, le permiten al AT intervenir en episodios depresivos y maníacos (Tolosa, 2015a, 2021).

1. 5. 1. 5. Función del acompañante terapéutico en los trastornos adictivos

Dragotto (2012) considera que la eficacia del AT con los consultantes que padecen trastornos adictivos está relacionada con un saber hacer en el que pueda distinguir la singularidad del sujeto más allá del diagnóstico, el tipo de dispositivo y momento del tratamiento, ya que, el autor menciona que las adicciones no son un tipo de personalidad ni una estructura, por lo cual, pueden existir adicciones en diversas personas. Asimismo, así como el AT no dirige el tratamiento, sino que sigue consignas y se subordina a la estrategia del tratamiento, trabajando terapéuticamente en lo cotidiano según se trate de desintoxicación, abstinencia temprana o sostenida e, inclusive, en las recaídas.

Ruiz (2021) desde un modelo cognitivo – conductual basado en Tareas intersesiones destaca la función del AT en los trastornos adictivos como un dispositivo estratégico para la generalización de habilidades de valor terapéutico para el consultante, a través, de tareas básicas, de proceso y de Básicas como el uso de registro cognitivo – conductuales, identificación de situaciones de riesgo, situaciones específicas de afrontamiento, entre otras.

Las tareas de proceso dan cuenta de las estrategias más complejas que suelen requerir más tiempo y dedicación para que el consultante logre su cumplimiento. El AT conduce tareas tales como entrenamiento en habilidades, exposición gradual y la resolución alternativa de problemas en el ámbito cotidiano.

En las tareas de afrontamiento el AT cumple la función como agente reforzador diferencial o modelo de comportamiento objetivo. Tareas cotidianas como el experimento conductual o fortalecimiento de las habilidades sociales.

Por último, las tareas de mantenimiento son actividades que tienen como objetivo el mantenimiento de las ganancias y ayudar a la persona a concebir la recuperación como un valor. El AT aquí cumple una función de apuntalar la reintegración social.

1. 5. 2. Acompañamiento terapéutico en trastornos del desarrollo y discapacidad

Basado en un modelo terapéutico educativo de tipo cognitivo – conductual, Cossi (2016) desarrolló un programa de tratamiento, con inclusión del AT, bajo los principios del aprendizaje operante, destinado al espectro autista. Los objetivos del 1º año del tratamiento consistían en la reducción de conductas de autoestimulación y agresivas,

desarrollo de cumplimientos de demandas verbales elementales, enseñanza de la imitación, establecimiento de los principios del juego apropiado con juguetes y promoción de la extensión de tratamiento en la familia. En el 2° año la enseñanza del lenguaje expresivo y abstracto, el juego interactivo con iguales y la extensión del tratamiento a la comunidad para enseñar a los niños a desempeñarse en un grupo preescolar.

Y en el 3° año la enseñanza de expresiones apropiadas y variadas de las emociones, tareas preacadémicas como la lectura, la escritura y la aritmética y el aprendizaje observacional.

Lo significativo para el presente trabajo es que la función del AT en estos programas para el espectro autista, de corte cognitivo – conductual, es guiada por los principios del aprendizaje operante y el desarrollo de habilidades cotidianas. El desarrollo de habilidades para la vida diaria implica que al AT adquiera la función de agente educador de hábitos para que luego se puedan generalizar a diversos contextos interpersonales. Se podría decir que la función del AT aquí está más sujeta a pautas específicas del programa de tratamiento, a través, del despliegue de técnicas y estrategias conductuales como el sistema de organización de contingencias.

Desde la perspectiva psicoanalítica, Goyeneche y Piccinini (2013), ante la propuesta de lo que hay que tener en cuenta a la hora de acompañar, consideran que si bien en la mayoría de los tratamientos el objetivo está focalizado en conseguir comunicación con el niño, mejorar su sociabilidad, potenciar sus habilidades y favorecer la autonomía en las actividades de la vida diaria, como se mencionó arriba citando a Cossi (2016), antes que ello el AT debe desarrollar una empatía basada en el afecto, conocer sus tiempos, modos de aproximación de los objetos y a la personas.

Dada la exposición de ambas modalidades del abordaje del espectro autista desde el acompañamiento terapéutico, se observa que la función del AT en los modelos cognitivo – conductuales es de características más instrumentales, de educador, de despliegue técnico estratégico a diferencia de la perspectiva psicoanalítica donde el AT ocupa un lugar más asociado a la empatía, a la proximidad, a la exploración de factores internos como la comprensión de sus sentimientos.

En este sentido, Olivares (2016) lo menciona de esta manera refiriéndose el Acompañamiento terapéutico en el espectro autista:

La vida diaria del niño autista se tiene que organizar con una actitud que tenga en cuenta la comprensión de su funcionamiento mental, por lo tanto, con una

cualidad terapéutica -en este sentido es altamente recomendado acudir a análisis psicoanalítico ambos padres e hijo. (p. 195)

En esta misma línea, en el abordaje de la discapacidad, en general, desde el acompañamiento terapéutico, Pollio (2021) propuso que en el área de discapacidad se trabajará desde la perspectiva de las barreras que impiden la autonomía posible en los usuarios con discapacidad definidas por la “Convención Internacional de Derechos para Personas con Discapacidad (CIDPD), las cuales, se pueden definir en 4 ejes de acción profesional en AT, a saber:

1. En la comunicación y el lenguaje, cuando no tiene o no se reconocen sus sistemas de comunicación alternativos y sus formas de expresión.
2. En la discriminación, cuando en las relaciones vinculares y cotidianas encuentra personas que prohíben o restringen su derecho a la autonomía posible.
3. En la falta de apoyos necesarios con productos y servicios de diseño universal o ayudas técnicas específicas
4. En la falta de ajustes razonables para modificar u organizar su entorno de manera más accesible según sus necesidades y particularidades.

Tolosa (2019b), en sus fundamentos conductuales de la práctica del acompañamiento terapéutico, mostró la función del AT en discapacidad desde el marco de las técnicas y estrategias de modificación de conducta. De este modo, describió que la función del AT está centrada en la unidad más básica y observable del consultante que es la conducta. En virtud del análisis funcional de la conducta de la persona con discapacidad, la función adquiere especificidad en virtud del diseño de la intervención terapéutica. La intervención cotidiana que realiza el AT, desde el punto de vista conductual, debe propiciar nuevas situaciones de aprendizaje, como una reestructuración de la relación persona – ambiente vital para la adquisición de conductas funcionales a su contexto. Es por ello, que el AT adquiere habilidades en técnicas como el moldeado, modelado, sistema de organización de contingencia, reforzamiento, entrenamiento en habilidades sociales, resolución alternativa de problemas y procedimientos basados en el condicionamiento clásico.

1. 5. 3. Acompañamiento terapéutico en niños y adolescentes

Desde la perspectiva psicoanalítica, diversos autores (Giraudó et al., 2012; Goyeneche y Piccinini, 2013; Kuras de Mauer y Resnizky, 2005, 2011, 2013; Rossi G., 2007) han ido consolidando, tanto en la teoría como en lo procedimental, la función del acompañamiento terapéutico en niños y adolescentes. En términos generales, delimitaron la función del AT en los contextos que se desarrolla el niño y el adolescente y sus familias; familiar, recreativo, educativo, institucional asistencial. Mencionan que la tarea del acompañamiento terapéutico funciona como facilitadora del acompañado con los otros y los objetos, un agente de salud que posibilita el accionar cotidiano del acompañado, lo cual, exige al AT un vínculo estrecho con la vida cotidiana y escolar del acompañado. Rossi G. (2007) postuló que la actividad del AT motoriza y oficia como mediador en diversas situaciones donde la perturbación en el lazo con el entorno es muy significativa.

En el plano de las habilidades requeridas en los AT para trabajar con niños y adolescentes, Goyeneche y Piccinini (2013) consideraron algunos aspectos actitudinales para llevar adelante la tarea del acompañamiento, tales como: - poseer templanza para compartir y planificar las tarea en un equipo interdisciplinario, - autonomía y sentido de oportunidad para asistir a acompañados que necesiten decisiones rápidas, precisas e inesperadas, - capacidad de empatía, flexibilidad y disposición a los cambios sin desfocalizar las directrices del programa de tratamiento. De igual modo, hacen hincapié, en su libro del arte de acompañar a niños y adolescentes, que el AT al incluirse en el mundo del acompañado sin desdibujar su rol, apela a un recurso terapéutico como la disociación instrumental (Goyeneche y Piccinini, 2013)

Asimismo, estas autoras mencionan que en casos graves los AT deben ser estables, organizados y contenidos en el encuadre terapéutico, lo cual, coincide con las propuestas realizadas por Rossi C. (2012) para la función del AT en el ámbito educativo. Esta autora planteó que al integrarse el AT a una institución educativa debe establecer un encuadre de trabajo, sumado al contexto estipulado por el consultante y la familia. Al referirse al encuadre la autora toma en cuenta las modalidades espaciales, temporales y normativas de la propia institución. En esta misma línea, Rossi G. (2007) expresa de esta manera la función del AT en el trabajo con niños y adolescentes:

Por este motivo, y juntamente con los objetivos específicos y particulares del acompañamiento terapéutico en ese niño /adolescente, el AT escolar deber estar siempre atravesado por un objetivo común; ayudar, acompañar al paciente a lograr

una integración con sus pares, tratando de reducir esa distancia, e integrar (no anular) diferencias (p.211)

En concordancia, Giraudo (2016) profundizó que el acompañamiento terapéutico con adolescentes tiene como característica distintiva, como punto de partida, la construcción de un dispositivo de tratamiento donde se priorice la “discriminación” de las dimensiones evolutivas propias de la adolescencia de aquellas que puedan ser adjudicadas a componentes psicopatológicos. Es decir que una característica común de los AT que trabajan con estas poblaciones es mantener una actitud flexible y atenta que les permita discriminar lo evolutivo de lo psicopatológico, al mismo tiempo que el dispositivo terapéutico los condiciona en sostener los objetivos del tratamiento.

Desde la perspectiva cognitiva – conductual, Tolosa (2015b, 2016, 2018a, 2018b, 2019a, 2019b, 2021) en la generación de dispositivos terapéuticos con niños y adolescentes que padecen trastornos de ansiedad, esquizofrenia, depresión, espectro obsesivo – compulsivo, entre otros, logró delimitar la función del acompañamiento terapéutico en las siguientes dimensiones: Para este modelo el AT debe desarrollar habilidades para generar la alianza terapéutica multidimensional (con el equipo, la familia, instituciones y consultante) que le permitan sostener los programas de entrenamiento en habilidades de regulación emocional, comunicativas y resolución alternativa de problemas. El AT favorece la generalización de habilidades de afrontamiento, a través, de la exposición gradual y sistemática a los contextos significativos del niño o adolescente, orientados por las tareas de intervención cotidiana (Tolosa, 2021).

A diferencia de la perspectiva psicoanalítica, el modelo cognitivo – conductual (Tolosa, 2021, 2025) dan relevancia a la inclusión del AT en el marco del diseño de tratamiento validado empíricamente para niños o adolescentes, donde la participación activa de este agente de salud se concentra en las tareas con intervención cotidiana asignadas por el equipo el equipo de tratamiento.

1. 5. 4. Acompañamiento terapéutico en adultos mayores

Se considera que las personas mayores tienen diversos problemas de memoria y otras alteraciones propias de la vejez, tanto neurobiológicas y sociales que impactan de diversas formas en la vida diaria. Según Llarena Nuñez (2021) el trabajo gerontológico se trata de realizar actividades de detección de problemas cognitivos y poner en marcha

programas y actividades para tratar estas alteraciones. En este contexto, conceptualizó la inclusión de las tareas con intervención cotidiana con acompañamiento terapéutico en adultos mayores (Tolosa 2021) con el propósito de potenciar los efectos de las tareas intersesiones y la generalización de habilidades.

Según su punto de vista como especialista en neuropsicología conductual del adulto mayor, el trabajo del AT permitiría diagramar la estimulación cognitiva con una visión ecológica, que no solo incluye ejercitaciones sobre diferentes dominios cognitivos sino también el sostenimiento de estrategias en la vida diaria.

De este modo, realizó indicaciones generales sobre posibilidades de intervención del AT, las cuales, poseen los siguientes ejes terapéuticos: a-orientación temporal y espacial, b-intervenciones en domicilio con el propósito de funcionalizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como la alimentación, continencia, uso del sanitario, vestirse, bañarse, cocinar, realizar las compras y las labores domésticas. En este sentido, Llarena Nuñez (2021) recomienda que el AT puede fomentar entre los miembros de la familia que no se sobreproteja al consultante y se estimule al máximo su autonomía personal. Aquí también se incluyen actividades de ocio y de tiempo libre, con el propósito de incentivar la activación conductual, a través, del aumento de los refuerzos positivos como las relaciones interpersonales y hobbies.

En esta misma línea, Kuran (2013) desarrolló un programa de intervención cognitivo – conductual sobre el rol del AT en el adulto mayor, donde se logró definir los siguientes objetivos terapéuticos: estimulación con abordaje neuropsicológico, feedback constante con equipo de tratamiento, realizar análisis funcional de la conducta, del entorno y de las relaciones, mejorar la calidad de vida del consultante y los cuidadores. Psicoeducación sobre el consultante (posibilidades, limitaciones) y la familia (como actuar, propiciar continuidad del tratamiento). Así el Acompañamiento Terapéutico reforzó el mantenimiento de las capacidades mentales, la rehabilitación de los procesos cognitivos, prevención del aislamiento del entorno, y potenció las relaciones sociales, aumentó la autonomía personal y como consecuencia el sentimiento de control sobre el entorno y la reducción de la indefensión.

Kuras de Mauer y Resnizky (2005), desde el punto de vista psicoanalítico, consideraron que el acompañamiento terapéutico en adultos mayores se constituye como una agente de salud dentro del marco de las políticas sociales y salud con el propósito de favorecer una mejor calidad de vida de las personas, sobre todo, en la pertenencia a su

medio ambiente. En este marco, el AT como dispositivo terapéutico se inscribe, según las autoras, como una herramienta que permitirá afrontar el aislamiento y otros factores comunes en el abordaje de las problemáticas asociadas a la vejez (Llarena Nuñez, 2021) como la soledad, desarraigo por internaciones en instituciones geriátricas, las enfermedades físicas y deterioro cognitivo.

De igual modo, en un relato acerca de la supervisión con AT, Kuras de Mauer y Resnizky (2005) logran delinear las características del estilo personal requerido para el acompañamiento terapéutico en esta población de consultantes, a saber:

En las supervisiones, la acompañante terapéutica relataba sus dificultades para permanecer sentada a los pies de la cama de Delia mientras ella dormía, eso a veces se extendía las dos horas que se extendía el acompañamiento. La acompañante se cuestiona respecto de la utilidad de su presencia allí. No dejaba de registrar, sin embargo, que de tanto en tanto Delia abría sus ojos, buscaba la mirada. Resulta conmovedor el relato de la acompañante que en términos sencillos testimonia los efectos de subjetivación que produce el encuentro con otro (p. 149)

Como se observa, el AT en adultos mayores requiere del sostenimiento de la estructura del dispositivo terapéutico planificado (registro y activación conductual, terapia de estimulación cognitiva, entre otros programas validados empíricamente para esta población) en el contexto de una atenuada expresión emocional, sobre todo, en los casos con mayor deterioro cognitivo.

1. 5. 5. Acompañamiento terapéutico en enfermedades médicas

Rosales y Keegan (2021) desarrollaron las tareas intersesiones para el dolor crónico, el cual, fue concebido como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada con el daño tisular real o potencial. Así, postularon que el dolor surge ante la existencia de una lesión en el organismo y actúa como señal de alarma para poder hacer frente al daño como función adaptativa. De igual modo, los autores mostraron la misión filogenéticamente útil y preventiva de daños mayores.

En este contexto, delimitaron la función del acompañamiento terapéutico en el abordaje cognitivo - conductual. En términos generales, el abordaje cognitivo - conductual tiene como metas: 1) reducir el impacto del dolor en la vida diaria, 2) aprender estrategias adaptativas de afrontamiento al dolor, 3) mejorar el funcionamiento físico y emocional y reducir la percepción de dolor y disminuir la dependencia a la medicación

para el dolor cuando es necesario, En esta línea, la función del AT fue circunscripta a la resolución de problemas asociados a la patología dolorosa, a través, de la intervención cotidiana mediante estrategias orientadas a la organización de hábitos saludables y afrontamiento eficaz de las consecuencias adversas de las enfermedades médicas. En el tratamiento para personas que padecen cáncer, dolor posquirúrgico y postraumático crónico, el AT interviene, en el marco del dispositivo interdisciplinario de tratamiento, en la adaptación a la nueva realidad cotidiana que debe vivir el consultante; a sostener, en lo posible, la autonomía personal y la generación de habilidades diarias ante los impedimentos funcionales que provoca la enfermedad.

De igual modo, Gómez (2008), especialista en psicoterapia para enfermedades médicas, postuló que el propósito del trabajo terapéutico se orienta a intervenir en la experiencia de sufrimiento que provoca la enfermedad y en cómo este suceso “deriva de la sensación de no poder cumplir cabalmente con el propio guión, es decir, desarrollar su proyecto vital” (p. 408). Desde este punto de vista, la función del AT es llevar adelante tareas cotidianas que posibiliten gestionar conductas que apuntalen los significados del consultante para afrontar la enfermedad y sostener su guión de vida en lo que sea posible. Aquí juega un papel nodal la estructura del diseño de tratamiento que guía al AT dada la gran vulnerabilidad del consultante y el compromiso afectivo - emocional asociado.

1. 5. 6. Acompañamiento terapéutico en el ámbito judicial

Alderete (2006), pionera en el acompañamiento terapéutico en el ámbito judicial, desarrolló que la práctica del AT se fue extendiendo hacia el ámbito judicial debido a la carencia de agentes que pudieran articular la escucha profesional hacia los progenitores y sus abogados, con la justicia, los equipos técnicos y los espacios terapéuticos a donde concurren las familias. Dicho en sus palabras lo definió de esta manera:

En la ciudad de Córdoba a partir de junio de 2002, iniciamos una experiencia inédita dentro de la clínica del AT, la de acompañar los Régimen de Visitas Controladas (RVC) fuera de los Tribunales. Buscamos lugares públicos, como plazas, shopping, clubes, etc. Espacios que fueran neutrales para ambos padres, con el fin de minimizar cualquier situación que generará enfrentamiento entre ellos o excusas para impedir la visita. Comenzamos a construir el campo de acción, tomando contacto con los códigos de procedimiento del Tribunal de Familia, la Ley Fuero de Familia de la

Provincia de Córdoba ley 7676, la Convención Internacional de los Derechos de los Niños. Además, trabajamos juntamente con el SERVIC, coordinado por la Lic. Gabriela Vázquez, quien nos ayudó a pensar de qué manera podríamos articular lo que se realizaba dentro del juzgado, en el afuera. Tomamos los objetivos del SERVIC, para delinear cuál sería nuestra tarea como acompañante en las visitas. (p.2)

En este sentido, con relación al encuadre y funciones del acompañamiento terapéutico en el ámbito judicial, Alderete (2006) delimitó el dispositivo de inclusión del acompañamiento terapéutico en el proceso judicial.

En un primer momento, el acompañamiento se solicita por cualquiera de las partes o por el juzgado de familia al servicio de AT. Se ofrece una lista de los profesionales con sus horarios disponibles, para que las partes puedan sortear o elegir. El profesional seleccionado es notificado por el tribunal antes de iniciar su tarea, con cinco días hábiles de antelación.

Luego, el profesional designado constituye domicilio y acepta el cargo para el cual fue encomendado: AT. En la notificación se especifican los siguientes ítems: días - horas - duración, y lugar donde se llevará a cabo el Acompañamiento, existiendo la posibilidad de consensuar con las partes y el AT designado-posibles cambios de horarios y días, alternativos a los previamente propuestos por el juzgado. Además, se consigna si existe alguna restricción en cuanto a las personas que pueden estar presentes durante la visita (familiares, etc.), o lugares donde no se podrá ir (la casa de algún familiar o conocido).

En la continuidad del proceso, se organiza la puesta en marcha del Acompañamiento donde se realizan entrevistas individuales a las partes. Allí se les explica cuál es el rol de AT, sus intervenciones, modalidad de trabajo durante las visitas. Además, se indaga acerca de las expectativas puestas en el AT y las sugerencias de cada padre para las visitas, lugares, actividades, recomendaciones que deseen realizar sobre los niños. Se explica a los padres que las funciones están reguladas por el tribunal y que no se puede tomar decisiones que no estén estipuladas por el Juzgado. Cualquier cambio, ellos deben plantearlo ante el Tribunal de Familia.

Se realiza una visita previa a los menores, para explicar las funciones del equipo profesional y observar la disponibilidad que tienen para participar de las visitas. Todos los cambios dentro del RGV, tienen que ser notificados por el tribunal al AT.

Frente a un imprevisto del AT (enfermedad, viajes, etc.) el servicio designa un reemplazante para garantizar la continuidad de las visitas. Este cambio es notificado al juzgado previamente.

El tribunal brinda las instrucciones al AT, cuando uno de los menores decide no ir a la visita o cuando el progenitor se opone a que vaya alguno de los menores al RVC ya establecido.

En consonancia, Giraudo et al. (2012) definieron AT en el ámbito judicial como un nuevo dispositivo que intenta “promover un espacio que resulte más cotidiano para los encuentros (menos artificial que el ámbito de los tribunales) con el propósito de evitar una mayor judicialización del conflicto familiar” (p. 225). Asimismo, mostraron las funciones del AT desde el punto preventivo, al conformarse como un resguardo de la subjetividad de los niña-os y adolescentes, que, desde el punto de vista psicoanalítico, en las situaciones traumáticas, favorece la reorganización de las defensas, logrando que los acompañados se posicionan de manera diferente ante los conflictos y asumir una postura más participativa como sujeto y evitar reproducir de situaciones desubjetivantes. Con respecto a la familia, estas autoras dan relevancia a la función humanizante del AT, en el contexto de un conflicto familiar que cosifica, permitiendo recobrar la noción de semejante.

Más recientemente, Suárez (2023) logró precisar el estilo personal de los AT que trabajan en el ámbito judicial, resumiendo algunas características tales como:

- Disposición para el trabajo en equipo
- Habilidad para observar, escuchar y transmitir la experiencia desde las perspectivas individuales y grupales.
- Pragmatismo y capacidad para enfocarse en los abordajes técnicos, a pesar de las interrupciones propuestas por las familias.
- Tolerancia a la verborragia y al silencio de los grupos familiares. Mantener la comunicación asertiva hacia y entre ellas.
- Flexibilidad en el uso de las peticiones de cada familia, empatía y capacidad de motivación.
- Variedad de recursos en el acompañamiento terapéutico para monitorear y evaluar la dinámica de las familias. (pp. 114-115)

Por lo antes dicho, se observa que el acompañamiento terapéutico en el ámbito judicial se encuentra ante la estricta mirada de un sistema judicial, con sus protocolos y estructuras prefijadas, un equipo inter y transdisciplinario en acuerdo permanente,

familias en conflicto y en el medio de estas encrucijadas se ubica el AT junto al acompañado, validando su sufrimiento, ayudándole a generar recursos ante tantísima complejidad y, al mismo tiempo, sosteniendo su profesionalidad, lo cual, implica el afrontamiento a la propia emocionalidad y la de otros.

Capítulo 2. Estilo personal del terapeuta

2. 1. Estilo Personal del terapeuta

Tolosa (2014b) consideró al estilo personal del AT como uno de los componentes pilares del proceso relacional terapéutico, junto a otros elementos (Teoría de la mente, estadios del cambio, entrevista motivacional, entre otras) que propician la consolidación de la Alianza Terapéutica.

En esta línea, la consideración del Estilo Personal del AT (Tolosa, 2015a) posee su basamento científico en las investigaciones desarrolladas por Fernández-Álvarez (1998) y por García y Fernández-Álvarez (2007) en el constructo que denominaron “Estilo Personal del Terapeuta”. Se lo considera un factor con estabilidad temporal, el cual interviene en el modo específico de aplicar cualquier procedimiento o técnica psicoterapéutica. A su vez, hace referencia a las características habituales que cada terapeuta impone a su tarea como resultado de su particular manera de ser, más allá del enfoque de trabajo que utilice y de los requerimientos específicos que le exija la intervención. Se traduce concretamente en los diferentes modos de comunicación a los que apela para influir sobre el consultante, con el objeto de promover determinados procesos de cambio. Esta influencia varía según el tipo de consultante, la patología, el contexto de aplicación específico y el marco de referencia teórico - técnico que se aplique (García et al., 2008).

El Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) 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. El universo que representa cada una de estas dimensiones es el siguiente (Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003):

1) Función instruccional: Se refiere a las conductas de instalación y ajuste del dispositivo terapéutico. Prescripciones sobre las tareas que deben cumplirse en las sesiones, y el sistema de normas y reglas que regirán el proceso psicoterapéutico. Es decir, todo lo referido al contrato terapéutico: horarios, honorarios, forma de negociación de los cambios, entre otros. Los terapeutas fluctúan entre flexibles y rígidos. Ejemplo.: “Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre”.

Rigidez vs. Flexibilidad: Algunos terapeutas se sienten inclinados a marcar límites muy rígidos, tanto en relación con el cumplimiento de las pautas o tareas como en lo referente al vínculo terapéutico. El límite queda establecido en esos casos de acuerdo con la idea que el terapeuta tenía con anterioridad al encuentro con el consultante. En el caso

de la flexibilidad, el terapeuta tiende a ajustar dicho límite en base a las modificaciones que le sugiere el contexto específico de cada relación.

2) Función expresiva: Son las acciones llevadas a cabo por parte del terapeuta para relacionarse afectivamente con el consultante y sostener la comunicación: intercambio emocional con el consultante (empatía), tanto en lo que se refiere a las acciones, a los aspectos expresivos (implícitos y explícitos), a las manifestaciones directas e indirectas, a la intensidad del intercambio emocional y a la tolerancia a la exposición afectiva del paciente y propia. Es uno de los factores comunes de la psicoterapia que más tempranamente se reconoció. Los terapeutas fluctúan entre distantes y cercanos. Ejemplo: “La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio”.

Proximidad vs. Distancia: Algunos terapeutas sólo se sienten cómodos para trabajar cuando logran que la relación con el consultante no implique una fuerte involucración o compromiso personal. Terapeutas con ese perfil se encuentran entre quienes prefieren realizar tratamientos grupales antes que individuales, con consultantes no muy severos y con alto grado de autonomía personal, con programas terapéuticos focalizados y de corta duración. La contrapartida la encontramos en aquellos terapeutas que trabajan a gusto cuando existe un fuerte grado de involucración en la relación de ayuda que mantienen con sus consultantes. Son terapeutas que prefieren tratamientos con consultantes más perturbados, que eligen formas terapéuticas más abiertas y extendidas en el tiempo, lo que los expone a desarrollar un vínculo más intenso y a participar de zonas de la experiencia personal del paciente de mayor intimidad.

3) Función de involucración: Conductas explícitas e implícitas que el terapeuta realiza manifestando el compromiso que experimenta frente a su tarea (esto se refiere tanto al grado de involucración con los consultantes como al lugar que ocupa su trabajo respecto del resto de su vida). Alude también al grado de autonomía relativa y al poder de decisión asignado a cada consultante. Los terapeutas fluctúan entre poseer baja carga y alta carga emocional. Menor grado vs mayor grado de involucración Ejemplo: “Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes”.

4) Función atencional: Es la selección de los elementos necesarios para avanzar en el trabajo terapéutico, facilitando el proceso y los resultados de la psicoterapia. Escuchar y preguntar son acciones dominantes que constituyen esta dimensión, relacionadas con las estrategias de razonamiento, actitudes y motivación del terapeuta. Se vincula íntimamente con la función operacional porque de la mencionada selección dependen las intervenciones terapéuticas posteriores. Los terapeutas fluctúan entre

atención abierta y focalizada. Ej.: “Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas”. Activa vs. Receptiva: el terapeuta puede orientar su atención de una manera activa, realizando movimientos que busquen provocar en el paciente la disposición a proveer determinadas informaciones u orientar dichas informaciones en una dirección específica. Cuando actúe de manera receptiva, su atención estará operando en el sentido de un radar disponible para captar las emisiones de signos que el consultante espontáneamente produzca.

5) Función operacional: Son las acciones vinculadas con las intervenciones terapéuticas específicas. Se vincula con las técnicas utilizadas. Se refiere a la facilidad o dificultad para pre/programar el formato de una psicoterapia debido a la dificultad de la situación terapéutica (grado de conocimiento sobre el tema, entre otros aspectos), a la predictibilidad del modelo, a la simpleza del dispositivo y al grado de racionalidad o intuitividad del diseño terapéutico. Los terapeutas fluctúan espontáneos y sujetos a pauta. Ejemplo: “Los tratamientos pautados merecen escasa valoración”.

Espontáneo vs. Sujeto a pautas: el terapeuta puede aplicar la técnica dirigiéndose al consultante para que cumpla con las tareas asignadas. Su actitud tendrá en ese caso un carácter normativo y se espera que el paciente se ajuste a tales indicaciones. En el extremo opuesto nos encontraremos con aquellos terapeutas que utilizan modos persuasivos para lograr que el paciente se adecue al plan de tareas. El modo imperativo y la sugerencia aparecen como dos estilos contrapuestos que delimitan formas muy definidas de hacer cumplir una tarea.

En una publicación más reciente de Fernández-Álvarez y García (2019), se mencionó una sexta dimensión, denominada función “Evaluativa”. Los autores (Fernández-Álvarez y García, 2019) expresaron que esta función contemplaba las evaluaciones que el terapeuta despliega sobre el proceso terapéutico. Hacía referencia a los juicios sobre la forma en que se logran los objetivos. A su vez, conceptualizaron que la evaluación sería como un medio para modular el transcurso de la terapia. De igual modo, consideraron que puede ser efectuada de forma deliberada y obedeciendo a reglas. De esta manera, hipotetizaron que los terapeutas que se centran en lo correcto de los procedimientos tienden a ser más críticos, al mismo tiempo que aquellos que se focalizan en la satisfacción alcanzada por el consultante muestran una actitud más optimista y estimuladora. Esta dimensión fue categorizada entre los polos: “Motivador y Crítico”.

Esta dimensión fue asociada a la variable motivacional de la relación terapéutica, sobre lo que hace el terapeuta para motivar a su consultante durante el proceso

terapéutico. A pesar del valor significativo de esta dimensión de la relación terapeuta – consultante, los autores debieron descartarla del EPT-C debido a cuestiones empírico-metodológicas.

Por lo antes mencionado es que surge el interés por desarrollar la presente tesis doctoral que tiene como objetivo el evaluar el estilo personal del AT y las dimensiones que lo componen con otras variables que, si bien han sido estudiadas empíricamente en terapeutas, aún no hay estudios en AT.

2. 2. Investigaciones sobre el estilo personal del terapeuta

De las investigaciones exploradas en el estado del arte sobre el EPT, Casari, Gómez e Ison (2019) mencionaron que, desde el desarrollo del EPT en el año 1998, se informaron 77 publicaciones, de las cuales, 49 de ellas utilizaron el EPT – C de manera diferente. En este sentido, estos autores subdividieron las publicaciones en dos décadas: un 1° período entre el 1998 y 2008 y el 2° período entre 2009 a 2019. En la primera década encontraron el 38.77 % de los estudios y el restante 61.22 % del total de las investigaciones se realizaron a partir del 2009.

En lo referente a la proliferación mundial de las investigaciones, el EPT-C ha sido utilizado originariamente en Argentina y a partir de allí se replicó en: España, Estados Unidos, Guatemala, Brasil, Portugal, México, Ecuador, Perú y Chile. En estos 11 países se incluyeron al menos 8626 terapeutas (Casari, Gómez e Ison, 2019).

En una revisión realizada por Casari, Gómez e Ison (2019) se incluyeron los estudios fundantes del EPT (ver Tabla 3).

Tabla 3. *Listado de textos que hayan empleado el EPT-C*

Referencia	Temáticas que se abordan	Versión del EPT-C	Participantes	Tipo de fuente
Botella, y Corbella (2005).	Alianza terapéutica.	26 ítems y 6 funciones.	401 pacientes y 48 terapeutas (argentinos y españoles; psicólogos y psiquiatras).	Artículo de revista.
Botella, Corbella y Belles (2006).	Alianza terapéutica.	No se informa.	9 terapeutas y 239 pacientes.	Presentación a congreso.
Botella, Saúl, Corbella, Fernández-Álvarez, García, y Morena (2008).	Variables personales: EPT y apego.	Versión original.	91 terapeutas de España, Argentina, México y otros.	Presentación a congreso.

Cadena (2007).	Variables profesionales (Descripción).	Versión original (con ciertas modificaciones en los ítems).	90 terapeutas guatemaltecos.	Tesis de grado.
Casari, Albanesi, y Maristany (2012a).	Variables personales (personalidad) y profesionales (orientación teórica, grupo etario de trabajo, duración de los tratamientos, y contexto de trabajo).	Versión original.	100 terapeutas argentinos.	Presentación a congreso.
Casari, Albanesi, y Maristany (2012b).	Variables personales (personalidad).	Versión original.	130 terapeutas argentinos.	Presentación a congreso.
Casari, Albanesi, y Maristany (2013).	Variables profesionales (enfoque teórico).	Versión original.	106 terapeutas argentinos.	Artículo de revista.
Casari, Assennato y Grzona (2017).	Poblaciones específicas.	Versión original.	64 terapeutas argentinos.	Artículo de revista.
Casari, Ison, y Gómez (en prensa, a).	Poblaciones específicas.	Versión original.	429 terapeutas argentinos.	Artículo de revista.
Casari, Ison, y Gómez (en prensa, b).	Análisis de conglomerados.	Versión original.	546 terapeutas argentinos.	Artículo de revista.
Casari, Magni, y Morelato (2014).	Poblaciones específicas.	Versión original.	60 terapeutas argentinos.	Presentación a congreso.
Casari, Morán e Ison (2017).	Aspectos psicométricos.	Versión original. Luego se compararon 5 versiones del EPT-C.	471 terapeutas argentinos.	Artículo de revista.
Castañeiras, García, Lo Bianco & Fernández-Álvarez (2006).	Variables profesionales: enfoque teórico y experiencia (dividido en principiantes y expertos).	Versión original.	206 terapeutas (entre psicólogos y psiquiatras).	Artículo de revista.
Castañeiras, Ledesma, García, & Fernández-Álvarez (2008).	Propiedades psicométricas del cuestionario / variables profesionales: enfoque teórico, duración del tratamiento / análisis de variables personales: edad y sexo.	Versión abreviada (21 ítems y 5 funciones).	461 terapeutas argentinos.	Artículo de revista.
Castañeiras, Rial, García, Farfallini, & Fernández-Álvarez (2006).	Propiedades psicométricas (estabilidad test - retest).	Versión original.	74 psicoterapeutas.	Presentación a congreso.
Corbella, Botella, Fernández-	Entrenamiento / variables personales: apego,	Versión original.	94 terapeutas de Argentina y de España.	Presentación a Congreso.

Álvarez, Saúl, & García (2009).	dirección de intereses, autoeficacia.			
Corbella-Santomá, Fernández-Álvarez, Saul, Botella, García, De la Morena & Rial (2007).	Variables personales: EPT y personalidad (autoeficacia, estilos de apego, personalidad, y dirección de intereses).	Versión original.	78 terapeutas (de España y de Argentina).	Presentación a congreso.
Corbella, Fernández-Álvarez, Saúl-Gutiérrez, García, Botella García del Cid (2008).	Variables personales: EPT y dirección de intereses.	Versión original.	91 terapeutas de España y Argentina.	Artículo de revista.
Da Silva, Tellet, Fernández-Álvarez & García (2006).	Adaptaciones en otros países / Diferencias por enfoque teórico.	Versión original.	225 psicoterapeutas.	Artículo de revista.
De la Fuente Zepeda y Del Castillo (2017).	EPT con variables personales y profesionales / EPT y alianza terapéutica.	Versión abreviada (Solo se usaron 2 subescalas del EPT-C).	50 terapeutas de México.	Artículo de revista.
Estrada Aranda (2014).	Variables personales: EPT y patología.	Versión original.	20 terapeutas de México.	Artículo de revista.
Fernández-Álvarez (2019) Enviado para revisión.	Aspectos psicométricos.	Versión original.	350 terapeutas españoles.	Artículo de revista.
Fernández-Álvarez, Castañeiras, García, Gómez, y Fernández-Álvarez (2017).	Validez convergente con la guía GOTA-v / análisis de conglomerados.	Versión original.	20 terapeutas argentinos.	Artículo de revista.
Fernández-Álvarez y García (1998)	Propiedades psicométricas del cuestionario.	48 ítems y 6 funciones: Instruccional, Evaluativa, Atencional, Expresiva, Operativa, De compromiso vincular.	150 terapeutas de diferentes orientaciones, edad y experiencia. También eran de diferentes países: Argentina, España, México.	Capítulo de libro.
Fernández-Álvarez, García, Castañeiras, & Rial (2005).	Propiedades psicométricas del cuestionario.	Versión original.	366 terapeutas argentinos.	Presentación a congreso.
Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco, & Corbella (2000)	Variables profesionales: comparación por enfoque teórico.	26 ítems y 6 funciones.	158 terapeutas de Bs As.	Presentación a congreso.
Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco, &	Propiedades psicométricas del cuestionario.	61 ítems y 5 funciones. Como resultado se concluye en	169 terapeutas (20 psiquiatras). La mayoría eran de CABA y Gran	Artículo de revista.

Corbella-Santomá (2003)		la versión de 36 ítems y 5 funciones.	Buenos Aires, los demás eran de otras ciudades.	
Fernández Oromendia (2018).	Estilo Personal del Terapeuta Supervisor.	Versión original.	185 terapeutas supervisores de Estados Unidos de Norteamérica.	Tesis de doctorado.
García, Rial, Castañeiras, & Fernández-Álvarez (2004)	Comparación transcultural.			Presentación a congreso.
García Rizzo (2008).	Alianza terapéutica.	Versión original.	4 terapeutas y 14 pacientes.	Tesis de grado.
Genise y García (2016).	Variables personales: estilos de apego y factores de personalidad.	Versión original.	252 terapeutas argentinos.	Presentación a congreso.
Gómez (2015).	Poblaciones específicas.	No se informa - consultar.	143 terapeutas argentinos.	Tesis de doctorado.
Hermosa-Bosano (2010).	Terapeuta y alianza / EPT y personalidad.	Versión abreviada. No informa sobre una adaptación realizada en Ecuador.	16 terapeutas ecuatorianos (estudiantes de grado) y 48 pacientes.	Tesis de grado.
Juárez, Videla, Grzona, et al. (2018).	EPT y entrenamiento.	Versión original.	37 estudiantes de Lic. en Psicología realizando sus prácticas pre-profesionales en el área clínica.	Presentación a congreso.
Kantor (2011).	Adaptaciones en otros países / psicometría / enfoque teórico.	Versión abreviada. Se propone una versión de 4 factores.	126 terapeutas de Perú.	Tesis de grado.
Lee, Neimeyer, & Rice (2013).	Variables profesionales: EPT y concepción epistemológica.	Versión original.	1151 terapeutas de EE. UU.	Artículo de revista.
Lorenzo (2014).	Variables profesionales: contexto de trabajo.	Versión original.	291 terapeutas argentinos.	Tesis de grado.
Malik, Fleming, Penela, Harwood, Best, & Beutler (2002)	Alianza terapéutica.		40 terapeutas de Argentina y EE.UU.	Presentación a congreso.
Moura de Carvalho, Corbella, & Mena Matos (2011).	Adaptaciones en otros países.	Versión abreviada. Como resultado se propone un modelo de 20 ítems y 5 factores.	384 terapeutas de Portugal.	Artículo de revista.
Moya Cortés (2015).	Terapeuta y alianza.	Versión abreviada (no informa si hubo una adaptación).	48 terapeutas españoles.	Tesis de grado.

Quiñones et al. (en prensa).	Variables profesionales: enfoque teórico y comparación transcultural.	Versión original.	33 terapeutas chilenos y 32 terapeutas italianos.	Artículo de revista.
Quiñones Bergetet, Melipillán Araneda, & Ramírez Azócar (2010).	Adaptaciones en otros países / propiedades psicométricas / análisis de conglomerados.	Versión original - como resultado se propone una versión de 4 factores.	92 terapeutas chilenos acreditados como especialistas.	Artículo de revista.
Quiñones, Ugarte, Ceric, García, & Santibañez (2019).	Variables profesionales: diferencias por enfoque teórico.	Versión original.	67 terapeutas chilenos.	Artículo de revista.
Rial, Castañeiras, García, Gómez & Fernández-Álvarez (2006).	Poblaciones específicas.	Versión original.	60 terapeutas argentinos.	Artículo de revista.
Silva Plama (2016).	Propiedades psicométricas de dos modelos del EPT / diferencias por enfoques teóricos.	Comparación de dos versiones abreviadas del EPT-C: una de 5 factores y una de 4 (esta última sin la función Instruccional).	674 terapeutas de Brasil.	Artículo de revista.
Vázquez y Gutiérrez de Vázquez (2015).	Variables profesionales: enfoque teórico.	No se informa.	60 terapeutas argentinos.	Artículo de revista.
Vega (2006).	Poblaciones específicas.	Versión original.	144 terapeutas.	Libro.
Vera Cano (2018).	EPT y variables personales: ansiedad rasgo y ansiedad estado / Poblaciones específicas/ variables profesionales: contexto de trabajo, tipo de dispositivo, enfoque teórico.	Versión abreviada.	32 psicólogos de Perú.	Tesis de grado.
Vides-Porras, Grazioso, & García de la Cadena (2012).	Descripción de variables profesionales.	Versión modificada de 25 ítems.	101 terapeutas de Guatemala.	Artículo de revista.

Nota. Adaptado de *Investigaciones llevadas a cabo con el EPT-C* (pp. 133-138), por Casari, Gómez e Ison, (2019) en H. Fernández-Álvarez y F. García (Eds.), *El estilo personal del terapeuta*, 2019, Polemos.

Casari, Gómez e Ison (2019) destacan la obra de Fernández-Álvarez y García, quienes en 1998 sentaron las bases de la importancia de estudiar cómo las variables del EPT modulan el proceso terapéutico (citados en Casari, Gómez e Ison, 2019). Dicho

desarrollo dio pie a dos proyectos significativos conducidos por Corbella (Botella y Corbella, 2005; Botella, Corbella y Belles, 2006, citados en Casari, Gómez e Ison, 2019) donde se investigó el alcance explicativo del EPT en los resultados terapéuticos como también la asociación con la consolidación de la alianza terapéutica.

Corbella (2019) explicó que los principios fundamentales que surgieron de estos proyectos (Proyecto Barcelona – Buenos Aires) fueron los siguientes:

- 1) La derivación o asignación de un consultante a un terapeuta u otro es muy importante para el proceso y resultado de la psicoterapia.
- 2) En la asignación del consultante a un terapeuta se debe tener en cuenta la resistencia del consultante y el estilo del terapeuta. De modo que es recomendable que aquellos consultantes más resistentes se asignen a terapeutas con un estilo poco pautado y directivo (según la función Operativa del EPT – C).
- 3) La resistencia del consultante se debe tener en cuenta en el proceso de evaluación inicial y el terapeuta debe trabajar con ella para beneficiar al consultante. La resistencia no es una dificultad del consultante, sino que es un reto para el trabajo conjunto entre consultante y terapeuta.
- 4) El terapeuta debe conocer su propio estilo personal como terapeuta para facilitar la optimización de sus recursos y habilidades personales, así como mejorar aquellos aspectos que le suponen alguna dificultad.
- 5) El terapeuta debe adaptar su modo de comunicación, su estilo terapéutico, a las características del consultante (especialmente la resistencia) en la medida que le sea posible. De modo que, si el consultante es resistente, el terapeuta debe intentar adaptar su estilo para resultar ser poco pautado y directivo.
- 6) EL esfuerzo del terapeuta en adaptar su estilo a las características del consultante se debe reducir si supone una incomodidad por pérdida de coherencia teórica del terapeuta al emplear los diferentes procedimientos o estrategias comunicativas. Aun así, debe ser consciente de qué tipo de estilo terapéutico puede ser más conveniente para cada tipo de consultante.
- 7) La formación de psicoterapeutas debe profundizar en el EPT, fomentar la autorreflexión y el estilo flexible en terapia.
- 8) Durante el proceso psicoterapéutico y especialmente en las primeras ocho sesiones, el terapeuta debe prestar atención a trabajar hacia el establecimiento de una buena alianza terapéutica con el consultante. (p. 74)

Asimismo, en este primer período, se reportaron los estudios que tomaron en cuenta las siguientes temáticas: dirección de intereses (Corbella et al., 2008), poblaciones clínicas neonatología (Vega, 2006), poblaciones clínicas pacientes severos (Rial et al., 2006) y orientación teórica (Fernández-Álvarez et al., 2000).

A continuación, se detallarán los resultados de dichas investigaciones:

1) Dirección de intereses:

El objetivo principal del estudio de Corbella et al. (2008) fue profundizar en el conocimiento del EPT y estudiar las relaciones entre diferentes funciones de este estilo y la dirección de intereses de los terapeutas en formación. La muestra del estudio estuvo formada por 91 licenciados (9.9% hombres y 90.1% mujeres) que estaban cursando un Máster en psicoterapia. Los resultados de los análisis indicaron la existencia de correlaciones moderadas y significativas entre las funciones atencional (receptiva) y operativa (espontáneo) y la dirección de intereses interna de los evaluados. Es decir que los psicoterapeutas con una dirección de intereses más interna tendieron a tener un estilo más abierto y receptivo (en la función atencional y operativa) que los terapeutas con una dirección de intereses externa que mostraron un estilo personal activo y focalizado.

2) Poblaciones clínicas:

Terapia intensiva neonatal: Los terapeutas que trabajan en este campo presentan una mayor flexibilidad en la función instruccional. Esto es esperable debido a la naturaleza misma de las condiciones de la tarea pues el contexto institucional condiciona el dispositivo terapéutico. Psicoanalistas y terapeutas integrativos de neonatología manifestaron una tendencia similar en las funciones del EPT, a diferencia de los que actúan en otras áreas, quienes presentaron diferencias en las funciones expresiva, atencional y operativa asociadas con su pertenencia a sus orientaciones (Vega, 2006). Esto permitió concluir que la práctica con determinadas poblaciones clínicas modula el estilo generando una influencia tal que no aparecen diferencias en el estilo debido al marco teórico. En cambio, en otras intervenciones si se observan diferencias en el estilo debido al marco teórico.

Pacientes severos: Rial et al (2006) investigaron las dimensiones expresivas y de involucración en terapeutas integrativos y psicoanalistas que asisten pacientes con trastornos severos. En términos generales, los resultados fueron los siguientes:

- Tomados en su conjunto, los terapeutas de pacientes severos son menos cercanos en lo expresivo, se involucran en menor grado y actúan de modo más pautado que la muestra de control.

- Comparando ambos grupos, pero dentro de la misma orientación, se observó que los terapeutas integrativos con pacientes severos informaron un grado de involucración significativamente menor que los controles. Los psicoanalistas con pacientes severos, de igual modo, mostraron un menor grado de involucración, menos cercanos en lo expresivo y mucho más pautados.

Y en las comparaciones intra-grupos se observó que entre quienes atienden pacientes severos, los terapeutas integrativos reportan una atención mucho más focalizada y fueron más cercanos expresivamente que los psicoanalistas.

En el grupo control, en cambio, los psicoanalistas informaron atención más abierta y se mostraron menos pautados que sus pares integrativos. Dicha distinción fue adjudicada a las diferencias teóricas.

3) Orientación teórica-técnica:

Un primer estudio (Fernández-Álvarez et al., 2000), comparó la incidencia de la orientación teórica técnica y los años de experiencia y las funciones del EPT. El objetivo de la investigación se basó en establecer si la orientación teórica-técnica modula el estilo personal como así también los años de experiencia en el ejercicio de la práctica.

La muestra fue de 206 participantes, 46 de ellos evidenciaron adherir al modelo psicoanalítico, 44 cognitivos y 116 integrativos. Los años de experiencia hasta 5 años fueron considerados nóveles. Los que tenían 15 años o más fueron considerados experimentados

Los datos obtenidos mostraron diferencias estadísticas significativas en el perfil del EPT. Se observó que los terapeutas psicoanalistas difieren entre los cognitivos e integrativos puesto que son más distantes en referencia a lo expresivo, de atención más abierta en la esfera atencional y más espontáneos en la dimensión operativa. Los terapeutas cognitivos e integrativos difieren de los psicoanalistas en que son atencionalmente más focalizados y en el plano operacional, predominantemente pautados.

En un segundo estudio en relación con la orientación teórica y EPT (Vázquez y Gutiérrez de Vázquez, 2015), evaluaron la influencia de la orientación teórico-técnica en el EPT. Se estudiaron a 60 psicoterapeutas, pertenecientes a las orientaciones psicoanalítica, cognitiva e integrativa. Se administró el (EPT-C) de (Fernández-Álvarez

et al., 2003) y una entrevista exploratoria sobre orientación y desempeño, elaborada para tal efecto.

Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en el EPT según la orientación teórico-técnica, observándose un perfil particular según sean psicoanalíticos, cognitivos o integrativos.

En este sentido, los psicoanalistas se caracterizaron en la dimensión instruccional por ser más rígidos en el establecimiento de los límites y alcances de la relación terapéutica y atencionalmente más abiertos y distantes en la comunicación emocional o función expresiva. En la misma línea, evidenciaron mayor involucración respecto al desempeño profesional y con sus consultantes. Por último, en la dimensión operativa se mostraron más espontáneos en sus intervenciones y técnicas a utilizar.

En relación con los terapeutas cognitivos, en la función instruccional manifestaron ser menos rígidos en el establecimiento de los límites y en el alcance de la relación terapéutica que los psicoanalistas, pero, sin abandonar el encuadre terapéutico apropiado. Desde el punto de vista atencional se refirieron como más focalizados y próximos en la comunicación emocional o función expresiva, aunque en menor grado que los terapeutas integrativos. Al igual que los psicoanalistas, los terapeutas cognitivos coinciden en la función operativa, en el alto grado de involucración con respecto al desempeño profesional y con sus intervenciones y técnicas a utilizar.

Por último, con respecto a los terapeutas integrativos, se caracterizaron por diferenciarse en la función instruccional al ser menos rígidos en el establecimiento de los límites y alcance de la relación terapéutica en comparación con los terapeutas psicoanalíticos y cognitivos. Desde el punto de vista atencional se los registró como abiertos, aunque en menor grado que los terapeutas psicoanalistas y más próximos en la comunicación emocional o función expresiva. Este mismo patrón mostró también un alto grado de involucración respecto al desempeño profesional con sus consultantes y espontáneos en sus intervenciones y técnicas a utilizar, en lo referente a la función operativa.

Con respecto a las investigaciones con las poblaciones clínicas, Casari et al. (2012) investigaron el EPT entre dos tipos de profesionales; por un lado, quienes se dedicaban a la atención de consultantes con problemas de adicción y otros dedicados a la clínica psicológica general. La muestra estuvo conformada por un total de 30 profesionales, de instituciones públicas y privadas de las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis. Se contrastó con un segundo grupo de terapeutas que no se

desempeñaban en la atención de consultantes drogodependientes. En dicho estudio se concluyó que existen diferencias significativas en la función expresiva, atribuida a la comunicación emocional como aspecto nuclear de la empatía, siendo menor en el grupo control.

En esta misma línea, Magni (2013) investigó el estilo personal de terapeutas que trabajan en abordajes interdisciplinarios del maltrato infantil. La muestra fue de 32 psicoterapeutas que intervenían en el tratamiento de consultantes víctimas y victimarios de maltrato infantil y un segundo grupo compuesto por 32 psicoterapeutas que se desempeñaban en clínica psicológica. Se evidenciaron diferencias en la función expresiva, en relación con la distancia – cercanía emocional que los terapeutas evidenciaban con sus consultantes, así como los intercambios emocionales. De igual modo, se observó un menor grado de la función instruccional en aquellos terapeutas que trabajan con situaciones de maltrato infantil que aquellos que se dedicaban a la clínica psicológica. Magni (2013) explicó que esta diferencia podría vincularse al hecho de que el terapeuta clínico tiene la posibilidad de establecer un vínculo terapéutico más cercano que el terapeuta que trabaja en el ámbito público. Un dato significativo en cuanto a la involucración es que se encontró que los terapeutas que trabajan con situaciones de violencia presentan un nivel de involucración menor que los del grupo clínico.

Dentro de este grupo de investigaciones sobre poblaciones clínicas, se pueden incluir los estudios de Gómez (2015) donde se observó que los terapeutas de consultantes oncológicos tienden a establecer un encuadre más flexible y se mantienen una atención más abierta.

Con respecto a las investigaciones sobre apego y rasgos de personalidad, Genise (2015) y Genise y García (2016) desarrollaron una investigación sobre el EPT, estilos de apego y factores de la personalidad del terapeuta. En el análisis de los resultados mostró que existe una correlación positiva entre la dimensión de neuroticismo del big five y la función atencional del EPT-C. Asimismo, una correlación positiva entre la dimensión de personalidad neuroticismo del big five y la función operativa del EPT-C, una correlación positiva entre el estilo de apego ansioso y la función atencional del EPT-C, una correlación negativa entre el apego evitativo y el factor extroversión del big five , una correlación positiva entre el estilo de apego ansioso y el factor neuroticismo del big five y una correlación positiva entre el factor de extraversión del big five y la función expresiva.

Más recientemente, resulta muy interesante la investigación de Casari, Ison y Gómez (2019) donde se estudió la agrupación por conglomerados de perfiles del EPT en 546 psicoterapeutas argentinos y variables de la personalidad. Casari, Gómez e Ison (2019), los clasificaron de la siguiente manera:

- Terapeutas “directivos y vulnerables”: fue asociado con terapeutas más elevados en función atencional y operativa y con dimensiones de la personalidad con menor estabilidad emocional, reservados y solitarios, con tendencia a ser competitivos y conservadores. Estos fueron asemejados con terapeutas cognitivo – conductuales, integrativos y sistémicos.
- Terapeutas emocionales: se vinculó a terapeutas que otorgan un valor significativo a la dimensión emocional de su función profesional, son más cercanos emocionalmente y muestran un elevado compromiso con la tarea, con encuadres terapéuticos más flexibles y de tinte más hedonistas. Este perfil se ve representado por terapeutas humanistas existenciales y gestálticos.
- Terapeutas “psicoanalistas”: caracterizado por un estilo con atención abierta, intervenciones espontáneas, bajo nivel de compromiso con la tarea, más distante emocionalmente y con tendencia a encuadrar el tratamiento de manera más rígida. Constituido principalmente por psicoanalistas.
- Terapeutas “proactivos”: fueron asemejados a terapeutas enérgicos, cooperadores, comprometidos, estables emocionalmente y creativos. Aquí lo relevante son cualidades personales por encima de las dimensiones de la personalidad. Representan a los integrativos y sistémicos. (pp. 101-102)

Por último, una nueva línea de investigación que está surgiendo con EPT-C se refiere al Estilo Personal del Supervisor de Fernández Oromedia (2018). De esta investigación surgió una nueva escala constituida por 34 ítems que evalúa 8 factores; enfoque de trabajo, rol de sí mismo, involucración, rol de las emociones, formación y entrenamiento, consideraciones multiculturales, manejo de conflictos, evaluación y devolución. En una muestra de 185 terapeutas de Estados Unidos de Norteamérica, se mostró que el grupo de supervisores estudiados tienden a llevar su rol como supervisores con un perfil más flexible de trabajo, se desempeñan develando sus aspectos personales a la manera de autorrevelaciones o expresando sus propios estados emocionales, piensan en sus supervisados en sus tiempos fuera del trabajo, se focalizan más en aspectos prácticos que en instrucciones teóricas y adoptan un modelo de resolución alternativa de

problemas. Lo interesante de estas nuevas líneas de investigación es que las dimensiones del EPT-C se correlacionan con el Estilo Personal del Supervisor y que quizás este estudio basado en la figura del Acompañamiento Terapéutico pueda incorporarse en estas nuevas direcciones de estudio de la persona del agente de salud.

2. 3. Nuevas direcciones en el estudio del Estilo Personal del Terapeuta

Fernández-Álvarez et al. (2019), luego de al menos 20 años de investigaciones relacionadas con el EPT, lograron sintetizar algunas líneas de investigación que podrían robustecer el cuerpo de conocimiento gestado durante estas décadas:

El EPT fue identificado como un componente central en la psicoterapia, tanto desde una perspectiva teórica como en su aplicación clínica. Fernández-Álvarez et al. (2019) enfatizaron la necesidad de desarrollar herramientas que permitieran evaluar este constructo de manera más integral. Aunque instrumentos como el EPT-C fueron útiles, su enfoque exclusivo en autorreportes verbales presentó limitaciones, ya que no consideraron aspectos esenciales de la comunicación no verbal. En este sentido, los autores destacaron la importancia de ampliar metodologías previas como la GOTA-v (*Guía para la Observación de la Terapia Asistida - versión verbal*), que permitiría analizar las interacciones verbales del terapeuta. Según los investigadores, es relevante complementar esta guía con registros no verbales, incluyendo gestos, posturas y tono de la voz, lo que podría reflejar de manera más precisa las características dinámicas del EPT-C.

Adicionalmente, los autores subrayaron la importancia de profundizar en funciones específicas del EPT, como la Instruccional y la Expresiva, y relacionarlas con procesos psicológicos básicos. Por ejemplo, plantearon que la función Instruccional, vinculada a la flexibilidad cognitiva, permitiría a los terapeutas adaptar su estilo a las necesidades individuales de los consultantes, mientras que la función Expresiva, al conectarse con variables como la empatía o ciertos rasgos de personalidad, desempeñaría un papel crucial en la formación de una alianza terapéutica efectiva (Fernández-Álvarez et al., 2019).

Otra línea prometedora de investigación destacada por los autores fue la exploración de cómo los consultantes perciben el EPT de sus terapeutas. Esta perspectiva podría ofrecer información valiosa sobre la relación terapéutica y su impacto en los resultados del tratamiento. Sin embargo, los autores advirtieron sobre los desafíos

metodológicos asociados con esta línea, como los sesgos transferenciales, y propusieron el diseño de herramientas más objetivas que permitieran capturar las percepciones de los consultantes de forma consistente y fiable.

Finalmente, los investigadores resaltaron la conexión entre el desarrollo del EPT y los programas de formación de terapeutas. Incorporar la reflexión y evaluación del estilo personal en la capacitación profesional podría facilitar el desarrollo de competencias clave y mejorar la práctica clínica. Herramientas como la GOTA-v, adaptadas para incluir observaciones no verbales, y guías específicas para supervisores podrían contribuir significativamente a este objetivo. Además, estudiar cómo evoluciona el EPT durante el entrenamiento podría permitir diseñar programas más efectivos y ajustados a las necesidades de los profesionales en formación (Fernández-Álvarez, García y Corbella, 2019).

En síntesis, el desarrollo del EPT requiere una aproximación integral que incluya nuevas herramientas de evaluación como la ampliación de la GOTA-v, que permitiría profundizar en las funciones específicas del estilo, explorar la percepción del consultante y fortalecer la formación de terapeutas. Estas iniciativas, como señalaron Fernández-Álvarez et al. (2019), no sólo expandirían el conocimiento teórico del EPT, sino que también contribuirían a una práctica clínica más precisa y adaptada a las necesidades de los consultantes.

Capítulo 3. Estilos de apego

3. 1. Acompañamiento terapéutico y teoría del apego

Al introducir el interrogante acerca de ¿Qué es el acompañamiento terapéutico? Cavagna (1994) logró sintetizar la motivación que encarna a este profesional de la salud mental: la necesidad de compañía y estimulación humana es algo que se ha reconocido desde tiempos remotos. Es un fenómeno transcultural la costumbre de que los afligidos por enfermedades, muertes o desgracias, reciban ánimo y apoyo de parientes, amigos, vecinos o incluso extraños que puedan permanecer con esa persona hasta que recupere su entereza. Asimismo, ante un peligro repentino las personas buscan proximidad de un ser conocido en quien confían, manifestando una conducta de apego. Esta cuestión da cuenta del valor significativo de las figuras de apego.

En este sentido, Bowlby (2006) hace referencia a que la conducta de apego es aquella acción que tiene como efecto interpersonal el logro o la conservación de la proximidad con otras personas, las cuales, han sido identificadas como aprendidas para afrontar el ambiente circundante. Dicho de otro modo, este autor define a la conducta de apego como cualquier conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo, el cual, está asociado como fuente de seguridad para enfrentarse al mundo interpersonal y social.

Al pensar la función del AT y la teoría del apego, resulta significativo el lugar que ocupa el acompañamiento terapéutico en el trabajo cotidiano con la persona, siendo que si el acompañado atraviesa por un estado de desregulación emocional u otra disfuncionalidad cognitiva o conductual, el tener acceso a la figura de apego (AT, en este caso) le brinda a la persona mayor sentimiento de seguridad y experiencia interpersonal positiva, quizás distinta al aprendizaje aversivo que antecede a la psicopatología existente.

Es decir que la teoría del apego es un modo de entender la propensión de los seres humanos a consolidar vínculos afectivos sólidos y que en el caso de la intervención del acompañamiento terapéutico se puede lograr resignificar conductas de apegos desorganizados, evitativos o ansiosos por una modalidad de apego donde los vínculos interpersonales se aprendan cómo accesibles, sensibles a sus estados emocionales y generen experiencias de aprendizaje correctivas del malestar que atraviesan.

En esta línea, Benítez et al. (2017), en su trabajo con el Acompañamiento Terapéutico en el ámbito escolar, mencionan que la función del AT en este contexto resulta de utilidad al generar un apego que favorece la transformación vincular que allí se

produce, a través, de la contención, la escuchar, el fortalecimiento de lazos y vínculos y actuar como agente catalizador de las relaciones. Luego agregan, que el AT observa y opera terapéuticamente con el niño y la niña desde su diario vivir e informa al equipo detalles que resultan de vital importancia en el logro de los objetivos que se sustentan en dichas conductas de apego seguro.

Desde el modelo cognitivo- conductual de Tolosa (2016, 2021) las conductas de apego se generan en el marco del proceso relacional terapéutico del AT, en el establecimiento de la alianza terapéutica, a través, del vínculo positivo. Esa red de interconexiones entre el AT y acompañado. En la denominada alianza dual (Tolosa, 2018a) esta conducta de apego establecida en el vínculo terapéutico instaura el sentido bidireccional – tanto con el equipo como con el consultante - que adquiere la consolidación de los tres aspectos que se conforman como pilares de la alianza terapéutica; el vínculo positivo, acuerdo con las tareas y los objetivos. Es decir que el acompañamiento terapéutico no solo se consolida como figura de apego para el acompañado, sino que también que su propio desempeño está atravesado por el apego establecido con el equipo de tratamiento.

3. 2. Subtipos de apego y función del acompañamiento terapéutico

Schaffer y Emerson (1964) llevaron adelante experimentos en Escocia, mediante la metodología de observación participante, sobre sesenta bebés y sus familias durante los dos primeros años de vida. En esta investigación se descubrió que el tipo de vínculo que los niños establecen con sus padres estaba atravesado por la sensibilidad y capacidad de respuesta del adulto con relación a las necesidades del bebé.

Posteriormente en un estudio paradigmático para la teoría del apego, Ainsworth y Bell (1970), condujeron un estudio experimental denominado: “la situación del extraño”, con el propósito de estudiar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. Se llamó “la situación del extraño” porque se estudiaba el desarrollo de *una situación de laboratorio* con unos veinte minutos de duración con ocho episodios.

La escena generada se trataba de la inclusión de una persona desconocida al salón de juego donde se encontraban una madre con su hijo. Cuando ingresaba esta persona desconocida para el niño, la madre se salía del setting dejando a su hijo con el sujeto extraño. Luego la madre regresaba y volvía a salir, pero en esta ocasión lo hacía con la

persona desconocida para el niño, dejando de esa manera solo al niño. En un tercer acto, regresaba la madre con dicho sujeto extraño.

Una vez desarrolladas estas escenas, los investigadores descubrieron que los niños exploraban y jugaban con mayor fluidez cuando la madre estaba a la vista del niño. Lógicamente, las conductas antes mencionadas disminuían con la presencia del sujeto extraño, fundamentalmente con la ausencia de la Mamá.

Desde aquí surgieron conclusiones, utilizadas aún hoy en la psicopatología contemporánea, que cuando el niño percibía su lugar seguro por la presencia de la madre sus conductas de exploración aumentaban y disminuían por la percepción de amenaza ante la presencia de la persona extraña.

A partir de este estudio experimental, varios autores (Ainsworth, 1969; Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969) conceptualizaron tres tipos de apego: encontraron claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación. Estas diferencias le permitieron describir tres patrones conductuales que eran distintivos de los diferentes tipos de apego instituidos:

1. Niños de apego seguro (B): Los niños se apoyaban en su madre como fuente de seguridad para explorar el ambiente de la sala experimental. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se observaba mayor malestar, cambios en el humor y disminución de la conducta de exploración. El humor y las conductas de exploración mejoraban cuando la Mamá regresaba y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria.

Estos datos fueron contrastados con el ambiente familiar vivido en sus casas y se descubrió que aquí las madres habían sido calificadas como muy sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban. Asimismo, los niños lloraban menos en su ambiente cotidiano y usaban a su madre como una base segura para explorar.

De esta manera se concluyó que estos niños mostraban un patrón saludable en sus conductas de apego. La responsividad diaria de sus madres les había dado confianza en ellas como protección, por lo que su simple presencia en la situación del extraño los animaba a explorar los alrededores (Delgado y Delgado, 2004).

2. Niños de apego inseguro-evitativo (A): Se trataba de niños que se mostraban bastante independientes en la situación del extraño. Desde el primer momento comenzaron a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que, no la miraban para comprobar su presencia, sino que la ignoraban.

Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Debido a su conducta independiente en la Situación del Extraño en principio su conducta podría interpretarse como saludable.

A pesar de esto, se observó que estos niños tenían dificultades emocionales; su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. Las observaciones en el hogar apoyaban esta interpretación, ya que las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño y rechazantes. Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, llorando intensamente cuando abandonaba la habitación.

De igual modo, se dedujo que cuando estos niños entraban en la Situación del Extraño comprendían que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionaban de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia. Habiendo sufrido muchos rechazos en el pasado, intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones. Así, cuando la madre regresaba a la habitación, ellos renunciaban a mirarla, negando cualquier tipo de sentimientos hacia ella (Delgado y Delgado, 2004).

3. Niños de apego inseguro-ambivalente (C): En esta dimensión estudiada, los niños se mostraban tan afligidos por la presencia de sus madres que apenas exploraban en la Situación del Extraño. Mostraban mayor malestar cuando su Mamá salía de la habitación, y ante su regreso se mostraban “ambivalentes”.

El dato relevante aquí fue la oscilación de estos niños entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar, las madres de estos niños habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitasen.

En estudios más recientes (Cozolino, 2006) se ha incorporado una nueva dimensión de apego llamado “desorganizado”. Este tipo de apego se caracteriza por estar influenciado por madres desorganizadas, las cuales, al parecer generan con más frecuencia situaciones conflictivas en el ambiente cotidiano con sus hijos, trayendo como consecuencia experiencias de inestabilidad e impredecibilidad, vividas como atemorizantes. La investigación de este autor muestra que estas madres manifestaron padecer traumas o duelos inconclusos.

3. 3. Investigaciones sobre los estilos de apego

Delgado y Delgado (2004), haciendo referencia a la validez transcultural de la teoría del apego, expusieron dos cuestionamientos en estos estudios originales referidos a las dimensiones antropológicas y la occidentalización de la muestra de los niños y sus madres. En relación con lo antropológico, se le cuestiona a este modelo que no tuvo en cuenta el factor cultural, ya que, se basó en estudios etológicos y primatológicos, según los cuales, el apego tuvo un claro valor adaptativo, ya que, los sujetos que manifestaban estas conductas tenían más posibilidades de sobrevivir.

Con respecto al factor transcultural, estudios llevados adelante en Japón (Takahashi, 1990) muestran que los niños inseguros-ambivalentes no tuvieron un peor desempeño cuando tenían 32 meses, por lo que la Situación del Extraño parece evaluar entre los niños japoneses no es el tipo de apego establecido con sus cuidadores, *sino su habilidad para afrontar el estrés*. En el caso de estudios realizados en Alemania los niños clasificados como B si mostraron un comportamiento menos conflictivo durante los años preescolares. Aunque este estudio sólo incluía a 35 niños. En Israel, Sagi (1990), por su lado, reportaron que sólo el tipo de apego que el niño establecía con sus cuidadoras resultaba predictor de la modalidad de afrontamiento posterior a la figura de apego.

Por último, una reflexión interesante que realiza Delgado y Delgado (2004) es la necesidad de optimizar la definición operacional acerca de la sensibilidad o responsividad materna/paterna teniendo en cuenta los factores culturales. Aquí se pone en relevancia que tanto las conductas de apego de los niños como las respuestas de los cuidadores o figuras de apego estarán influenciadas por factores socioculturales que fueron moldeando y modelando dicha interacción.

En suma, y en relación con el Acompañamiento Terapéutico, el establecimiento del vínculo terapéutico consolidado con el acompañado se encuentra atravesado por modelos interpersonales aprendidos, conductas de apego, que irán delineando la configuración del proceso relacional terapéutico (Tolosa, 2015d), lo cual, adquiere características ideográficas únicas acorde a variables como los factores socioculturales, responsividad del ambiente a las necesidades afectivas – emocionales de las personas y hasta los modos estilísticos comunicacionales aprendidos en los actores involucrados en el escenario terapéutico, tal como lo refería Bowlby (1988), generar una base segura en los consultantes resulta una instancia habilitante para la expresión de los sentimientos y

emociones, isomórfico a la base segura instaurada por la madre para explorar mundos posibles.

De igual modo, Shapiro et al. (1999) investigaron en cómo influyen los estilos interpersonales del consultante en los procesos terapéuticos según la teoría del apego. Se analizaron diez transcripciones de eventos terapéuticos significativos identificados por el consultante para estudiar el patrón de estilo de apego (despreciador, preocupado o seguro), problemas de apego y capacidad de respuesta del terapeuta a los problemas de apego. Los problemas de apego fueron operacionalizados en tres tipos: preocupaciones por la pérdida o el rechazo, sentimientos en torno al conflicto y el peligro, y la necesidad de cercanía o proximidad. Las respuestas de los terapeutas se clasificaron como (a) proporcionar contención, seguridad y estructura, (b) reflejar las emociones y preocupaciones del consultante, y (c) interpretar o desafiar el estilo de apego del consultante. Se planteó la hipótesis de que las respuestas del terapeuta a los problemas de apego del consultante estarían mediadas por los estilos de apego del consultante. Lo interesante de este estudio fue que se comprobó que las respuestas del terapeuta cambian según el estilo de apego del consultante, así: consultantes de estilo evitativo obtuvieron respuestas cognitivas (mediante interpretaciones y actitudes desafiantes el estilo del consultante) y para aquellos consultantes con necesidad de cercanía y proximidad obtuvieron respuestas de contención, seguridad y estructura, reflejando las emociones y preocupaciones del consultante de parte del terapeuta.

Henry et al. (1990) utilizaron el sistema de Análisis Estructural del Comportamiento Social (SASB) para estudiar el proceso interpersonal entre consultante y terapeuta en la tercera sesión de 14 díadas terapéuticas. Las díadas se agruparon en casos de buenos y malos resultados ($n = 7$) sobre la base de la cantidad de cambio en el introyecto de los consultantes medido por el Cuestionario de Introyecto (INTREX).

Este equipo de investigación pudo confirmar las hipótesis basadas en la teoría interpersonal, las cuales, vinculan el estado de introyección de los terapeutas, el proceso interpersonal en la terapia y el resultado: (a) Los casos de pobres resultados (sin cambios en el introyecto) se caracterizaban por comportamientos interpersonales del terapeuta que confirmaban un introyecto negativo del consultante; (b) el número de afirmaciones del terapeuta que eran sutilmente hostiles y controladoras estaba altamente correlacionado con el número de afirmaciones auto culpabilizantes de los consultantes; (c) los terapeutas con introyectos disafiliativos tendían a implicarse en un nivel mucho más alto de procesos interpersonales problemáticos que se han asociado con malos resultados.

De esta manera, concluyeron que los terapeutas bien formados también fueron vulnerables a los procesos interpersonales potencialmente destructivos (en el caso más extremo observado, se consideró que las comunicaciones de los terapeutas eran desafiliativas el 36,7 % de las veces, y el 65,7 % de las unidades de pensamiento contenían mensajes complejos). Los "estilos de evocación" preexistentes de los consultantes influyeron en un proceso deficiente según las reglas de la complementariedad interpersonal. El propio estado introyectivo del terapeuta también contribuyó a un proceso problemático. Estos datos son congruentes con las investigaciones posteriores llevadas adelante (Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003, Corbella, Balmaña, Fernández-Álvarez, Saúl, Botella y García 2009) donde se hace hincapié en la importancia de estudiar a la persona del terapeuta, como actor involucrado activamente, a la hora de evaluar el resultado del proceso terapéutico.

En este sentido, Corbella (2012) dice que:

Resulta evidente la relevancia que tiene para el terapeuta el proceso cognitivo que permite a las personas ser capaces de predecir estados mentales de uno mismo y de los demás, lo que facilita anticipar y modificar comportamientos propios y ajenos. La habilidad de inferir estados mentales (como pensamientos, deseos, intenciones, etc.) en otra persona, posibilita utilizar la información para interpretar (a) ¿qué dicen?; (b) ¿por qué lo dicen?; y (c) predecir qué puede pasar a continuación. (p. 17)

En esta línea de investigaciones, Corbella et al. (2009) estudiaron el EPT y la teoría de la mente donde incluyeron las dimensiones del estilo del apego de los terapeutas como variable interviniente en el proceso relacional terapéutico. La muestra fue tomada de un grupo de psicoterapeutas (N=94) en el proceso de entrenamiento en habilidades psicoterapéuticas. El objetivo fue estudiar cómo se desarrolla el EPT en un período de 18 meses. Los resultados mostraron que un estilo de apego inseguro en los terapeutas se correlacionó con mayor rigidez en la función instruccional del cuestionario del EPT.

Por su lado, Genise (2015) desarrolló un estudio correlacional entre el EPT, estilos de apego y factores de personalidad del terapeuta. La muestra del estudio estuvo conformada por 252 psicoterapeutas de edad promedio de 36 años y con experiencia aproximada de 8 años. Aquí los resultados mostraron que existe una correlación positiva entre la dimensión de neuroticismo y la función atencional del EPT, una correlación positiva entre la dimensión "neuroticismo" del big five y la función operativa del EPT-C, una correlación negativa entre el apego evitativo y el factor extroversión, una correlación

positiva entre el estilo de apego ansioso y el factor neuroticismo y una correlación positiva entre el factor de extraversión y la función expresiva.

Algunos datos interesantes de esta investigación, en relación con los estilos de apego de los terapeutas, muestra que las psicoterapeutas con rasgos de personalidad con tendencia a la extraversión mostraron un menor apego temeroso evitativo, contingentemente con mayor tolerancia a los estados emocionales resultantes en el proceso terapéutico. Contrariamente, los terapeutas que mostraron indicadores elevados de neuroticismo y estilo de apego ansioso se mostraron con un estilo atencional activo, menos espontáneos y más sujetos al protocolo del tratamiento.

Capítulo 4. Dirección de intereses

4. 1. Investigaciones sobre la dirección de intereses

La investigación sobre la dirección de intereses en la persona del terapeuta surge con los estudios de Caine y Hope (1964, 1967) y Caine y Leigh (1972) bajo el interrogante de por qué algunas personas son buenos psicoterapeutas y por qué algunos consultantes aceptan y responden a ciertas formas de tratamiento psicológico y no a otras.

Sus investigaciones surgieron en el ámbito hospitalario sobre las creencias arraigadas que tenían tanto el personal de la salud como los consultantes con respecto a la naturaleza y el motivo del tratamiento de los "trastornos mentales". Así Caine et al. (1981) estudiaron la resistencia del personal al intento de transformar un hospital psiquiátrico humanitario y tradicional en una comunidad terapéutica, que luego de una década de fundamentación de esta nueva propuesta de tratamiento, la resistencia seguía siendo tan fuerte que prácticamente se abandonó el intento. Por este motivo, estos autores consideraron que esta resistencia se debía a que estos cambios eran percibidos como una amenaza a un estilo de vida o sistema de valores mucho más general y de gran importancia para los miembros del personal que se resistían.

También observaron que otros miembros del personal, presumiblemente por razones similares, encontraban la forma de tratamiento de la comunidad terapéutica compatible con sus valores sin necesidad de formación o adoctrinamiento. Se encontraron actitudes similares entre los consultantes ingresados en el hospital.

En consecuencia, en otro estudio de Caine (1964) se exploró que el personal de enfermería comprometido con la comunidad terapéutica indicaba una preferencia por trabajar con las ideas (dimensiones internas), mientras que sus colegas del hospital general preferían trabajar con instrumentos u objetivos externos o prácticos.

En este contexto surgió el cuestionario de "Dirección de Intereses" (CDI) como una medida concisa del concepto Junguiano de dirección de intereses interna/externa.

Fue ideado como una medida concisa del concepto Junguiano dirección hacia dentro/hacia fuera del interés (Corbella et al., 2000). Existen más herramientas basadas en esta dimensión propuesta por Jung, la Escala C del Registro de Preferencia Personal Forma A de Kuder (1952), la Escala M del Cuestionario de Dieciséis Factores de Personalidad (Cattel y Eber, 1957) y la Escala SN del Indicador de Tipo F de Myers-Briggs (Myers, 1962).

Para Corbella et al. (2000) el CDI es una destilación de estas tres escalas y distingue entre el interés por las ideas, la imaginación, la filosofía, la falta de

convencionalismo y los problemas emocionales, por un lado, y el interés por los hechos, los problemas prácticos, el sentido común, la ambición personal, el poder y la acción, por el otro (Caine et al., 1981). Se ha comprobado que los consultantes que dan respuestas dirigidas hacia el interior en el Cuestionario de Dirección de Intereses prefieren generalmente los enfoques de tratamiento psicoterapéutico y están abiertos a la experiencia y son divergentes en su pensamiento (Caine et al., 1981)

Caine et al. (1981) lo mencionan de esta manera:

Al definir la introversión y la extraversión Jung escribe: cuando la orientación al objeto y a los hechos objetivos es tan predominante que las decisiones y acciones más frecuentes y esenciales están determinadas no por valores subjetivos sino por relaciones objetivas, se habla de una actitud extravertida. Cuando esto es habitual, se habla de un tipo extravertido. Si un hombre piensa, siente y actúa, en una palabra, vive de tal manera que se corresponde directamente con las condiciones objetivas y sus exigencias, ya sea en el buen o en el mal sentido, es extravertido. Toda su conciencia mira hacia fuera, hacia el mundo, porque la determinación decisiva siempre le viene de fuera. La libido o energía psíquica del extravertido se dirige hacia el mundo exterior, de modo que todos sus intereses, valores y actitudes se dirigen hacia el entorno físico y social.

Con el introvertido ocurre lo contrario. Elige los determinantes subjetivos como los decisivos. Este tipo se guía, por tanto, por el factor de percepción y cognición que representa la disposición subjetiva receptora del estímulo sensorial. Mientras que el tipo extravertido se refiere predominantemente a lo que le llega del objeto, el introvertido confía principalmente en lo que la impresión externa constela en el sujeto.

Así pues, el introvertido está fundamentalmente implicado en su mundo interior. En cada uno de estos dos tipos, a nivel inconsciente, dominan las tendencias opuestas. El extravertido ha reprimido su introversión y viceversa. (pp. 8-9)

En esta línea, Winter y Viney (2005), en su clásica obra "*Personal construct psychology and clinical practice*" mencionan que los consultantes que dan respuestas internas en el CDI, por lo general, son más adeptos a realizar tratamientos psicoterapéuticos focalizados en la autoconciencia y están abiertos a que su trabajo terapéutico se conduzca a tomar contacto con sus experiencias internas y, asimismo, dispuestos a tener cambios en los procesos del pensamiento.

En concordancia con los estudios de Kreitman (1962), Walton (1966, 1969), Walton y Hope (1967), Walton y Last (1969) y Mowbray y Davies (1971) se descubrió que los médicos que estaban enfocados en una perspectiva más psicológica en el diseño del tratamiento puntuaron más alto en las pruebas de "pensamiento introvertido" que sus colegas que tenían una formación académica biologicista.

Aquí el constructo "pensamiento introvertido" fue utilizado para referirse a la tendencia a orientar el proceso cognitivo hacia la dimensión de las ideas, la imaginación y la mente más que a las conductas, las dimensiones concretas y prácticas.

Kinsella y Chaloner (1995), por su parte, estudiaron la actitud hacia el tratamiento y dirección de intereses de enfermeras que trabajaban en salud mental forense en comparación con enfermeras dedicadas a otras especialidades.

Con un total de 84 enfermeras de tres especialidades clínicas (Unidades Regionales de Seguridad -URS-, Salas de Admisión de Agudos -SAA- y Unidades de Drogodependencia -UD-. En especial las URS, atendían consultantes, en su mayoría varones, con antecedentes de conductas violentas que exigían ser atendidos en un entorno físicamente controlado por un equipo multidisciplinar especializado. Las enfermeras completaron el cuestionario de actitud hacia el tratamiento (CAT) y el cuestionario de dirección de Intereses (CDI). También se administró un cuestionario de información demográfica, con datos sobre su edad, experiencia profesional y nivel de estudios.

Los resultados no indicaron diferencias significativas en las medidas utilizadas entre los grupos de especialidades. Se encontraron correlaciones positivas significativas entre la edad y el conservadurismo en el CAT, y entre el conservadurismo en el CAT y dirección de intereses externa en el CDI.

Los resultados relevantes de este estudio fueron que no se comprobó la hipótesis de que las enfermeras que trabajan en las unidades regionales de seguridad sean más conservadoras y estén más orientadas hacia el exterior que sus colegas de otras especialidades, como las de drogodependencias e ingresos de consultantes con trastornos agudos. Tampoco se comprobó que la exposición a un entorno clínico concreto afecte a las actitudes y la orientación de intereses individuales. Los resultados sí apoyaron los hallazgos anteriores de que la edad se correlacionó positivamente con el conservadurismo, y que la orientación hacia dentro en la escala de dirección de intereses se correlaciona positivamente con el liberalismo en la escala de actitud hacia el tratamiento.

4. 2. Dirección de intereses y estilo personal del terapeuta

En lo que respecta a la dirección de intereses y el EPT, Corbella et al. (2008) observaron una correlación moderada y significativa entre la función atencional (receptiva, abierta) y la dirección de intereses (interna) de los participantes.

Del mismo modo, la función operativa del EPT correlacionó moderadamente con la dirección interna de intereses. Es decir, que la dimensión más receptiva y espontánea (función Atencional y Operativa) del terapeuta se correspondió con una dirección de intereses del terapeuta más interno. Dada esta lógica, el carácter focalizado y pautado revelado por las funciones Atencional y Operativa del EPT se asoció más a una dirección de los intereses externa.

En suma, lo significativo de estos estudios fue concebir a la dirección de intereses como una característica particular y personal del terapeuta y en cómo esta variable influye directamente sobre la toma de decisiones en la relación terapéutica, en la forma de buscar la información necesaria para la conformación del encuadre terapéutico y la elección de intervenciones técnicas y estratégicas específicas según dicha dirección de intereses.

Para el presente estudio estos datos se conforman como valiosos antecedentes para estudiar cómo se expresa la asociación entre estilo personal del AT y la dirección de intereses en el proceso relacional terapéutico del AT en la vida cotidiana.

Capítulo 5. Problema de investigación y método

5. 1. Fundamentación del tema

La necesidad de compañía y estimulación humana es algo que se ha reconocido desde tiempos remotos. Es un fenómeno transcultural la costumbre de que los afligidos por enfermedades, muertes o desgracias, reciban ánimo y apoyo de parientes, amigos, vecinos o incluso extraños que puedan permanecer con esa persona hasta que recupere su funcionalidad (Rossi G., 2007). En este sentido, el desarrollo científico de la psicología ha puesto de manifiesto la eficacia terapéutica del contacto personal entre un agente terapéutico y el paciente (Genise, 2015; Gómez, 2010; Manson et al., 2002). En este contexto, ha surgido la figura del AT como un profesional que integra un equipo interdisciplinario de salud que desempeña su función, tanto en la cotidianidad del paciente como en las instituciones asistenciales, con el objetivo común de resocializar a la persona que sufre (Dragotto y Frank, 2012; Fosarelli, 2004; Golpe y Yuni, 2012; Kuras de Mauer y Resnizky, 2011; Kuras de Mauer y Resnizky, 2013; Rossi G., 2007; Rosique et al., 2014; Sarbia y Lindel, 2010; Tolosa y Jozami Nassif, 2016).

Desde los primeros años en que se implementó en Argentina la definición operacional de AT, su función fue ajustándose de acuerdo con el paradigma científico del momento. La primera mención de la que se tiene noticias es la de Eduardo Kalina, quien en la década del 70 llamó *Amigo Calificado* al agente de salud que se desempeñaba en tratamientos convencionales, los cuales, solían fracasar o eran insuficientes (Kuras de Mauer y Resnizky, 2013). Se conformó como una estrategia alternativa que se aplicaba cuando la internación clásica y la medicación no alcanzaban para los fines terapéuticos propuestos. Para Graiño y Fernández (2015) si bien el AT es una práctica que data de la postguerra y toma un efecto germinal en la década del 60 y 70 en la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, no se puede afirmar que se haya establecido dentro de ese periodo de la historia debido a los obstáculos influenciados por la dictadura militar. Por lo cual, no ha sido hasta la década de los 90, hasta la actualidad, que se ha venido delineando la conformación de su identidad profesional en Argentina, y ampliando sus redes en otros países como España, México, Uruguay, Brasil y Perú.

En este marco, el AT se amalgama en el nuevo paradigma de la Salud Mental en Argentina, la cual postula que el proceso de atención debe realizarse, preferentemente, fuera del ámbito de la internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud (Sánchez y Zapata, 2017). De la mano de la Asociación de Acompañantes

Terapéuticos de la República Argentina (AATRA) y la Red Argentina de Asociaciones y Agrupaciones de Acompañantes Terapéuticos la institucionalización de la figura del AT en la actualidad se instaura a través de su reconocimiento en la Ley Nacional N° 26.657 (Congreso de la Nación Argentina, 2010) y en leyes provinciales: en San Juan la Ley N° 7697 (Legislatura de la Provincia de San Juan, 2006), en San Luis la Ley N° III - 0599-2007- Resolución 1112 (donde se fija los alcances del título) (Legislatura de la Provincia de San Luis, 2007), en Córdoba la Ley N° 9848 (Legislatura de la Provincia de Córdoba, 2009), en Río Negro la Ley N° 4624 (Legislatura de la Provincia de Río Negro, 2010); sumado a los proyectos de ley en otras regiones del País. De igual modo, a este avance en el reconocimiento gubernamental, corre paralela la formación académica del AT, mediante la creación de licenciaturas, tecnicaturas, diplomados y otros formatos en calidad curricular y de capacitación. Ejemplo de ello son las Tecnicaturas en la Universidad Autónoma de Entre Ríos (Resolución: 1024), Universidad de Favaloro (Resolución 1042/06), Universidad Católica de Cuyo (Resolución N° 329/10), Universidad del Salvador (Resolución N° 173/11) y, más tempranamente, en el 2016 en la Universidad Nacional de Córdoba y Universidad de Belgrano (Costa, 2017, Resnizky, 2017).

En suma, el reconocimiento del AT como un agente de salud que integra equipos interdisciplinarios en una amplia diversidad de dispositivos terapéuticos, tanto en lo teórico, técnico y estratégico, (como en las poblaciones clínicas que se asisten) cobra cada vez mayor legitimación en las bases legales y académicas.

Lo descrito anteriormente justifica la realización de investigaciones rigurosas que estudien con mayor profundidad esta profesión.

5. 2. Planteo del problema

Quizás como una limitación propia de una profesión joven que pugna por la conformación de su identidad, son escasos los trabajos científicos en relación con el AT. En términos generales, la literatura existente sobre la función del AT da cuenta de su eficacia a través de descripciones o relatos de experiencias clínicas donde la impronta del "Acompañamiento como Terapéutico" es un nodo común, la cual, se conforma como una fuente de justificación de las intervenciones de este agente de Salud. Una definición sintética y emblemática en tal sentido es la esbozada por Gruska y Dimenstein (2015) acerca de la rehabilitación psicosocial de pacientes psiquiátricos crónicos y las políticas

de salud mental en Brasil, quienes *describen al AT como un dispositivo terapéutico* cuya intervención se centra en los vínculos y en las relaciones establecidas entre el paciente y su red social. En esta misma línea, en una publicación reciente de Kuras de Mauer (2017) se reafirma esta concepción del AT como un "Espacio Vincular", lo cual, es expresado de esta manera:

Cuando éramos convocados a acompañar teníamos que inventarlo todo. En el encuentro con el paciente, el AT auscultaba, tanteaba, exploraba y en el vínculo se gestaba el guión. Así como en los comienzos enfatizamos el rol del AT y su eficacia clínica, ahora pensamos el AT en términos de dispositivo. En general, con los AT, se gestan modalidades transferenciales fusionales o persecutorias. Pero, más allá de las vicisitudes transferenciales, cabe destacar que el AT es esencialmente un espacio vincular. (p. 92)

Es decir, según Ferro García y Vives Montero (2004), en este recorrido de las acciones (teóricas y legales) que vienen consolidando la figura del AT como profesional de la salud, cobran relevancia dos aspectos que deberían dar cuenta de la científicidad de dicha práctica, a saber:

1) Estudios empíricos que avalen cuáles variables del "Espacio vincular" o de la "Persona del AT como dispositivo terapéutico" influyen en la intervención terapéutica.

2) En relación con lo anterior, se asigna la "Eficacia Clínica" al acto clínico mismo del espacio vincular del agente de salud (AT) y paciente, sin estudios empíricos que pongan a prueba la capacidad que tiene este "dispositivo terapéutico" para producir cambios psicológicos en la dirección esperada que sean claramente superiores a los de la no intervención y los de otros tratamientos estándar disponibles (Ferro García y Vives Montero, 2004).

A la luz de lo antes expuesto, y en virtud de mis recursos disponibles, surge este proyecto de tesis doctoral que se focalizará en el primer aspecto antes mencionado. Es decir, en desarrollar una investigación donde se estudie con mayor rigurosidad científica los factores intervinientes en la "Persona del AT" y qué variables del proceso vincular modulan la intervención terapéutica, lo que en la literatura existente se denomina "intervención centrada en los espacios vinculares" (Frank et al., 2017; Gruska y Dimenstein, 2015; Kuras de Mauer, 2017). En virtud de este objetivo, se tomará como referencia la línea de investigación empírica liderada por Fernández-Álvarez acerca del EPT (Fernández-Álvarez, 1998; García y Fernández-Álvarez, 2007). Dicha línea ha proporcionado hallazgos significativos sobre las variables que participan en el proceso y el resultado de la psicoterapia, a través de estudios centrados en las características del

paciente, del terapeuta y de la relación terapéutica, con replicaciones en distintos países como Cuba, Ecuador, España, Guatemala, Polonia, Portugal, Estados Unidos de Norteamérica, además de Argentina (Rial et al., 2006).

5. 3. Objetivos

5. 3. 1. *Objetivo general*

Analizar la relación entre el estilo personal del acompañante terapéutico (EPAT), estilos de apego, dirección de intereses, poblaciones clínicas que asisten y orientación teórica - técnica.

5. 3. 2. *Objetivos específicos*

- Identificar si existe relación entre el EPAT y los estilos de apego.
- Analizar si existe relación entre el EPAT y la dirección de intereses.
- Analizar si el EPAT difiere según las poblaciones clínicas que se asisten.
- Analizar si el EPAT difiere según la orientación teórica - técnica del dispositivo terapéutico a la cual adhiere el AT.
- Adaptar y validar en AT de Argentina el Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (Fernández-Álvarez et al., 2003).
- Adaptar y validar en AT de Argentina el Cuestionario de Dirección de Intereses (Caine et al., 1981).

5. 4. Hipótesis

En virtud del marco teórico y las investigaciones expuestas, las hipótesis que guiarán la presente investigación serán las siguientes:

Hipótesis 1: Los AT que poseen un estilo de apego ansioso tienden a incluirse en dispositivos terapéuticos más pautados, presentan una menor tendencia a la espontaneidad y no permiten que el consultante se aleje de los objetivos propuestos en el tratamiento.

Hipótesis 2: Los AT con una dirección de intereses interna tienden a un estilo personal espontáneo.

Hipótesis 3: Los AT con una dirección de intereses externa tienden a un estilo personal sujeto a pautas.

Hipótesis 4: El estilo personal de los AT que trabajan con niños tienden a una mayor flexibilidad en el encuadre, las intervenciones y las técnicas que aquellos que asisten a otras poblaciones.

Hipótesis 5: El estilo personal de los AT que trabajan con consultantes con trastornos mentales tienden a poseer mayor distancia expresiva, menor grado de involucración y actúan de manera más pautada que otros grupos de asistencia.

Hipótesis 6: La orientación teórica - técnica del dispositivo terapéutico a la cual adhiere el AT influye en el estilo personal en el área del establecimiento del encuadre, las intervenciones y las técnicas.

5. 5. Método

5. 5. 1. *Diseño y alcance del estudio*

El diseño de esta investigación es transversal y el alcance descriptivo, correlacional y de comparación de grupos. En concordancia con Hernández Sampieri et

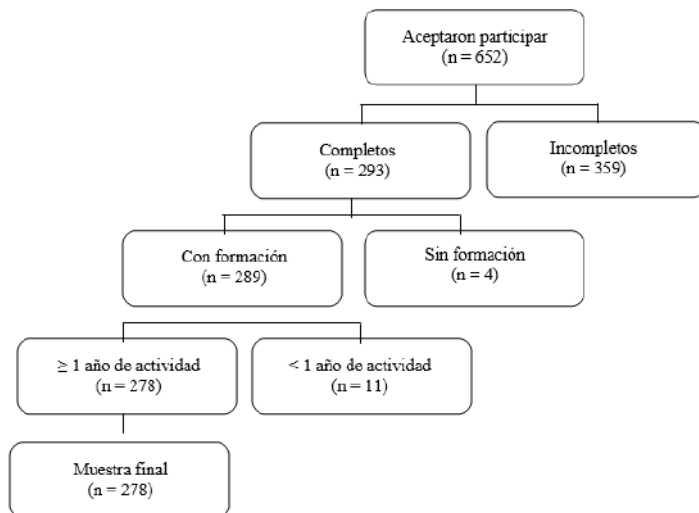
al. (2006), en este tipo de diseño se describen fenómenos, miden y analizan las asociaciones entre variables y se comparan grupos.

5. 5. 2. Muestra

El muestreo se llevó a cabo en el año 2022 y fue no probabilístico e intencional. Los criterios de inclusión fueron: 1) poseer el Título de Técnico en Acompañamiento Terapéutico u otro tipo de formación y 2) presentar un mínimo de 1 año de actividad en el trabajo de Acompañamiento Terapéutico en la Argentina. Asimismo, se solicitó consentimiento informado (ver Anexo 1).

La muestra final se conformó por 278 AT (hombres y mujeres) que ejercen en diferentes ciudades de la Argentina (ver Figura 2).

Figura 2. Conformación de la muestra

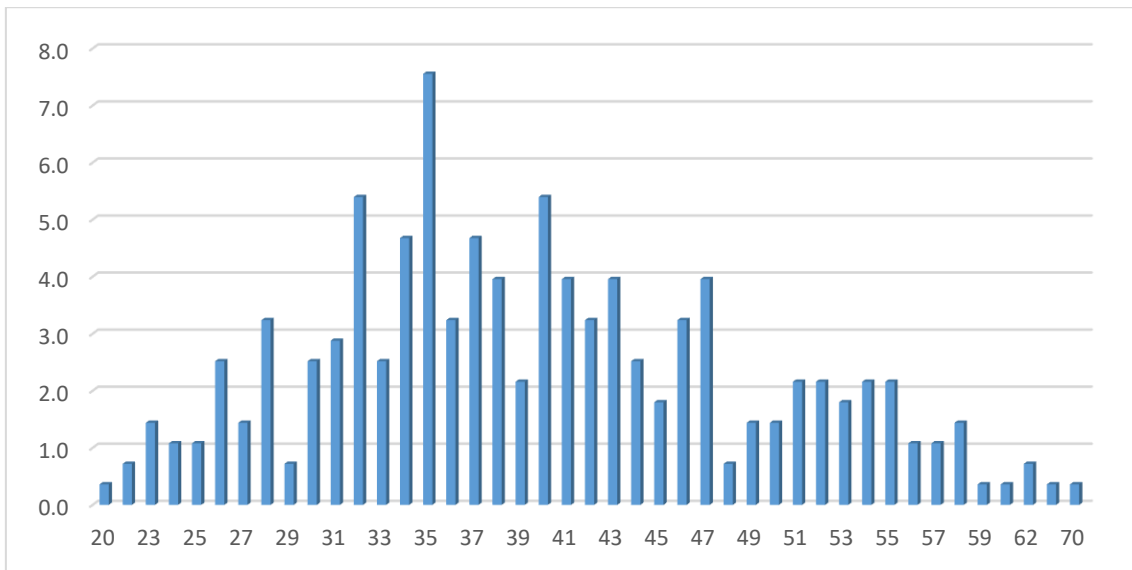


5. 5. 2. 1. Características de la muestra

5. 5. 2. 1. 1. Características sociodemográficas

La muestra está compuesta por un 90.3% de mujeres (n = 251) y un 9.7% de hombres (n = 27). La edad mínima fue de 20 años y la máxima de 70 años (ver Figura 3), siendo la edad promedio de 39.75 años (DE = 9.42).

Figura 3. *Distribución de edad en la muestra*



En relación con el lugar de nacimiento y residencia, todos los AT son de Argentina y pertenecen a diferentes partes del país (ver Figuras 4 y 5).

Figura 4. *Lugar de nacimiento*

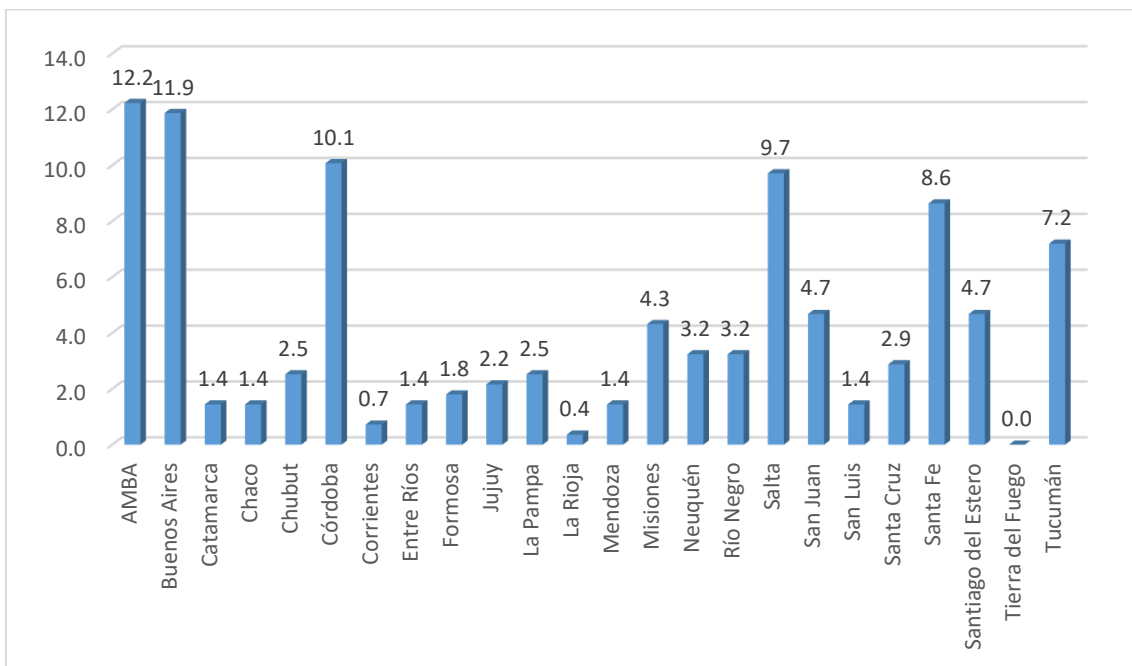
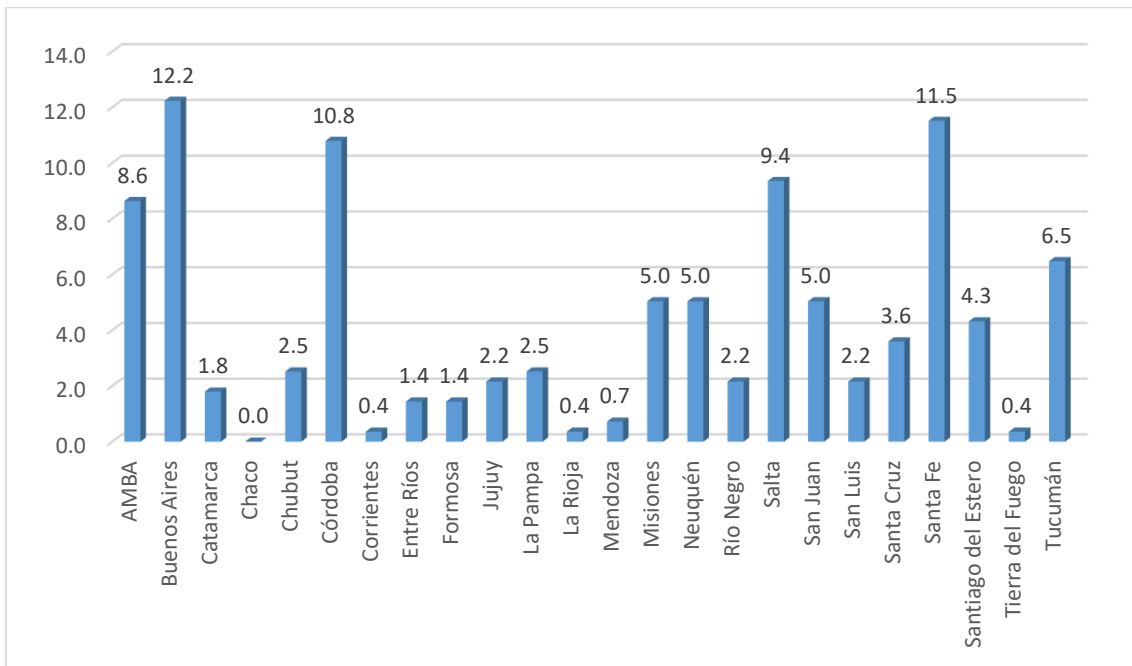


Figura 5. Lugar de residencia



En relación con el estado civil, el 44.6% se encuentra soltero, el 42.1% es casado o concubino, el 12.9% separado o divorciado y el 0.4% viudo (ver Figura 6). La mayoría tiene hijos (64.4%) (ver Figura 7), oscilando la cantidad entre 1 y 9 (ver Figura 8).

Figura 6. Estado civil

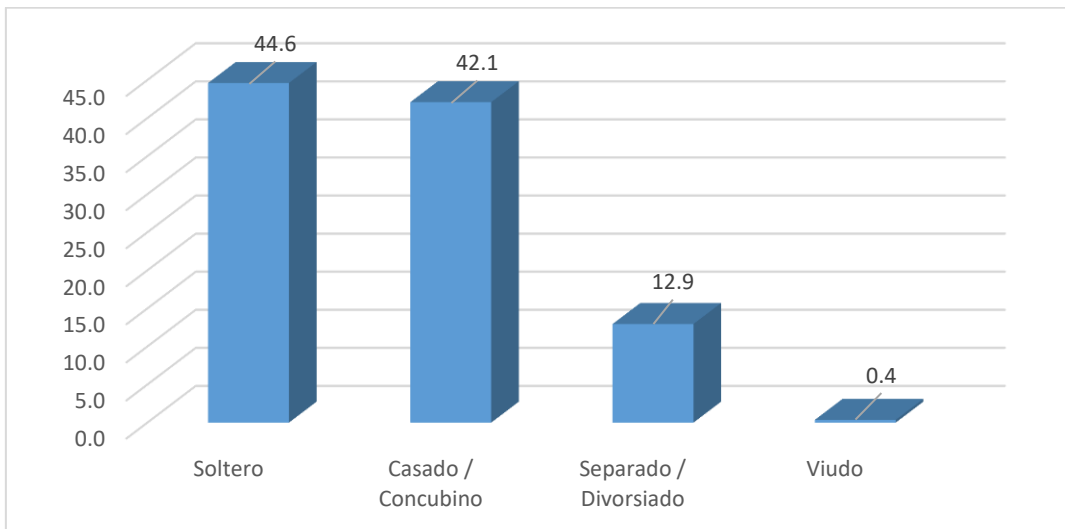


Figura 7. *Presencia de hijos en la muestra*

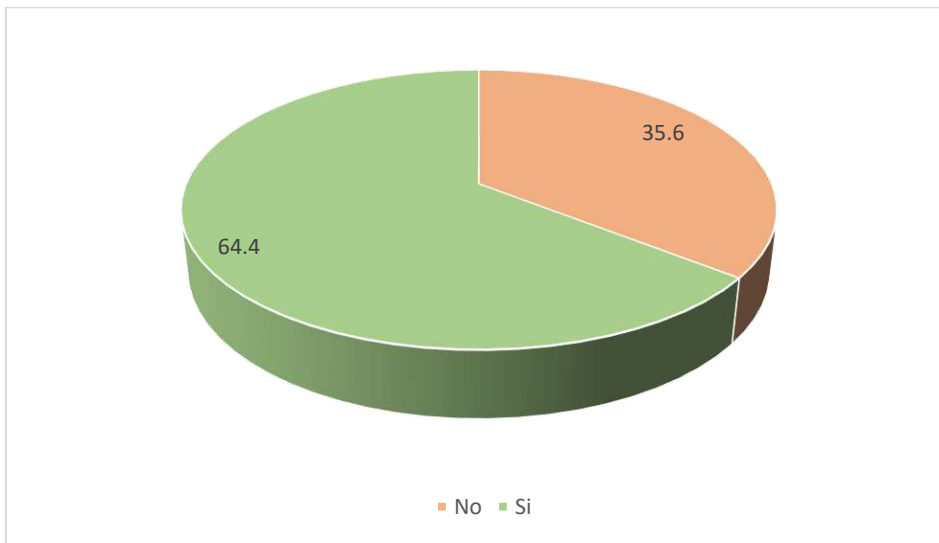
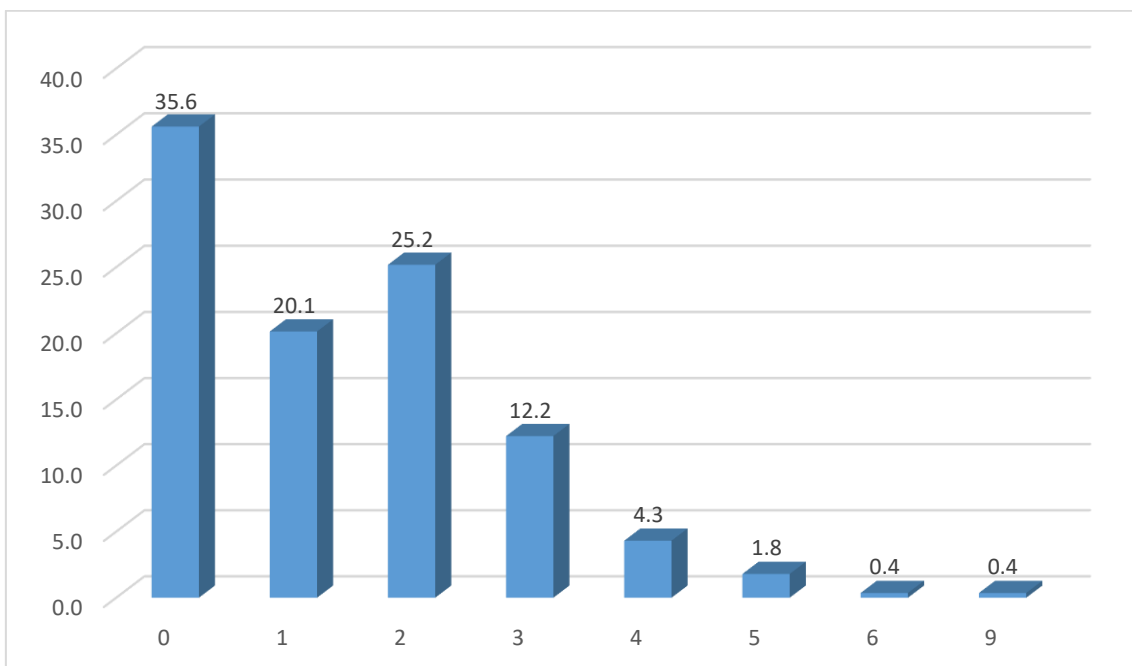


Figura 8. *Cantidad de hijos en la muestra*



5. 5. 2. 1. 2. Características del rol de acompañante terapéutico

La mayoría de los AT presenta terciario completo (51.4%), los restantes universitario incompleto (23.0%) y universitario completo (25.5%) (ver Figura 9). Todos llevaron a cabo formación como AT: el 89.6% marcó carrera y el 82% curso (habiendo AT que realizaron carrera y curso) (ver Figuras 10 y 11).

Figura 9. Nivel de estudio de la muestra

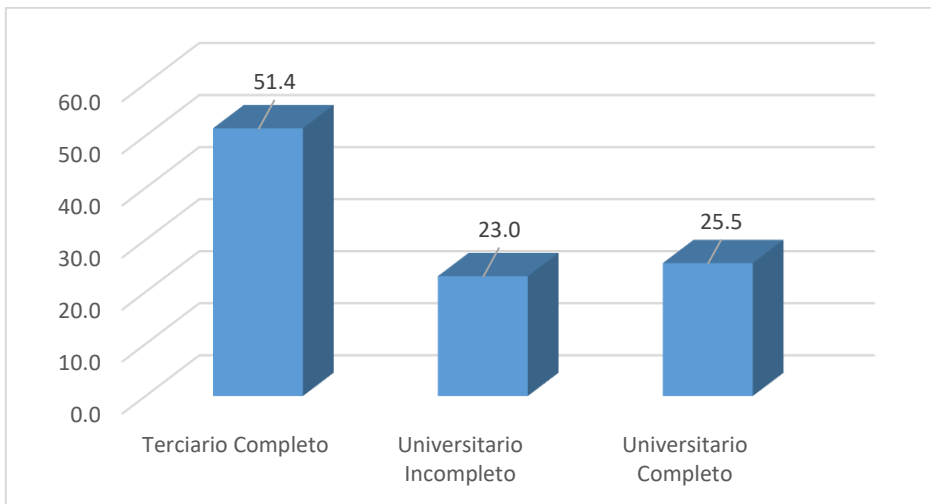


Figura 10. Realización de carrera

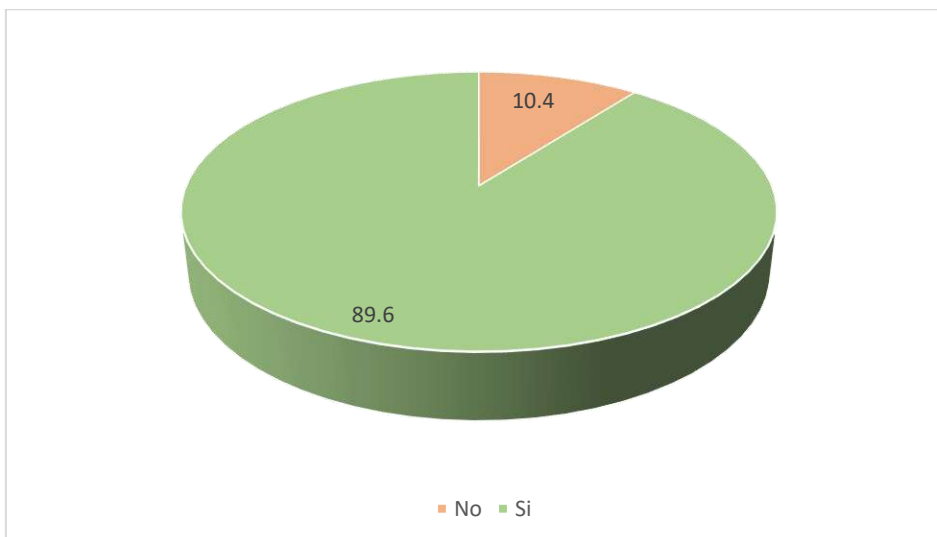
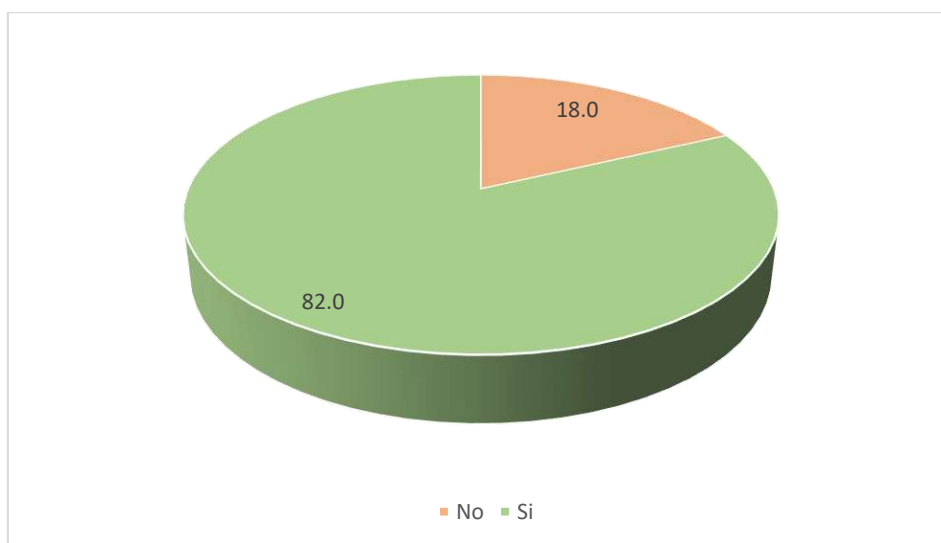


Figura 11. *Realización de curso*



Los AT tienen entre 1 y 25 años de antigüedad en su rol, siendo la media de 4.85 años (DE = 4.18) (ver Figura 12). Históricamente, asistieron un promedio de 9.15 consultantes (DE = 10.68, Mínimo = 1, Máximo = 70) (ver Figura 13). En la actualidad se encuentran asistiendo un promedio de 2.91 (DE = 4.24, Mínimo = 0, Máximo = 50) (ver Figura 14). Es importante destacar que hay 28 AT que en la actualidad se encuentran sin consultantes (por receso escolar u otros motivos) y quienes tienen varios consultantes es porque trabajan en dispositivos grupales o como agentes de instituciones legales. Asimismo, en promedio trabajan 15.43 horas semanales (DE = 12.87, Mínimo = 0, Máximo = 48) (ver Figura 15).

Cabe destacar que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas por género en: antigüedad [$t(276) = -0.73, p = .468$], cantidad de consultantes asistidos anteriormente [$t(276) = 0.74, p = .462$], cantidad de consultantes asistidos en la actualidad [$t(276) = 1.08, p = .283$] ni cantidad de horas semanales de trabajo en la actualidad [$t(276) = 0.43, p = .668$].

Figura 12. Antigüedad

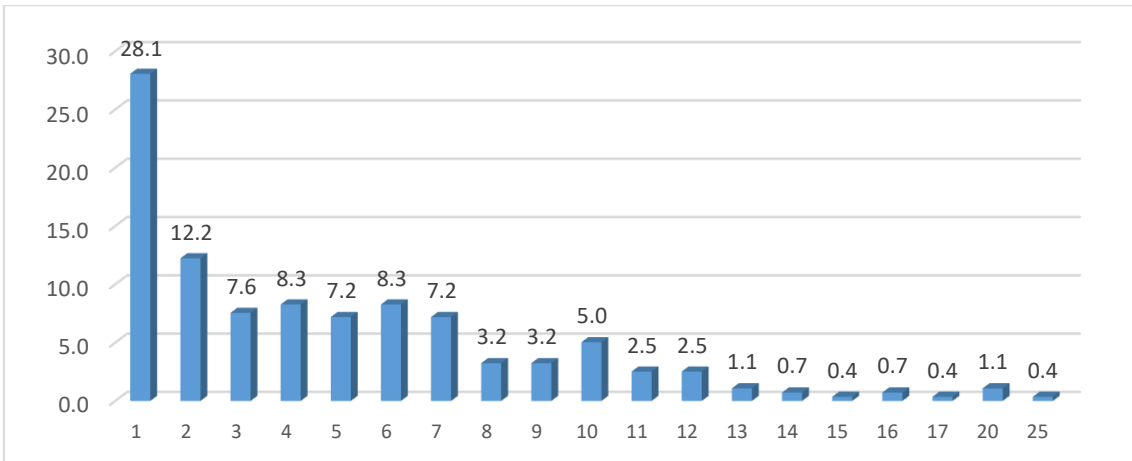


Figura 13. Cantidad de consultantes asistidos anteriormente

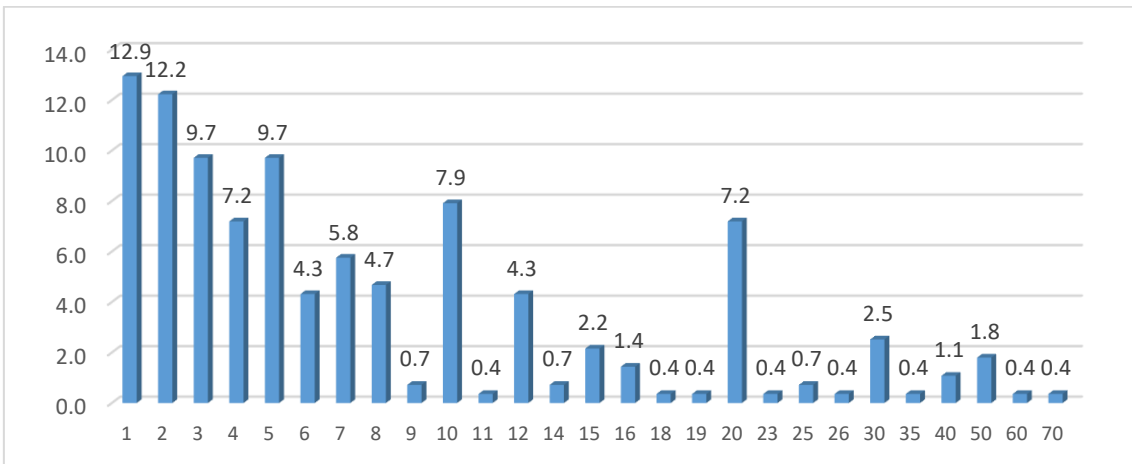


Figura 14. Cantidad de consultantes asistidos en la actualidad

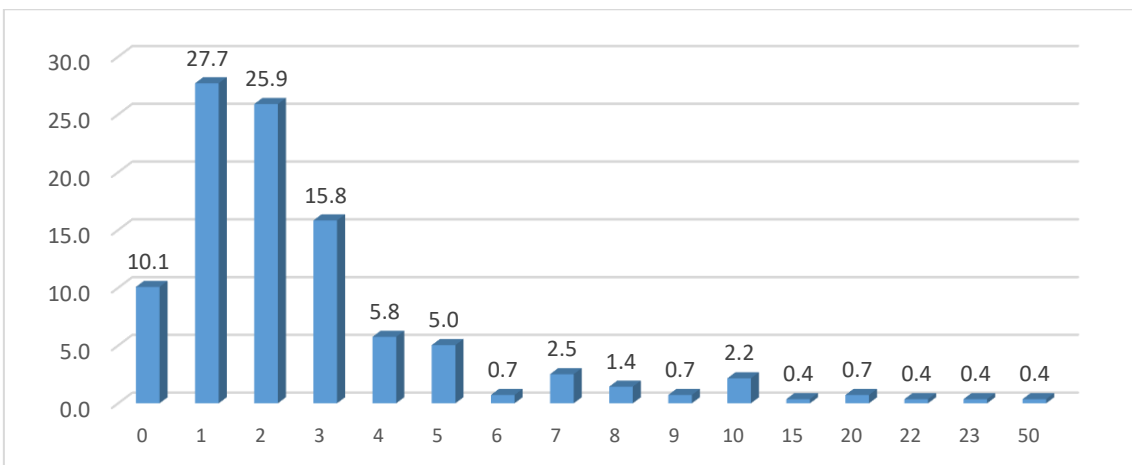
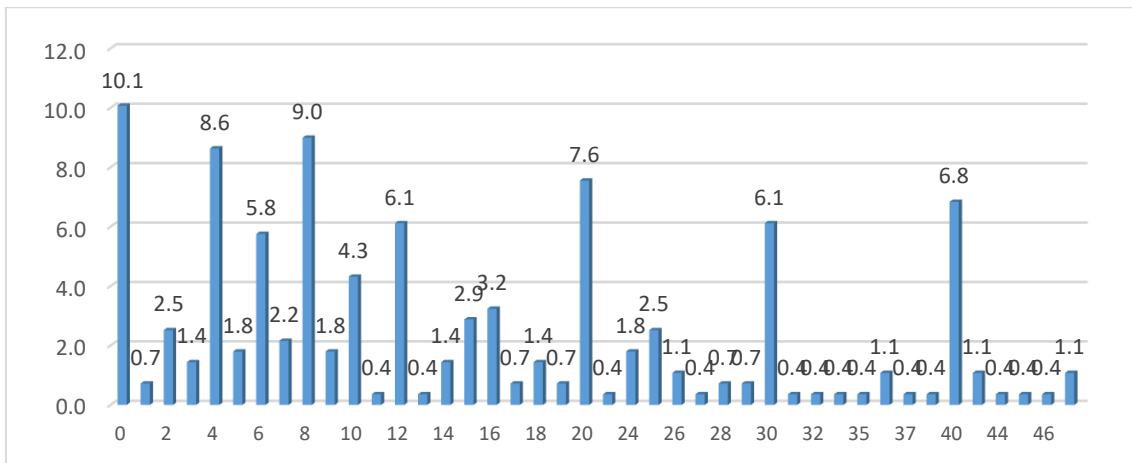


Figura 15. Cantidad de horas semanales de trabajo en la actualidad



Sólo un tercio de los AT son miembros de alguna asociación que nuclea AT (30.2%) (ver Figura 16). El 69.8% de la muestra no pertenece a ninguna, el 26.3% a una, el 2.9% a dos, el 0.7% a tres y el 0.4% a cuatro (ver Figura 17). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas por género [$t(82) = -0.41, p = .682$]. En la Figura 18 se presentan las asociaciones a las cuales son miembros.

Figura 16. Miembro de asociaciones que nuclean AT

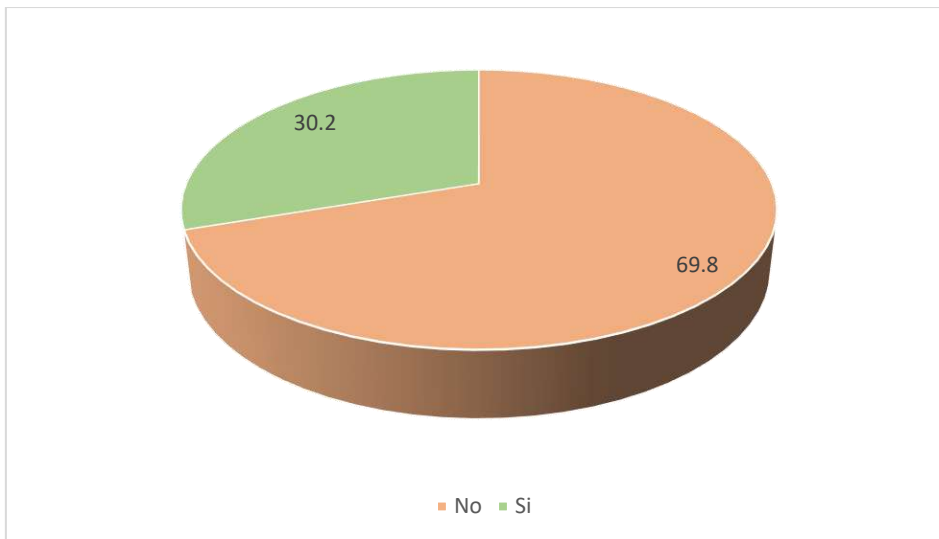


Figura 17. Cantidad de asociaciones que nuclean AT a las que son miembros los integrantes de la muestra

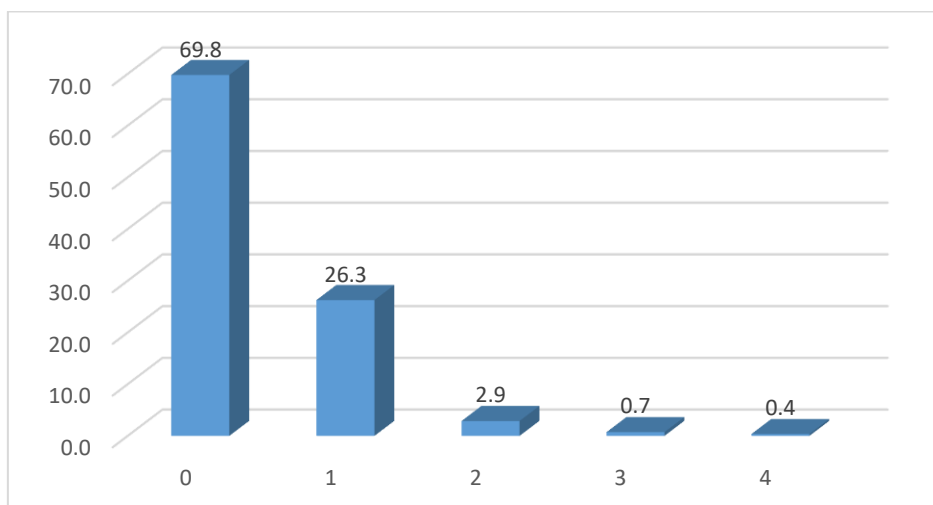
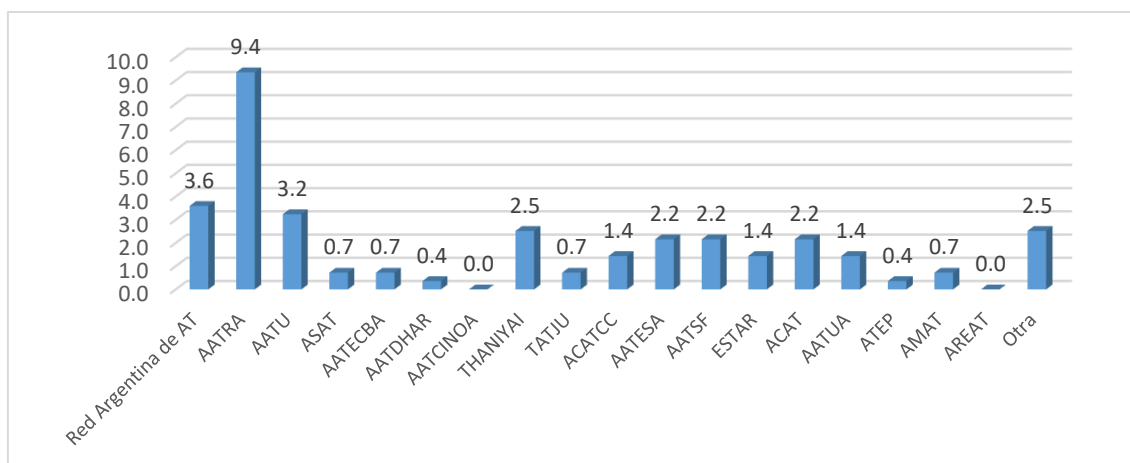


Figura 18. Asociaciones a las cuales son miembros los integrantes de la muestra



Nota. Red Argentina de AT: Red Argentina de Asociaciones y Agrupaciones de AT. AATRA: Asociación de AT de la República Argentina. AATU: Asociación de AT Universitarios de San Juan. ASAT: Asociación Sanluiseña de AT. AATECBA: Asociación de AT de Ciudad de Buenos Aires. AATDHAR: Asociación de AT Humanistas de Argentina. AATCINO: Asociación de AT Cognitivos - Integrativos del NOA. THANIYAI: Asociación de AT de Santiago del Estero. TATJU: Asociación de AT de Jujuy. ACATCC: Asociación Civil de AT Comunitarios de Chubut. AATESA: Asociación de AT de Salta. AATSF: Asociación de AT de Santa Fe. ESTAR: Asociación de AT de San Luis. ACAT: Asociación Cordobesa de AT. AATUA: Asociación de AT de Río Negro (Unidos para Acompañarte). ATEP: Asociación de AT del Paraná. AMAT: Asociación Marplatense de AT. AREAT: Asociación Regional de AT de Mar del Plata. Otra: En esta opción aclararon: Asociación de AT de Formosa (un participante), Red de AT de Río Gallegos (un participante), Asociación Simple Neuquina de AT en Acción (dos participantes), Colegio de AT de Entre Ríos (dos participantes) y Asociación AT de Olavarría (un participante).

Casi la mitad de los AT (47.1%) asisten a consultantes con trastornos del desarrollo y discapacidad, el 38.1% con trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, adicciones, trastornos alimentarios, otros), el 7.9% con enfermedades médicas (Cáncer, ACV, otros), el 3.6% respondió otra (todos ellos explicaron que acompañan adultos mayores) y el 3.2% sujetos en proceso judicial (ver Figura 19). También se les preguntó cuál es la etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT. El 38.8% respondió niños, el 16.9% adolescentes, el 29.1% adultos y el 15.1% tercera edad (ver Figura 20). Además, se les consultó por la gravedad de los mismos. El 20.5% respondió leve, el 55.8% moderada y el 23.7% grave (ver Figura 21).

Figura 19. *Población que asiste*

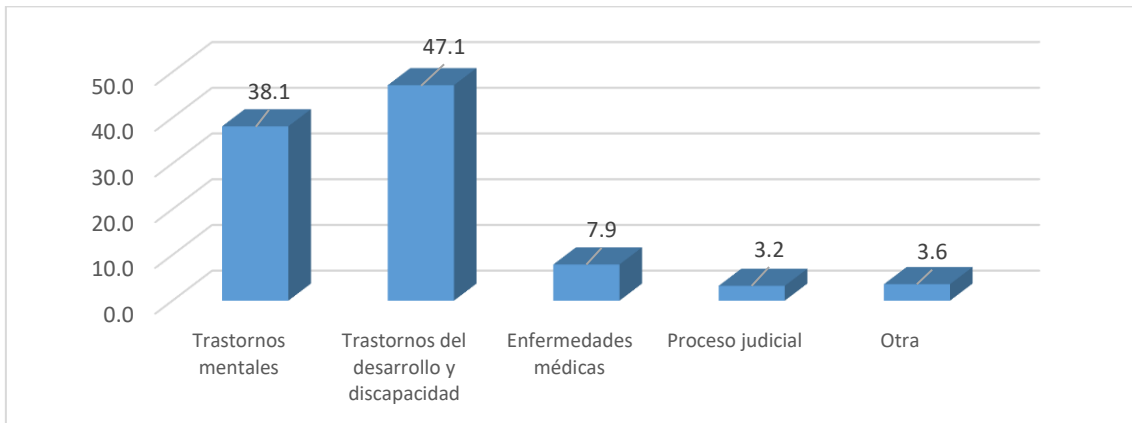


Figura 20. *Etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT*

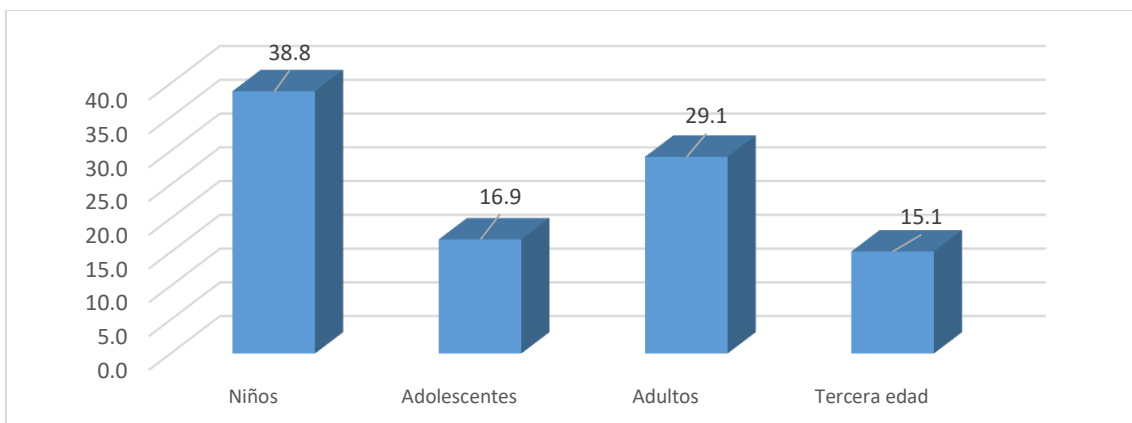
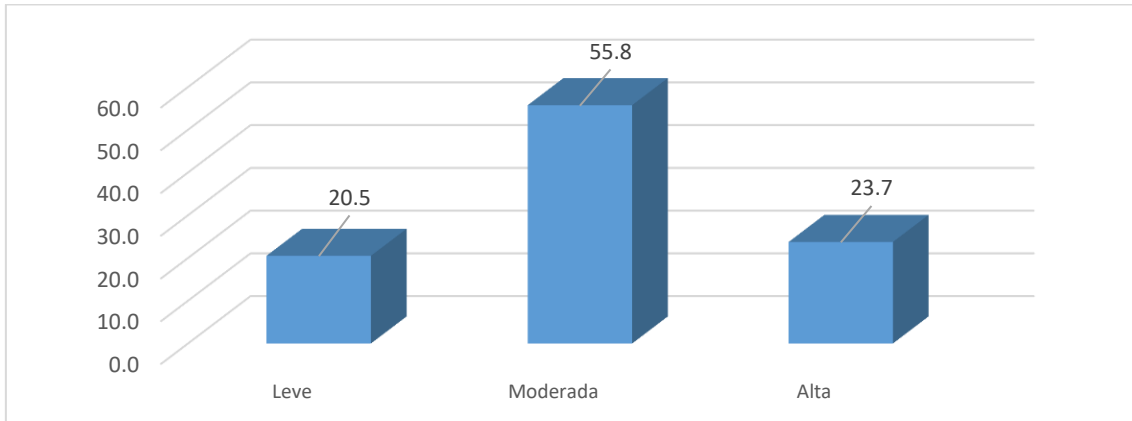
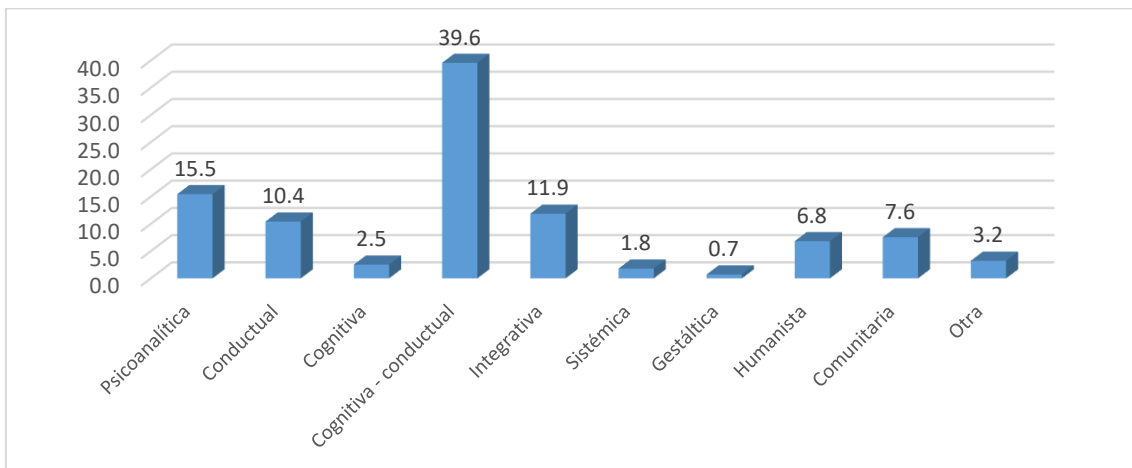


Figura 21. Gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT



Por otra parte, se les consultó sobre su orientación teórica - técnica como AT: el 39.6% respondió cognitiva - conductual, el 15.5% psicoanalítica, el 11.9% integrativa, el 10.4% conductual, el 7.6% comunitaria, el 6.8% humanista, el 3.2% otra (nombraron holística, movimiento de la vida independiente, combinación de varias orientaciones y elección de alguna dependiendo del caso), el 2.5% cognitiva, el 1.8% sistémica y el 0.7% gestáltica (ver Figura 22).

Figura 22. Orientación teórica - técnica como AT



En relación con su marco de trabajo y teniendo en cuenta que los AT pueden desempeñarse en institución pública, obra social o de manera privada: la mayoría (64.0%) marcó una opción, el 27.7% dos opciones y el 8.3% las tres opciones (ver Figura 23). Asimismo, el 69.4% de manera privada, el 44.6% en obra social y el 30.2% trabaja en institución pública (ver Figura 24).

Figura 23. Cantidad de modalidades de trabajo como AT

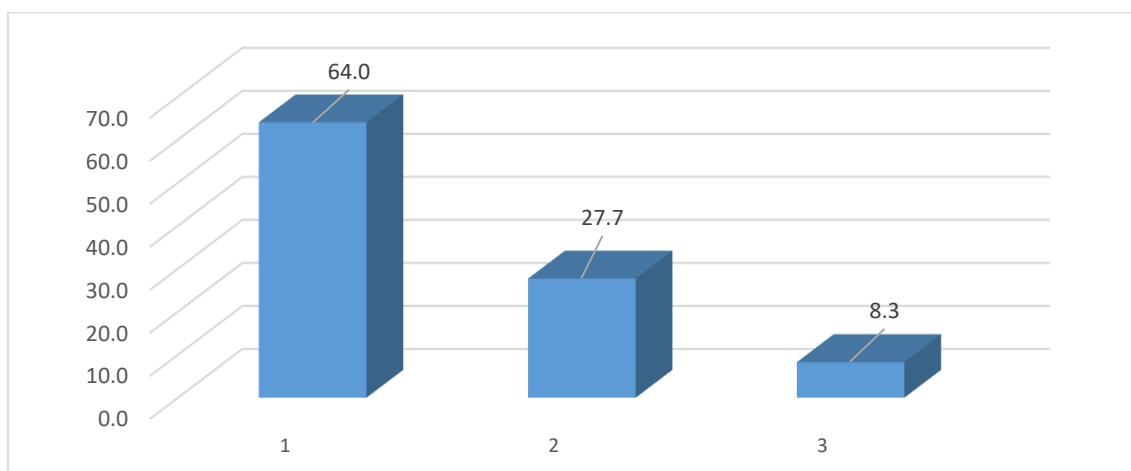
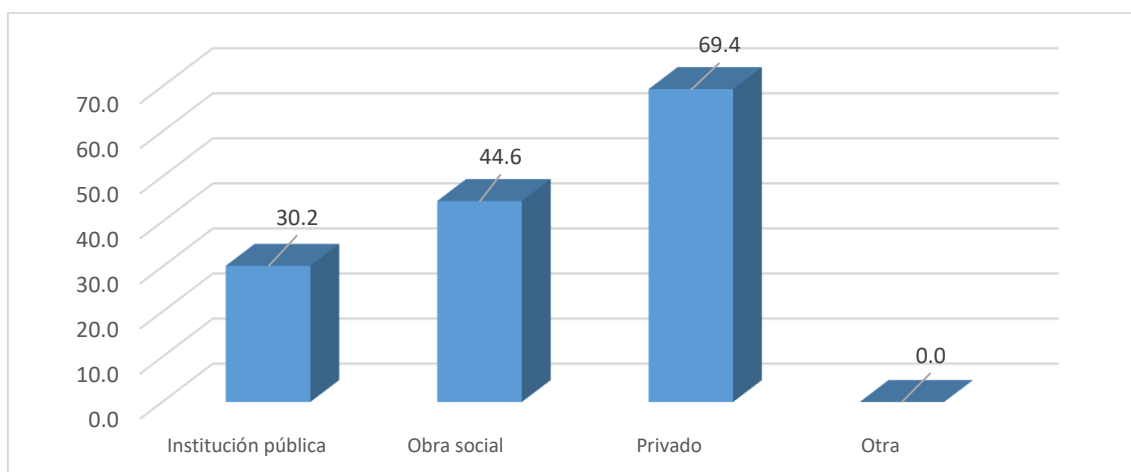


Figura 24. Modalidad de trabajo como AT



También, se les consultó en qué tipo de institución trabajan: la mayoría (77.3%) marcó una opción, el 16.2% dos opciones, el 4.7% tres opciones y el 1.8% cuatro opciones (ver Figura 25). Asimismo, el 46.0% marcó de profesional de práctica privada, el 32.7% institución vinculada a la educación, el 22.7% institución asistencial de salud, el 12.9% institución integrada por diferentes tipos de profesionales, el 7.2% institución vinculada al área comunitaria, el 5.8% institución de AT y el 3.6% institución vinculada al área judicial (ver Figura 26).

Figura 25. Cantidad de instituciones en las que trabaja como AT

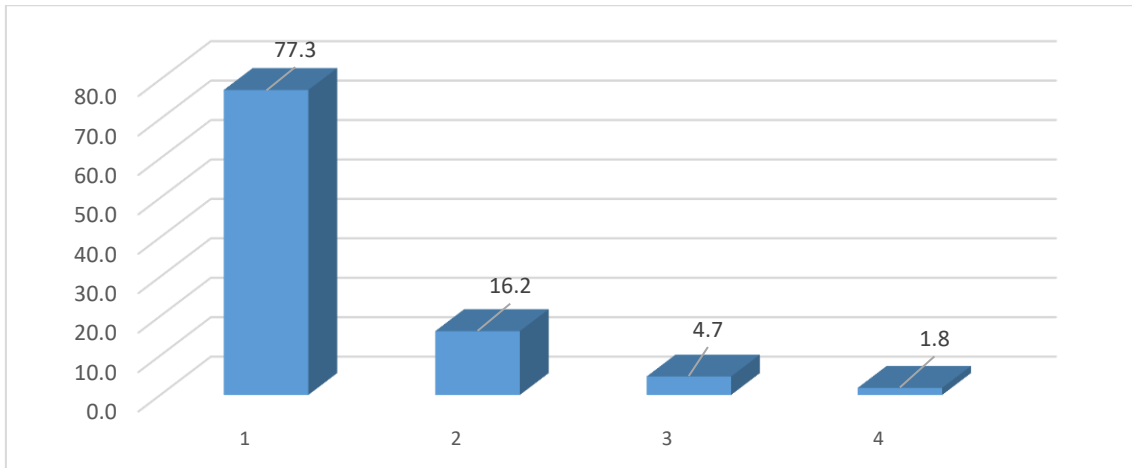
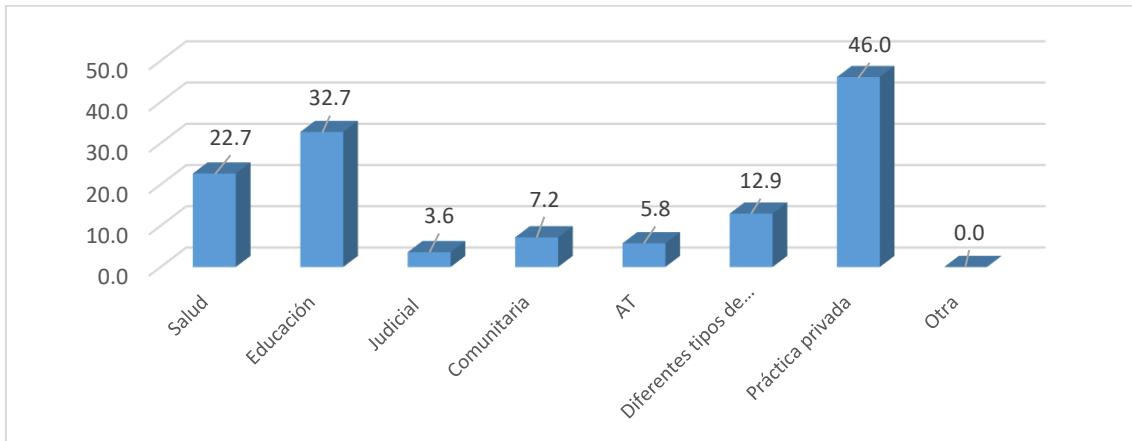


Figura 26. Tipo de institución en la que trabaja como AT



5. 5. 3. Instrumentos de evaluación

En el estudio se utilizaron diferentes instrumentos autoadministrables con el propósito de evaluar las variables.

5. 5. 3. 1. Cuestionario de obtención de datos socio-demográficos y del ejercicio de la práctica diseñado especialmente para esta investigación

El cuestionario (ver Anexo 2) incluye preguntas sobre género, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, estado civil, cantidad de hijos, y nivel de estudios. También indaga sobre características del rol de AT: formación (carrera y curso), antigüedad, cantidad de consultantes asistidos anteriormente, cantidad de consultantes asistidos en la actualidad, cantidad de horas semanales de trabajo en la actualidad,

pertenencia a asociaciones que nuclean AT, población que asiste (trastornos mentales, trastornos del desarrollo y discapacidad, enfermedades médicas, proceso judicial y otra), etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT (niños, adolescentes, adultos y el tercera edad), gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT (leve, moderada y grave), orientación teórica - técnica como AT (psicoanalítica, conductual, cognitiva, cognitiva - conductual, integrativa, sistémica, gestáltica, humanista, comunitaria, otra), modalidad de trabajo como AT (institución pública, obra social, privado, otra), tipo de institución en la que trabaja como AT (institución asistencial de salud, institución vinculada a la educación, institución vinculada al área judicial, institución vinculada al área comunitaria, institución de AT, institución integrada por diferentes tipos de profesionales, profesional de práctica privada y otra).

5. 5. 3. 2. *Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C, Fernández-Álvarez et al., 2003) adaptado y validado para la población de acompañantes terapéuticos (EPAT-C)*

El cuestionario (ver Anexo 3) consta de 36 ítems que se responden en una escala tipo Likert cuyos puntajes van de 1 a 7 (*total desacuerdo a total acuerdo*) para los ítems directos y a la inversa para los ítems indirectos. Evalúa 5 funciones que se despliegan durante los procesos psicoterapéuticos: función instruccional, expresiva, involucración, atencional y operativa.

Los autores del constructo han planteado que el EPT también puede ser evaluado a través de dos dimensiones hipotéticas básicas: una relacionada con lo predominantemente técnico y la otra asociada con la relación terapéutica (Castañeiras et al., 2008). La primera dimensión hace referencia a los mecanismos atencionales de búsqueda y selección de la información y a las operaciones terapéuticas. La segunda, está asociada con los aspectos motivacionales, la relación terapéutica o los llamados factores comunes de la psicoterapia. Esto incluye la regulación emocional y el ajuste en el grado de involucración en la relación con el paciente y con la terapia.

Según Fernández-Álvarez et al. (2003) el EPT-C demostró propiedades psicométricas adecuadas al evaluar confiabilidad y estabilidad a través tiempo En relación con la consistencia interna, los α de Cronbach resultaron adecuados (0.76 para Operativa, 0.75 para Involucración, 0.80 para Atencional, 0.75 para Expresiva, 0.69 para

Instruccional). La composición factorial obtenida sugiere adecuada validez teórica de las dimensiones postulado.

Cabe destacar que los autores originales (Fernández-Álvarez et al., 2003) llevaron a cabo un análisis factorial exploratorio utilizando el método de extracción de componentes principales con rotación varimax. En dicho estudio se observó que los ítems se agruparon en 4 factores: en el primero aparecieron mezclados ítems de las subescalas Atencional y Operativa, en el segundo se incluyeron ítems de la subescala Involucración, en el tercero de la subescala Expresiva y en el cuarto de la subescala Instruccional. No obstante, los autores decidieron conservar 5 subescalas dado que consideraron relevante la diferencia conceptual y práctica entre las subescalas Atencional y Operativa. También se observó alta correlación entre las dimensiones atencional y operativa, y entre las dimensiones expresiva e involucración. Por lo cual, explicaron que se podría caracterizar el estilo personal del terapeuta con 2 dimensiones básicas: 1) cognitiva (incluye las funciones atencional y operativa) y 2) motivacional-emocional (incluye las funciones expresiva e involucración). Asimismo, el aspecto instruccional podría combinar aspectos de las 2 dimensiones.

Por otra parte, Castañeiras et al. (2008) evaluaron las propiedades psicométricas de una escala abreviada del EPT-C. Luego de analizar los ítems desde un enfoque conceptual (contenido y validez aparente) y psicométrico (α de Cronbach si se elimina el elemento) quedaron seleccionados 21 ítems. Mediante un análisis factorial confirmatorio se observó un buen ajuste de los datos al modelo de 5 factores principales que son contenidos por 2 factores de segundo orden: 1) aspectos técnicos (incluye las funciones atencional y operativa) y 2) aspectos relacionales (incluye las funciones expresivas, involucración e instruccional). También analizaron la correlación entre los factores. Se hallaron asociaciones significativas y positivas entre el factor Atencional y el factor Operativo y entre el factor Involucración y el factor Expresivo. Mientras que se observaron asociaciones significativas negativas entre el factor Involucración y el factor Instruccional. En relación con la consistencia interna, los α de Cronbach resultaron adecuados (0.75 para Operativa, 0.72 para Involucración, 0.71 para Atencional, 0.70 para Expresiva, 0.60 para Instruccional).

Otro estudio psicométrico (García et al., 2009) identificó una estabilidad temporal satisfactoria y una buena consistencia interna entre los ítems de cada dimensión (α de Cronbach). La composición factorial obtenida sugiere una adecuada validez teórica para esas dimensiones que, conjuntamente, explican el 40.1% de la varianza total.

La escala también fue adaptada en Chile (Bergeret et al., 2010). Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio utilizando el método de extracción de análisis de eje principal con una rotación promax. Se identificó una estructura compuesta por 4 factores: Expresividad Emocional, Operativo-Atencional, Instruccional e Involucración. Luego de un análisis de conglomerados jerárquico. Se concluyó que la solución de 2 conglomerados resultaba ser la más adecuada. El primer conglomerado se asoció con el factor Instruccional y el segundo con los factores Expresividad Emocional e Involucración. De este modo, se observaron dos grupos de terapeutas: unos centrados en el encuadre y otros en la focalización del tratamiento y la involucración con el paciente. Lo cual es consistente con la propuesta de Castañeiras et al. (2008), respecto de las dimensiones hipotéticas básicas que resumirían el estilo personal del terapeuta. Asimismo, observó que de las seis posibles relaciones entre los factores únicamente dos resultaron significativas: Expresión Emocional presentó una correlación significativa directa con Involucración y una correlación significativa inversa con Instruccional. En relación con la consistencia interna, los α de Cronbach resultaron adecuados (0.79 para Operativo-Atencional, 0.78 para Expresividad Emocional, 0.75 para Instruccional, y 0.64 para Involucración).

5. 5. 3. 3. *Cuestionario de Estilos de Apego (CEA, versión argentina: Casullo y Fernández Liporace, 2004)*

El cuestionario (ver Anexo 4) consta de dos partes que evalúan el apego en dos contextos diferenciados: el de las diadas no románticas (11 ítems) y el de los vínculos románticos (9 ítems). Es una escala de tipo Likert de 1 a 4 (*casi nunca* hasta *casi siempre*). La consistencia interna medida mediante el α de Cronbach resultó aceptable (.57 para diadas no románticas y .61 para los vínculos románticos) en el contexto del bajo número de reactivos que posee el instrumento (Casullo y Fernández Liporace, 2004). En cada subescala (diadas no románticas y vínculos románticos) el análisis arrojó tres factores (seguro, ansioso ambivalente y temeroso/evitativo). Para la subescala de diadas no románticas, los tres factores explicaron el 45% de la varianza total y la carga factorial de los factores fue desde 11% al 19%. Asimismo, registraron índices de fiabilidad por factor aceptables (.28 a .60), teniendo en cuenta que se trata de factores compuestos por 2/6 ítems. Por su parte, en la subescala de vínculos románticos, el porcentaje de varianza total explicada fue de 50.4% y la varianza de los factores osciló entre 12% y 20%. Asimismo,

al igual que en la subescala descripta anteriormente, los factores registraron índices de fiabilidad aceptables (.35 a .62). La proporción de varianza descripta por cada factor en las dos subescalas indicó que no existe ningún factor con un valor mayor que otros, evento que revistió relevancia desde el punto de vista teórico (Casullo y Fernández Liporace, 2004). Finalmente, cabe destacar que si bien la varianza total explicada de cada subescala resultó menor a .60, las autoras decidieron tolerar un 10% de discrepancia respecto del criterio más exigente en consideración a lo novel del instrumento que se analizó.

5. 5. 3. 4. Cuestionario de Dirección de Intereses (DIQ, versión original: Caine et al., 1981, versión en español: Corbella et al., 2000)

El cuestionario (ver Anexo 5) consta de 14 ítems que evalúan la tendencia de intereses de la persona (interna o externa). Cada ítem presenta dos opciones de respuesta (una se puntúa 0 y la otra 2 en los directos y al revés en los inversos). La escala es unidimensional: mayor puntaje indica dirección de intereses interna / subjetivo (en términos de interés en ideas, imaginación, teoría, religión, filosofía, no convencionalismo y problemas emocionales) y menor puntaje indica dirección de intereses externa / objetivo (en términos de hechos, problemas prácticos, ciencia, ingeniería, poder, acción y sentido común). En la versión española del DIQ (Corbella et al., 2000) la consistencia interna resultó buena (α de Cronbach = .71) y el análisis factorial confirmatorio indicó un adecuado ajuste de los datos: $\chi^2(35) = 47.60; p = .081; GFI = 0.94; RMSEA = 0.35$. Cabe destacar que las propiedades psicométricas del instrumento mejoran al eliminar el ítem 4 y 5 (Corbella et al., 2000).

5. 5. 4. Procedimiento

En primer lugar, se contactó a las comisiones directivas de las asociaciones profesionales que nuclean AT a lo largo de la República Argentina para solicitar permiso a que se lleve a cabo la investigación. A los mismos se les envió el enlace para completar los cuestionarios. Dado que no todos los AT están nucleados en asociaciones se difundió el enlace en grupos de WhatsApp que tienen el objetivo de transmitir información relevante al AT.

Por otra parte, antes de responder los cuestionarios, a los participantes se les solicitó su consentimiento. En el mismo, se les informó que su participación es voluntaria

y que pueden dejar la investigación cuando lo deseen. Asimismo, se aclaró el objetivo del estudio y que los datos recabados son confidenciales.

En primer lugar, se llevó a cabo la adaptación del EPT-C para que los ítems sean acordes al ámbito del Acompañamiento Terapéutico. También, se realizó la traducción y adaptación socio-cultural del DIQ. Posteriormente, se probaron las propiedades psicométricas de ambos instrumentos en la población de AT. El proceso de adaptación se realizó teniendo en cuenta las directrices de la International Test Comision (2005).

En segundo lugar, los participantes completaron los cuestionarios autoadministrables de manera virtual, a través del sistema Survey Monkey mediante un enlace. Se decidió utilizar una plataforma virtual para maximizar la accesibilidad de la muestra.

5. 5. 5. *Procesamiento estadístico de los datos*

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS (Statistics Package for the Social Sciences) para Windows en su versión 20.0. Además, se utilizó el software SPSS Amos, complemento del SPSS, que permite evaluar modelos de ecuaciones estructurales.

Inicialmente, se llevó a cabo un análisis descriptivo de cada una de las variables. Posteriormente, se evaluó la normalidad y la varianza de los datos con el propósito de elegir una prueba estadística paramétrica o no paramétrica adecuada. La distribución de las variables del estudio se verificó a través de tres métodos independientes, mediante: un examen gráfico (histograma, gráfico q-q y gráfico de tallo y hojas), la prueba Z de Kolmogorov – Smirnov (debido a que el n dentro de cada grupo es mayor a 30), y el análisis de los índices de asimetría y curtosis. Finalmente, considerando el tamaño muestral obtenido, se estima que podrían aplicarse pruebas paramétricas en todas las variables sin afectar la fiabilidad de los resultados obtenidos.

En primer lugar, se estudiaron las propiedades psicométricas del Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C, Fernández-Álvarez et al., 2003) que fue adaptado para la población de AT (EPAT-C) y el Cuestionario de Dirección de Intereses (DIQ, versión original: Caine et al., 1981, versión en español: Corbella et al., 2000) dado que se llevó la adaptación socio-cultural necesaria al ser un instrumento originalmente creado en inglés y validado en población de España.

En segundo lugar, se llevaron a cabo los estudios de comparación de grupos (según la cantidad de subgrupos a comparar se utilizó t de Student o ANOVA -con prueba post hoc DMS-) y correlación (mediante r de Pearson).

5. 6. Aportes que se espera realizar con la tesis

Luego de revisar el estado del arte de la literatura especializada sobre la función del AT como agente de salud (Cossi, 2019; Dragotto y Frank, 2012; Kuras de Mauer et al., 2013; Rossi G., 2007; Suárez, 2023) se observa que se hace referencia a las variables que intervienen tanto en el proceso y como en el resultado de las intervenciones terapéuticas en la vida cotidiana del consultante, tales como el lugar del AT en los equipos interdisciplinarios, el sustento teórico de su función, transferencia - contra transferencia , alianza terapéutica, contextos de aplicación, la formación, competencias legales de su rol y supervisión, entre otros.

En este marco, el aporte que pretende realizar esta tesis doctoral es explorar sobre las variables de la persona del AT que influyen tanto en el proceso como en el resultado de las intervenciones terapéuticas en la vida cotidiana del consultante. Tomando como fuente la evidencia empírica del constructo “Estilo personal del Terapeuta” (García y Fernández-Álvarez, 2007), se pretende saber el conjunto de condiciones singulares que llevan a un AT a actuar de un modo particular en su trabajo en la vida cotidiana de las personas que asiste. En el estudio del estilo personal del AT se pretende conocer los modos particulares de comunicación que se imprimen en el proceso terapéutico cotidiano, tanto en las funciones procedimentales (encuadre terapéutico, intervenciones terapéuticas) y vinculares (el compromiso y la implicación emocional en la relación terapéutica).

Asimismo, avanzar en el estudio del estilo personal del AT permitirá generar líneas de investigación que brinden sustento empírico a las variables personales de los AT que influyen en el desempeño de su práctica profesional.

5. 7. Consideraciones éticas

En esta tesis se procedió según las recomendaciones de la *Propuesta de Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos* (en su versión revisada del año 2002) elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de

Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (2002). Además, se tuvieron en cuenta las pautas éticas propuestas por la American Psychological Association en 1992 con el título de *Ethical Principles of psychologists and code of conduct* (en su versión revisada del año 2010). También se consideraron los lineamientos del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013) aprobado por la Asamblea ordinaria del 10 de abril de 1999 y modificado por la Asamblea Extraordinaria del 30 de noviembre de 2013.

Cabe destacar que se informó el objetivo de la investigación a los sujetos e instituciones participantes y se les solicitó su consentimiento. Además, aseguró el carácter voluntario, la confidencialidad de la información y que el sujeto pueda abandonar la investigación en el momento que desee.

Capítulo 6. Resultados

6. 1. Adaptación de instrumentos

6. 1. 1. Validación del Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) para la población de Acompañantes Terapéuticos (EPAT-C)

Para que el EPT-C (Fernández-Álvarez et al., 2003) pueda ser utilizado en AT se tuvieron que transformar algunos términos de 15 ítems de los 36 originales (ver Tabla 4). Se llevó a cabo una prueba piloto con 40 AT y se concluyó que todos los ítems se comprenden adecuadamente.

Tabla 4. Ítems adaptados al ámbito de los AT

Ítems originales	Modificación
3. “Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión .”	3. “Como AT prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada tarea terapéutica .”
9. “Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios .”	9. “Tiendo a exigir cumplimiento estricto con el encuadre .”
12. “Muchos cambios importantes. en el curso de un tratamiento requieren que el terapeuta opere con un bajo tono emocional.”	12. “Muchos cambios importantes en el curso de un tratamiento requieren que el AT opere con un bajo tono emocional.”
14. “ Los cambios de consultorio afectan negativamente los tratamientos .”	14. “ Cambios no justificados del lugar del tratamiento afecta negativamente al mismo .”
15. “Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso.”	15. “Los verdaderos cambios se producen en el curso de tareas terapéuticas con un clima emocional intenso.”
16. “Me considero un terapeuta que trabaja con un encuadre flexible.”	16. “Me considero un AT que trabaja con un encuadre flexible.”
17. “Me resulta útil revelar algunos de mis aspectos personales en las sesiones .”	17. “Me resulta útil revelar algunos de mis aspectos personales en las tareas terapéuticas .”
19. “ Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio .”	19. “ Suelo trabajar con los pacientes fuera del lugar donde realizo habitualmente las intervenciones como AT .”
25.” Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia .”	25. “ Puedo planear la totalidad de las intervenciones que implementaré en el tratamiento desde que éste se inicia .”
27. “Nunca modifico la duración de las sesiones , a menos que sea imprescindible.”	27. “Nunca modifico la duración de las tareas terapéuticas , a menos que sea imprescindible.”
28. “Si algo me irrita durante una sesión puedo expresarlo.”	28. “Si algo me irrita durante una tarea terapéutica puedo expresarlo.”
30. “Prefiero saber de antemano a qué cosas debo prestar atención en las sesiones .”	30. “Prefiero saber de antemano a qué cosas debo prestar atención en las tareas terapéuticas .”
33. “Procuró dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones .”	33. “Procuró dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las tareas terapéuticas .”
34. “Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá de las sesiones .”	34. “Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá del momento en el cual estoy con ellos .”
36. “Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención.”	36. “Desde el comienzo de las tareas terapéuticas me dispongo a dejar flotar mi atención.”

6. 1. 1. 1. *Propiedades psicométricas*

6. 1. 1. 1. 1. Homogeneidad

En primer lugar, se procedió a analizar la correlación ítem-subescala corregida. Al llevar a cabo ese análisis se observaron los α de Cronbach de las 5 subescalas. Los valores resultaron muy bajos para Atencional (0.02) y Operativa (0.29), lo cual da cuenta de la baja consistencia para representar el constructo que se busca medir. Como en el estudio de los autores originales (Fernández Álvarez et al., 2003) se observó que los ítems de dichas 2 subescalas cargan en un mismo factor se procedió a unificarlos para evaluar el α de Cronbach nuevamente. Como el α aumentó a .39 se decidió observar la correlación ítem-subescala corregida y “ α de Cronbach de la subescala si se elimina el elemento” con los ítems unificados.

Al analizar la correlación ítem-subescala corregida, se observó que 7 ítems presentaron valores muy bajos: 1, 5, 10, 11, 12, 27 y 33, resultando menores a .10. En esta etapa del análisis se decidió conservar dichos ítems para explorar su funcionamiento en la estructura factorial. Aunque luego se va a decidir eliminarlos dado que ciertos autores (García-Bellido et al., 2010) plantean que se debe eliminar el ítem si la correlación ítem-subescala corregida del mismo es cero (como los ítems 1, 5, 11 y 27) o negativa (como los ítems 10, 12 y 33).

Asimismo, se analizó si la eliminación de algún ítem elevaba el coeficiente α de Cronbach mediante el “ α de Cronbach de la subescala si se elimina el elemento”. Con la eliminación de los ítems 5, 10, 12, 27 y 33 el α de Cronbach aumentaría, lo cual indica que dichos ítems no son consistentes con el instrumento. Cabe destacar dichos ítems ya presentaron inconvenientes al analizar la correlación ítem-subescala corregida. Sin embargo, en esta etapa del análisis se decidió conservar dichos ítems para explorar su funcionamiento en la estructura factorial.

6. 1. 1. 1. 2. Análisis factorial

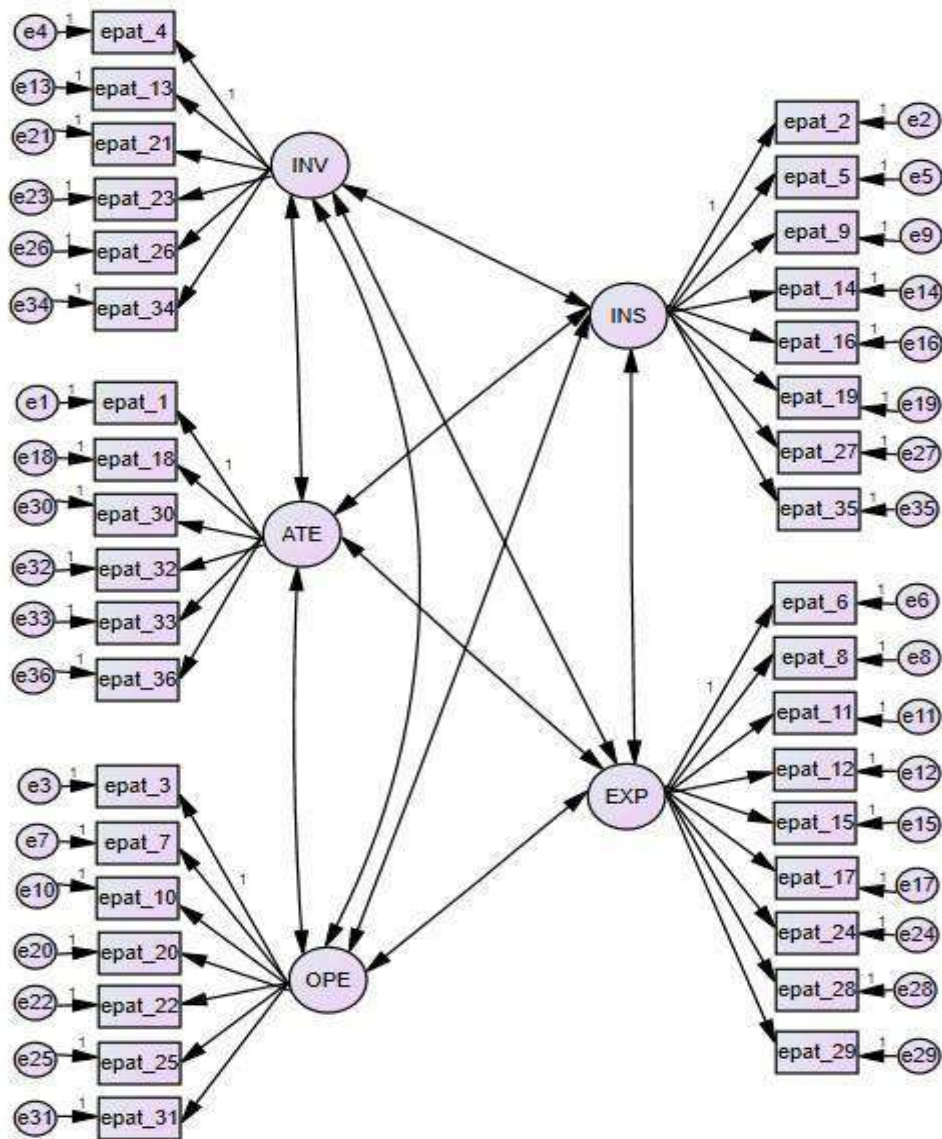
6. 1. 1. 1. 2. 1. Análisis factorial confirmatorio

6. 1. 1. 1. 2. 1. 1. Modelo especificado

En principio se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio teniendo en cuenta seis pasos propuestos por Kline (2011) y la estructura de 5 subescalas elegido por Fernández-Álvarez et al. (2003) desde un punto de vista teórico.

En la especificación del modelo se graficó la asociación entre las variables latentes y las observables (ítems) (ver Figura 27).

Figura 27. Modelo que vincula los ítems con un modelo de 5 factores



Luego de especificar el modelo se procedió a observar los grados de libertad. Dado que el valor de los mismos fue 584 se concluyó que el modelo estaba adecuadamente identificado, lo cual habilita a continuar con el análisis.

Para la estimación de parámetros se utilizó el método de máxima verosimilitud para calcular los valores de los parámetros desconocidos y sus respectivos errores de medición. Luego, se calcularon los índices de ajuste del modelo a los datos (absoluto, comparativo y parsimonioso). Los índices de ajuste absoluto, comparativo y parsimonioso no resultaron adecuados (ver Tabla 5).

Tabla 5. *Índices de ajuste del modelo especificado y los modelos re-especificados*

Índices de ajuste	Criterios de buen ajuste	Modelo especificado 5 factores	Modelo re especificado 4 factores	Modelo re especificado 2 factores
Ajuste Absoluto				
Chi-cuadrado (χ^2)	χ^2 pequeño; $p > .05$	$\chi^2 (584) = 1253$; $p < .001$	$\chi^2 (588) = 1261$; $p < .001$	$\chi^2 (593) = 1343$; $p < .001$
Chi-cuadrado relativo (χ^2/df) (CMIN/DF)	< 3	2.15	2.14	2.26
Índice de bondad de ajuste (GFI)	≥ 0.95	0.77	0.77	0.74
Índice de bondad de ajuste corregido (AGFI)	≥ 0.95	0.74	0.74	0.71
Raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA)	< 0.05	0.06	0.06	0.07
Ajuste comparativo				
Índice de ajuste comparativo (CFI)	≥ 0.95	0.50	0.50	0.44
Índice de Tucker-Lewis (TLI)	≥ 0.95	0.46	0.46	0.41
Índice de ajuste normalizado (NFI)	≥ 0.95	0.37	0.36	0.32
Ajuste parsimonioso				
Corregido por parsimonia (PNFI)	Próximo a 1	0.34	0.34	0.30

Nota. Se consideraron los criterios de buen ajuste propuestos por Pérez et al. (2013).

6. 1. 1. 1. 2. 1. 2. Modelos re-especificados

Posteriormente, se analizaron los pesos de regresión estandarizados de los parámetros, los índices de modificación y los residuos estandarizados.

Finalmente, se decidió probar otros 2 modelos más. Uno de ellos con 4 factores unificando los ítems de Atencional y Operativa dado que en el análisis factorial exploratorio de Fernández-Álvarez et al. (2003) se agruparon de ese modo (aunque por cuestiones teóricas luego los autores hayan decidido conservar el instrumento con 5 subescalas) (ver Figura 28). El otro modelo organiza los ítems en 2 factores: el primero reúne los ítems de Atencional y Operativa y el segundo los ítems de Involucración, Expresiva e Instruccional (ver Figura 29). Se tomó esa conclusión en base a los hallazgos de Castañeiras et al. (2008). Para la re-especificación se tuvieron en cuenta dichos resultados empíricos y la teoría dado que Cupani (2012) plantea que la importancia de que las decisiones sean coherentes con el marco teórico del constructo a medir.

Figura 28. Modelo de 4 factores

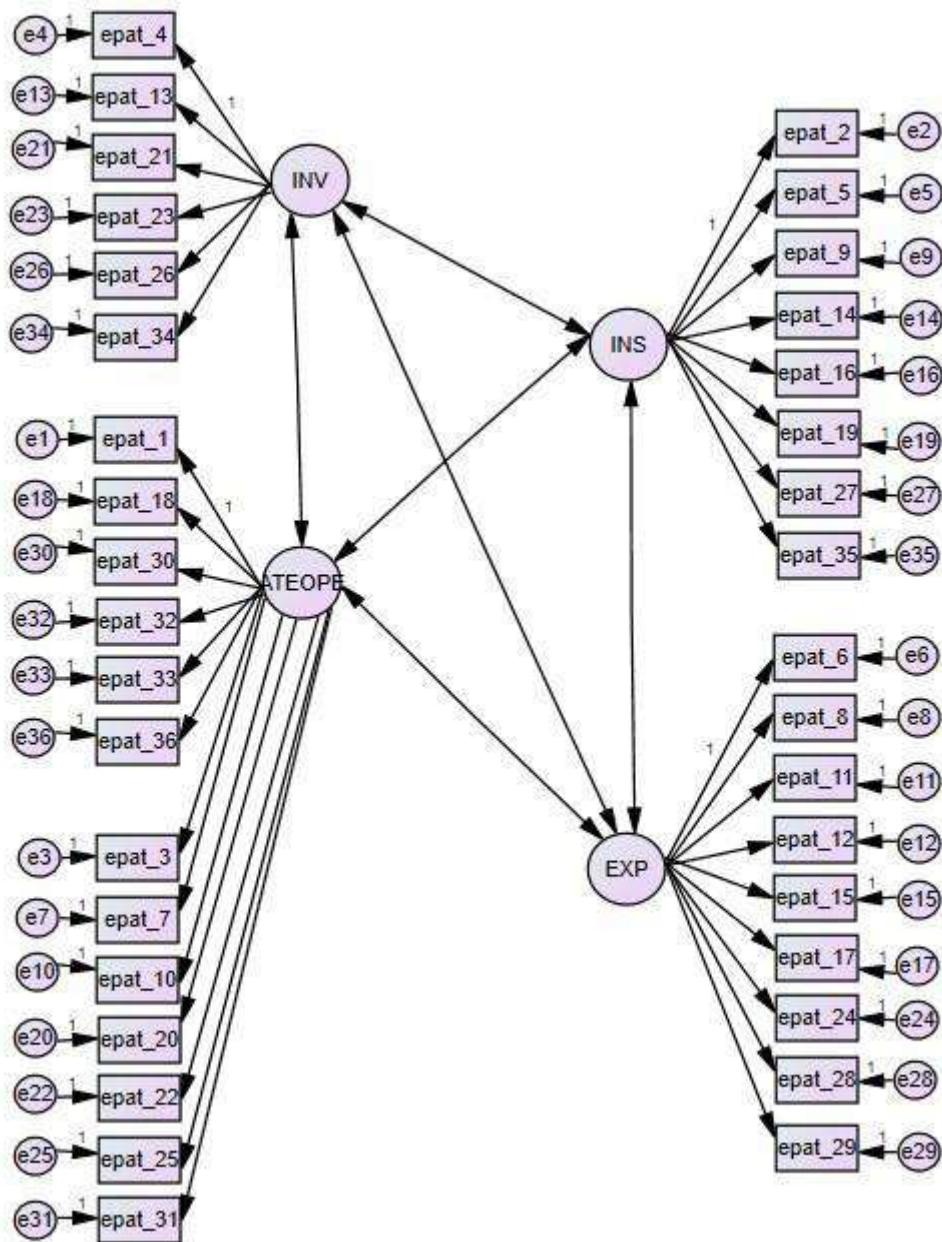
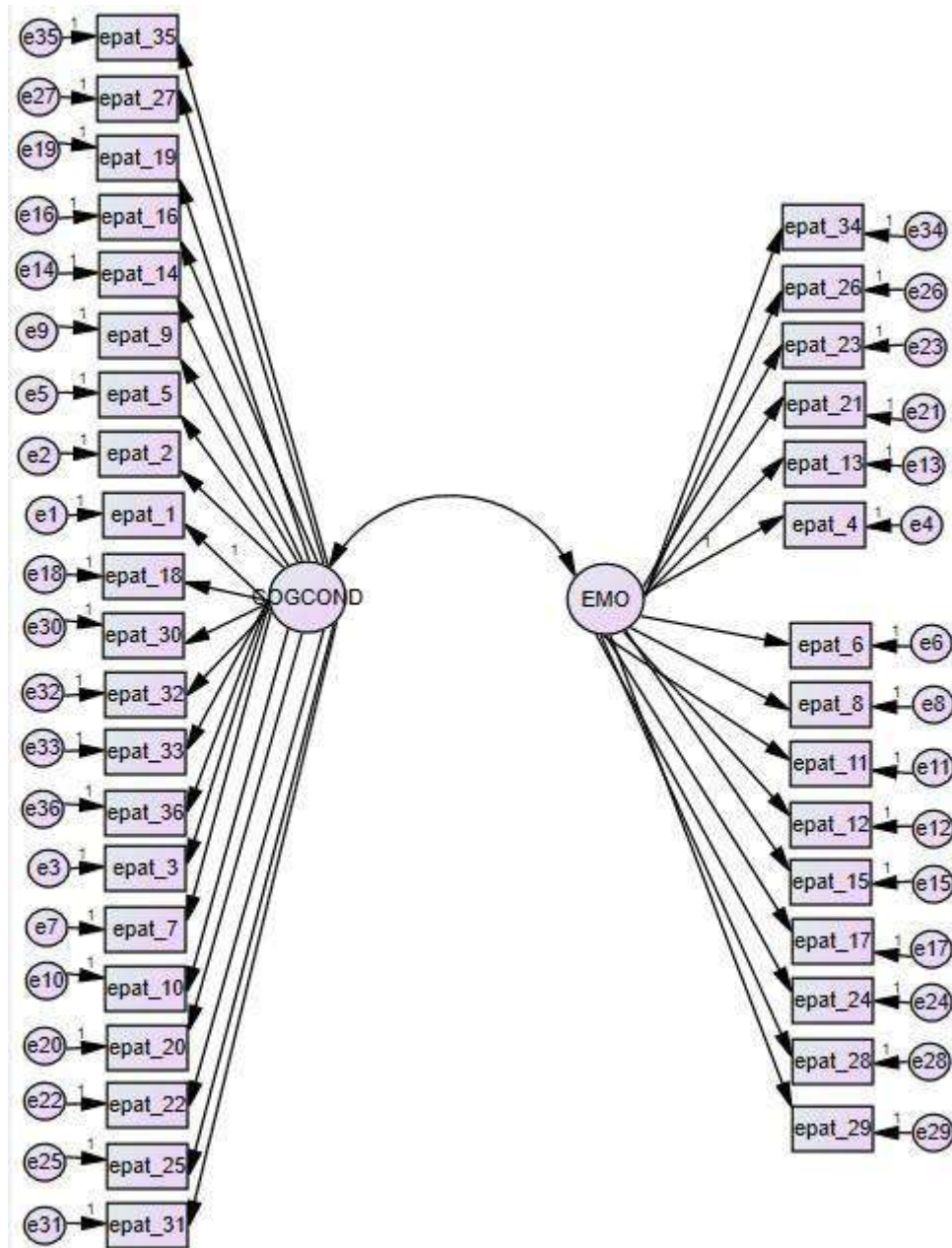


Figura 29. Modelo de 2 factores



Luego de la re-especificación, no se observó un buen ajuste de los datos a los modelos (ver Tabla 5). Dado que los pesos de regresión estandarizados de los parámetros, los índices de modificación y los residuos estandarizados indicaban varias zonas a mejorar y que tantos cambios afectarían las conclusiones desde un enfoque confirmatorio (ya sería un alcance exploratorio) se decidió llevar a cabo un análisis factorial exploratorio. Asimismo, se tomó esa decisión porque hay que tener en cuenta que los resultados de un análisis confirmatorio son útiles para confirmar una estructura ya

validada en un análisis exploratorio, pero, en este caso, observamos que la estructura del estilo personal en AT no funciona del mismo modo que en terapeutas.

6. 1. 1. 1. 2. 2. Análisis factorial exploratorio

6. 1. 1. 1. 2. 2. 1. Solución inicial

A continuación, se detalla el análisis factorial exploratorio. Al igual que los autores originales (Fernández-Álvarez et al., 2003) se utilizó como método de extracción componentes principales con rotación varimax. Se incluyeron los 36 ítems de la escala. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin resultó muy buena (.73), demostrando la pertinencia de la utilización de estos datos en el presente análisis. El contraste de esfericidad de Bartlett fue significativo [$\chi^2(630) = 1883.35; p < .001$], dando cuenta de que los reactivos están lo suficientemente interrelacionados para poder llevar a cabo el análisis factorial. Para el análisis se eliminaron las cargas inferiores a .40, siendo un criterio adecuado para el tamaño muestral (Hair et al., 1999).

En primer lugar, se observó la estructura factorial extraída sin forzar ninguna cantidad de factores y se tuvo en cuenta la regla Kaiser de extracción de factores con autovalores superiores a 1 (Kaiser, 1960). De ese modo se halló que se podrían explorar 11 factores. En algunos factores aparecen mezclados ítems de Atencional con Operativa, en otros mezclados Atencional con Instruccional y en los restantes se agrupan de manera separada Involucración y Expresiva. Resulta importante destacar que los factores se encuentran compuestos por 4, 3, 2 y 1 ítems y que 3 factores están compuestos por sólo 1 ítem. Además, se observaron 9 ítems que no cargaron en ningún factor (ver Tabla 6).

En segundo lugar, se decidió forzar a 5, 4 y 2 factores en función de la teoría y de conclusiones de estudios anteriores (Bergeret et al., 2010; Castañeiras et al., 2008; Fernández-Álvarez et al., 2003). Asimismo, el gráfico de sedimentación indica la adecuación de probar esa cantidad de factores. En las diferentes estructuras factoriales se observa una tendencia en la cual se reúnen los ítems de Atencional, Instruccional y Operativa por un lado y los de Involucración y Expresiva por el otro. Asimismo, hay varios ítems que no cargaron en ningún factor (ver Tablas 7, 8 y 9 respectivamente).

Tabla 6. Solución factorial inicial rotada del EPAT-C sin forzar

Ítems por subescala	Factores										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Atencional											
1 ⁺											
18 ⁺								.59			
30					.52						
32		.60									
33 ⁺											
36 ⁺	.51										
Instruccional											
2						.41					
5 ⁺								.72			
9						.74					
14								.42			
16 ⁺											
19 ⁺						.42					
27											
35 ⁺											
Operativa											
3											
7 ⁺	.40										
10 ⁺										.78	
20 ⁺	.66										
22					.46						
25		.71									
31		.67									
Involucración											
4 ⁺				.55							
13 ⁺			.74								
21 ⁺			.49								
23			.71								
26 ⁺				.74							
34			.65								
Expresiva											
6							.44				
8 ⁺									.51		
11					.40						
12 ⁺									.69		
15											
17				.43							
24 ⁺											
28											.78
29											
Autovalores	4.52	3.18	1.88	1.62	1.58	1.43	1.33	1.22	1.20	1.12	1.08
% varianza	12.55	8.82	5.23	4.49	4.39	3.98	3.69	3.39	3.33	3.12	2.99
% varianza total	55.99										

Nota. Matriz de configuración rotada. Para el análisis se eliminaron las cargas inferiores a .40, siendo un criterio adecuado para el tamaño muestral (Hair et al., 1999). ⁺ Ítems inversos.

Tabla 7. Solución factorial inicial rotada del EPAT-C forzando 5 factores

Ítems por subescala	Factores				
	1	2	3	4	5
Atencional					
1 ⁺					
18 ⁺		.58			
30			.62		
32			.48		
33 ⁺					
36 ⁺		.45			
Instruccional					
2					
5 ⁺	.44				
9					
14			.57		
16 ⁺		.52			
19 ⁺		.55			
27					
35 ⁺		.44			
Operativa					
3					
7 ⁺					
10 ⁺					
20 ⁺		.66			
22					
25					
31			.43		
Involucración					
4 ⁺	.59				
13 ⁺					
21 ⁺					.45
23				.67	
26 ⁺	.57				
34				.56	
Expresiva					
6					.40
8 ⁺	.45				
11					
12 ⁺	.42				
15					
17					
24 ⁺					.54
28					
29					
Autovalores	4.52	3.18	1.88	1.62	1.58
% varianza	12.55	8.82	5.23	4.49	4.39
% varianza total	35.50				

Nota. Matriz de configuración rotada. Para el análisis se eliminaron las cargas inferiores a .40, siendo un criterio adecuado para el tamaño muestral (Hair et al., 1999). ⁺ Ítems inversos.

Tabla 8. Solución factorial inicial rotada del EPAT-C forzando 4 factores

Ítems por subescala	Factores			
	1	2	3	4
Atencional				
1 ⁺				
18 ⁺	.53			
30			.58	
32			.53	
33 ⁺				
36 ⁺	.47			
Instruccional				
2				
5 ⁺		.44		
9				
14			.55	
16 ⁺	.55			
19 ⁺	.55			
27			.40	
35 ⁺	.41			
Operativa				
3				
7 ⁺				
10 ⁺				
20 ⁺	.64			
22				
25			.44	
31			.46	
Involucración				
4 ⁺		.57		
13 ⁺				
21 ⁺				.43
23				.67
26 ⁺		.52		
34				.57
Expresiva				
6				
8 ⁺		.41		
11				
12 ⁺				
15				
17				
24 ⁺				
28				
29				
Auto-valores	4.52	3.18	1.88	1.62
% varianza	12.55	8.82	5.23	4.49
% varianza total	31.10			

Nota. Matriz de configuración rotada. Para el análisis se eliminaron las cargas inferiores a .40, siendo un criterio adecuado para el tamaño muestral (Hair et al., 1999). ⁺ Ítems inversos.

Tabla 9. Solución factorial inicial rotada del EPAT-C forzando 2 factores

Ítems por subescala	Factores	
	1	2
Atencional		
1 ⁺		
18 ⁺		
30	.43	
32	.47	
33 ⁺		
36 ⁺		
Instruccional		
2		
5 ⁺		
9	.40	
14		
16 ⁺		
19 ⁺		
27	.57	
35 ⁺		
Operativa		
3	.53	
7 ⁺		
10 ⁺		
20 ⁺		
22	.49	
25	.49	
31	.51	
Involucración		
4 ⁺		
13 ⁺		
21 ⁺		
23		
26 ⁺		
34		.52
Expresiva		
6		
8 ⁺		
11		.42
12 ⁺		
15		
17		.49
24 ⁺		
28		
29		.46
Autovalores	4.52	3.18
% varianza	12.55	8.82
% varianza total	21.38	

Nota. Matriz de configuración rotada. Para el análisis se eliminaron las cargas inferiores a .40, siendo un criterio adecuado para el tamaño muestral (Hair et al., 1999). ⁺ Ítems inversos.

Posteriormente, se decidió eliminar los 7 ítems que afectan la consistencia interna de las subescalas (ver Tabla 10).

Tabla 10. Resumen de los ítems que afectan la consistencia interna de las subescalas

Ítems	Problemas presentados
1. “Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva que concentrada y focalizada.”	Correlación ítem-subescala corregida = .085
5. “Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre.”	Correlación ítem-subescala corregida = .064 α si se elimina el elemento = .347
10. “Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración.”	Correlación ítem-subescala corregida = -.033 α si se elimina el elemento = .424
11. “La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio.”	Correlación ítem-subescala corregida = .099
12. “Muchos cambios importantes en el curso de un tratamiento requieren que el AT opere con un bajo tono emocional.”	Correlación ítem-subescala corregida = -.003 α si se elimina el elemento = .442
27. “Nunca modifico la duración de las tareas terapéuticas, a menos que sea imprescindible.”	Correlación ítem-subescala corregida = .070 α si se elimina el elemento = .347
33. “Procuro dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las tareas terapéuticas.”	Correlación ítem-subescala corregida = -.175 α si se elimina el elemento = .454

Luego, se repitió el análisis factorial con 29 ítems sin forzar factores y forzando a 5, 4 y 2 factores. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin resultó muy buena (.73), demostrando la pertinencia de la utilización de estos datos en el presente análisis. El contraste de esfericidad de Bartlett fue significativo [χ^2 (406) = 1352.50; $p < .001$], dando cuenta de que los reactivos están lo suficientemente interrelacionados para poder llevar a cabo el análisis factorial. Para el análisis se eliminaron las cargas inferiores a .40, siendo un criterio adecuado para el tamaño muestral (Hair et al., 1999).

La estructura factorial extraída sin forzar propone 9 factores con autovalores superiores a 1 (Kaiser, 1960). La tendencia de la agrupación de ítems fue la misma que en el análisis factorial inicial con ítems que no cargan en ningún factor. Se observa una asociación entre los ítems de Atencional, Instruccional y Operativa por un lado y los de Involucración y Expresiva por el otro. Se decidió conservar la estructura de 2 factores (ver Tabla 11) por varias razones: es coherente con la teoría, es más parsimoniosa, en la estructura de 4 y 5 factores los ítems no se agruparon en las subescalas hipotetizadas, sino que se distribuyeron de manera mezclada.

Tabla 11. Solución factorial inicial rotada del EPAT-C forzando 2 factores

Ítems por subescala	Factores	
	1	2
Atencional		
18 ⁺		
30	.43	
32	.49	
36 ⁺		
Instruccional		
2	.41	
9	.44	
14		
16 ⁺		
19 ⁺		
35 ⁺		
Operativa		
3	.55	
7 ⁺		
20 ⁺		
22	.49	
25	.50	
31	.54	
Involucración		
4 ⁺		
13 ⁺		
21 ⁺		
23		
26 ⁺		
34		.53
Expresiva		
6		
8 ⁺		
15		.42
17		.53
24 ⁺		
28		
29		.49
Auto-valores	3.74	3.04
% varianza	12.89	10.48
% varianza total	23.36	

Nota. Matriz de configuración rotada. Para el análisis se eliminaron las cargas inferiores a .40, siendo un criterio adecuado para el tamaño muestral (Hair et al., 1999). ⁺ Ítems inversos.

6. 1. 1. 1. 2. 2. 2. Solución final

Teniendo en cuenta la evidencia muestral, se decidió forzar a 2 factores y eliminar los 17 ítems que presentaban cargas inferiores a .40 (4, 6, 7, 8, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 28, 35, 36) en el análisis factorial descripto anteriormente (ver Tabla 11).

Con el fin de estudiar la estructura factorial propuesta de 12 ítems (2, 3, 9, 15, 17, 22, 25, 29, 30, 31, 32 y 34) se llevaron a cabo los mismos procedimientos que en las etapas anteriores. El análisis factorial resultó adecuado. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin resultó muy buena (.74), y el contraste de esfericidad de Bartlett fue significativo [$\chi^2 (66) = 366.50; p < .001$]. El primer factor quedó compuesto por 8 ítems pertenecientes a Atencional, Instruccional y Operativa, y el segundo por 4 ítems pertenecientes a Involucración y Expresiva (ver Tabla 12). Todos los ítems (12) presentaron cargas superiores a .40 en un único factor (no observándose ítems con cargas menores o que carguen en 2 factores).

Teniendo en cuenta la redacción de los ítems y dado de Castañeiras et al. (2008) explican que el estilo personal puede ser evaluado a través de una dimensión predominantemente técnica y otra asociada con la relación terapéutica se le asignó al factor 1 el nombre de Procedimental y al factor 2 el nombre de Vincular.

La subescala Procedimental incluye el encuadre de trabajo, las intervenciones y técnicas utilizadas, y los mecanismos atencionales. Los valores altos de la subescala indican un estilo más planificado (pautado, directivo y focalizado) y los bajos un estilo más espontáneo (abierto, no directivo y receptivo).

La subescala Vincular incluye la expresión emocional y el grado de involucración. Los valores altos de la subescala indican mayor proximidad (vínculo cercano, mayor apertura emocional y alto nivel de involucramiento) y los bajos mayor distancia (vínculo distante, menor apertura emocional y bajo nivel de involucramiento).

Tabla 12. Solución factorial final rotada del EPAT-C forzando 2 factores

Ítems por subescala	Redacción de los ítems	Factores	
		1	2
Atencional			
30	30. "Prefiero saber de antemano a qué cosas debo prestar atención en las tareas terapéuticas."	.50	
32	32. "Me interesa trabajar con pacientes que presentan problemas focalizados."	.56	
Instruccional			
2	2. "Procuro que los pacientes se adecuen al formato habitual de mi trabajo."	.49	
9	9. "Tiendo a exigir cumplimiento estricto con el encuadre."	.47	
Operativa			
3	3. "Como AT prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada tarea terapéutica."	.66	
22	22. "En mis intervenciones soy predominantemente directivo."	.57	
25	25. "Puedo planear la totalidad de las intervenciones que implementaré en el tratamiento desde que éste se inicia."	.50	
31	31. "Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir."	.62	
Involucración			
34	34. "Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá del momento en el cual estoy con ellos."		.58
Expresiva			
15	15. "Los verdaderos cambios se producen en el curso de tareas terapéuticas con un clima emocional intenso."		.61
17	17. "Me resulta útil revelar algunos de mis aspectos personales en las tareas terapéuticas."		.70
29	29. "Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos."		.56
Autovalores		2.72	1.43
% varianza		22.68	11.90
% varianza total		34.59	

Nota. Matriz de configuración rotada. Para el análisis se eliminaron las cargas inferiores a .40, siendo un criterio adecuado para el tamaño muestral (Hair et al., 1999). + Ítems inversos.

6. 1. 1. 1. 3. Consistencia interna

Con la eliminación de los 24 ítems mejoró la correlación ítem-subescala corregida de cada uno de los 12 ítems que se conservaron. Asimismo, se volvió a analizar si la eliminación de algún ítem elevaba el coeficiente α de Cronbach de las subescalas. Con la eliminación de cada uno de los 12 ítems el α de Cronbach de cada subescala disminuiría, lo cual indica que todos los ítems son consistentes con el constructo a medir.

También mejoraron los α de Cronbach de las subescalas (.68 para Procedimental y .49 para Vincular) y de la escala total (.67).

6. 1. 2. Validación del Cuestionario de Dirección de Intereses (DIQ)

Se utilizó la versión del DIQ (Corbella et al., 2000) en idioma español no siendo necesaria ninguna modificación de la redacción de los ítems del mismo dado que se llevó a cabo una prueba piloto con 40 AT y se concluyó que todos los ítems se comprenden adecuadamente. La misma fue administrada con los 14 ítems de la versión original (Caine et al., 1981). Corbella et al. (2000) también aplican dichos ítems y luego de un análisis factorial confirmatorio concluyen que las propiedades psicométricas de la estructura mejoran al eliminar los ítems 4 y 5.

6. 1. 2. 1. Propiedades psicométricas

6. 1. 2. 1. 1. Homogeneidad

En primer lugar, se procedió a analizar la correlación ítem-total corregida, se observó que 3 ítems presentaron valores muy bajos: 4, 12 y 14, resultando menores a .10. En esta etapa del análisis se decidió conservar los ítems 4, 12 y 14 para explorar su funcionamiento en la estructura factorial. Aunque luego se va a decidir eliminarlos dado que ciertos autores (García-Bellido et al., 2010) plantean que se debe eliminar el ítem si la correlación ítem-total corregida del mismo es cero (como los ítems 4 y 14) o negativa (como el ítem 12).

Asimismo, se analizó si la eliminación de algún ítem elevaba el coeficiente α de Cronbach mediante el “ α de Cronbach si se elimina el elemento”. Con la eliminación de los ítems 4, 5, 12 y 14 el α de Cronbach aumentaría, lo cual indica que dichos ítems no son consistentes con el instrumento. En esta etapa del análisis se decidió conservar los ítems 4, 5, 12 y 14 para explorar su funcionamiento en la estructura factorial.

6. 1. 2. 1. 2. Análisis factorial

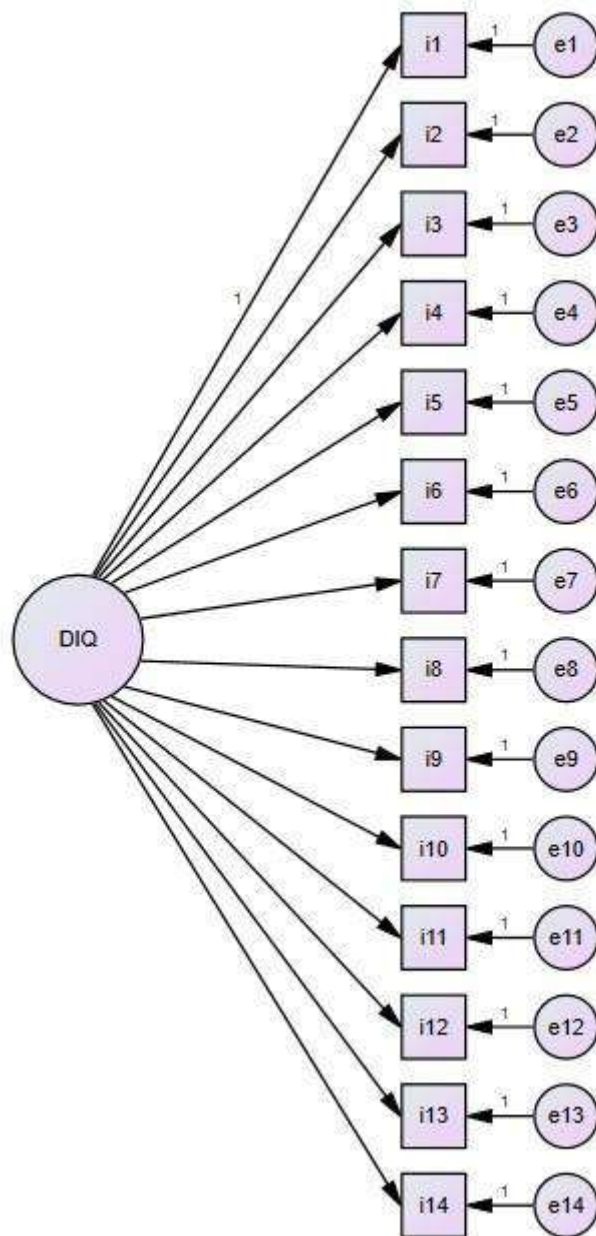
6. 1. 2. 1. 2. 1. Análisis factorial confirmatorio

6. 1. 2. 1. 2. 1. 1. Modelo especificado

Para el análisis factorial se utilizó el mismo procedimiento que Corbella y colaboradores (2000) quienes llevaron a cabo un análisis factorial confirmatorio. Asimismo, se tuvieron en cuenta seis pasos propuestos por Kline (2011).

En la especificación del modelo se graficó la asociación entre las variables latentes y las observables (ítems) (ver Figura 30).

Figura 30. Modelo que vincula los ítems con la escala total



Luego de especificar el modelo se procedió a observar los grados de libertad. Dado que el valor de los mismos fue 77 se concluyó que el modelo estaba adecuadamente identificado, lo cual habilita a continuar con el análisis.

Para la estimación de parámetros se utilizó el método de máxima verosimilitud para calcular los valores de los parámetros desconocidos y sus respectivos errores de medición. Luego, se calcularon los índices de ajuste del modelo a los datos (absoluto, comparativo y parsimonioso). Los índices de ajuste absoluto resultaron adecuados dando cuenta de un buen ajuste del modelo a los datos (ver Tabla 13). Sin embargo, los índices de ajuste comparativo y parsimonioso indican que el modelo puede mejorar.

Tabla 13. Índices de ajuste del modelo especificado y los modelos re-especificados

Índices de ajuste	Criterios de buen ajuste	Modelo especificado 14 ítems	Modelo re especificado 9 ítems	Modelo re especificado 10 ítems
Ajuste Absoluto				
Chi-cuadrado (χ^2)	χ^2 pequeño; $p > .05$	$\chi^2 (77) = 94.20$; $p = .089$	$\chi^2 (27) = 41.39$; $p = .038$	$\chi^2 (35) = 49.63$; $p = .052$
Chi-cuadrado relativo (χ^2/df) (CMIN/DF)	< 3	1.22	1.53	1.42
Índice de bondad de ajuste (GFI)	≥ 0.95	0.95	0.97	0.97
Índice de bondad de ajuste corregido (AGFI)	≥ 0.95	0.94	0.95	0.95
Raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA)	< 0.05	0.03	0.04	0.04
Ajuste comparativo				
Índice de ajuste comparativo (CFI)	≥ 0.95	0.88	0.89	0.89
Índice de Tucker-Lewis (TLI)	≥ 0.95	0.85	0.85	0.86
Índice de ajuste normalizado (NFI)	≥ 0.95	0.59	0.75	0.72
Ajuste parsimonioso				
Corregido por parsimonia (PNFI)	Próximo a 1	0.50	0.56	0.56

Nota. Se consideraron los criterios de buen ajuste propuestos por Pérez et al. (2013).

6. 1. 2. 1. 2. 1. 2. Modelos re-especificados

Posteriormente, se analizaron los pesos de regresión estandarizados de los parámetros, los índices de modificación y los residuos estandarizados. Se observó que los pesos de regresión estandarizados de los parámetros de la asociación entre algunos ítems (4, 5, 11, 12 y 14) con la variable latente puntaje total del DIQ resultaron bajos y no fueron significativos.

Finalmente, se decidió probar 2 modelos: en uno de ellos se eliminaron los 5 ítems que presentaron problemas (4, 5, 11, 12 y 14) y en el otro se seleccionó a los 4 ítems con más problemas (4, 5, 12 y 14) (ver Tabla 14). Cabe destacar que, según propone Cupani (2012), la re-especificación se llevó a cabo teniendo en cuenta también su coherencia con la teoría.

Tabla 14. Resumen de los ítems que afectan la consistencia y la bondad de ajuste

Ítems	Problemas presentados
4. “Me interesan más los detalles que el ambiente de los sitios que visito. / Me interesa más el ambiente que los detalles de los sitios que visito.”	Peso de la regresión = .016; CR = 0.215; $p = .830$ α si se elimina el elemento = .516 Correlación ítem-total corregida = .023
5. “Preferiría asistir a clases sobre las ideas subyacentes a distintas religiones. / Preferiría asistir a clases sobre la química del cuerpo humano.”	Peso de la regresión = .138; CR = 1.728; $p = .084$ α si se elimina el elemento = .495
11. “Prefiero la manera convencional de hacer las cosas. / Prefiero hacer las cosas a mi manera.”	Peso de la regresión = .150; CR = 1.801; $p = .072$
12. “Generalmente prefiero la gente que no se preocupa mucho por “encajar”. / Generalmente prefiero la gente que se preocupa mucho por “encajar”.”	Peso de la regresión = -.005; CR = -0.068; $p = .946$ α si se elimina el elemento = .504 Correlación ítem-total corregida = -.032
14. “Preferiría ser conocido como una persona que hace cosas. / Preferiría ser conocido como una persona que tiene ideas originales.”	Peso de la regresión = .132; CR = 1.581; $p = .114$ α si se elimina el elemento = .500 Correlación ítem-total corregida = .088

Luego de la re-especificación, se observó que con ambos modelos el ajuste a los datos mejora y, asimismo, son más parsimoniosos (ver Tabla 13). Se selecciona el modelo con 10 ítems dado que p del χ^2 es mayor a .05 ($p = .052$) a diferencia del de 9 ítems que es menor ($p = .038$).

Se observó que los pesos de regresión estandarizados de los parámetros de la asociación entre algunos ítems (4, 5, 11, 12 y 14) con la variable latente puntaje total del DIQ resultaron bajos y no fueron significativos.

En conclusión, de los 14 ítems de la escala original (Caine et al., 1981) se eliminaron 4 ítems (4, 5, 12 y 14) quedando la escala de 10 ítems (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 13). En consistencia, Corbella y colaboradores (2000) tuvieron que eliminar ítems para que mejore la bondad de ajuste. Ellos también observaron el mal funcionamiento de los ítems 4 y 5. Sin embargo, en la muestra actual con AT también presentaron inconvenientes los ítems 12 y 14.

6. 1. 2. 1. 3. Consistencia interna

Con la eliminación de los 4 ítems mejoró la correlación ítem-total corregida de cada uno de los 10 ítems que se conservaron. Asimismo, se volvió a analizar si la eliminación de algún ítem elevaba el coeficiente α de Cronbach. Con la eliminación de cada uno de los 10 ítems el α de Cronbach disminuiría, lo cual indica que todos los ítems son consistentes con el instrumento.

Se calculó el coeficiente α de Cronbach para analizar la consistencia interna de la estructura factorial propuesta (escala con 10 ítems) el cual tuvo el valor de .54. De este modo, se observa que con la eliminación de los 4 ítems mejoró el coeficiente α de Cronbach dado que antes de la eliminación era de .49. El mismo resultó menor que el hallado por Corbella y colaboradores (2000) ($\alpha = .70$).

6. 2. Análisis de las variables

6. 2. 1. Estilo personal del acompañante terapéutico

6. 2. 1. 1. Descriptivos

Observando los mínimos y máximos de las subescalas Procedimental y Vincular y los promedios de la muestra se concluye que obtuvieron puntuaciones que quedan en el medio (ver Tabla 15 y Figuras 31 y 32). Teniendo en cuenta que los valores altos en Procedimental indican un estilo más planificado y los bajos un estilo más espontáneo el promedio muestral indica una integración de los estilos quedando en el medio de los polos. Asimismo, en Vincular también quedan en el medio de dos polos. Se puede concluir que la apertura emocional y el involucramiento es intermedio dado que los valores altos indican mayor proximidad (mayor apertura emocional y alto nivel de involucramiento) y los bajos mayor distancia (menor apertura emocional y bajo nivel de involucramiento).

Tabla 15. Media en las subescalas del EPAT-C

	AT (n = 278)			
	Media (DE)	Mínimo	Medio	Máximo
Procedimental	32.15 (9.35)	8	32	56
Vincular	16.22 (5.43)	4	16	28

Figura 31. *Media en la subescala Procedimental del EPAT-C*

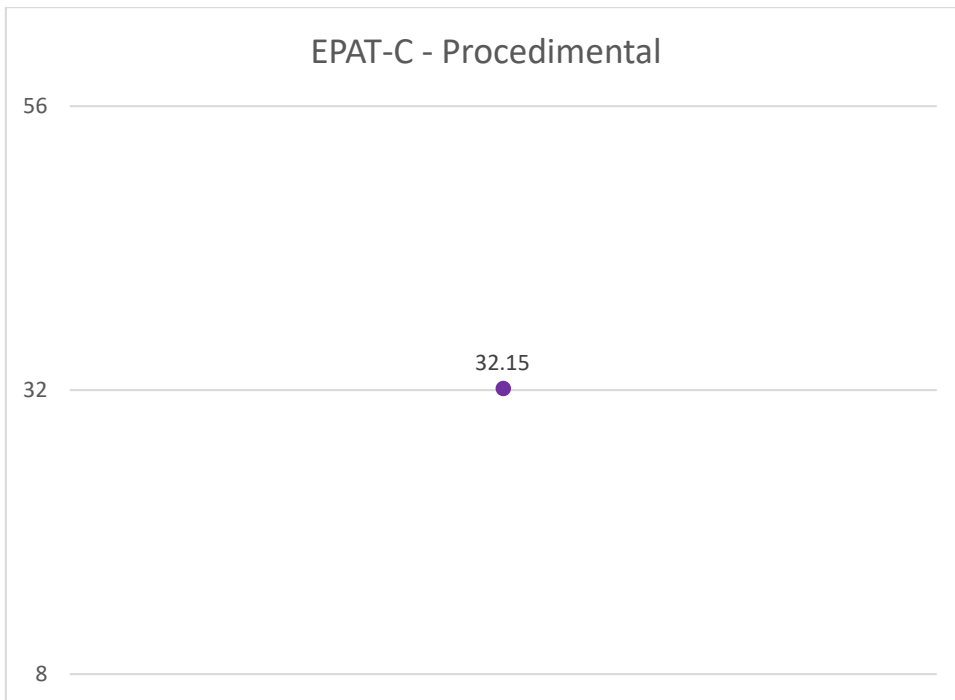
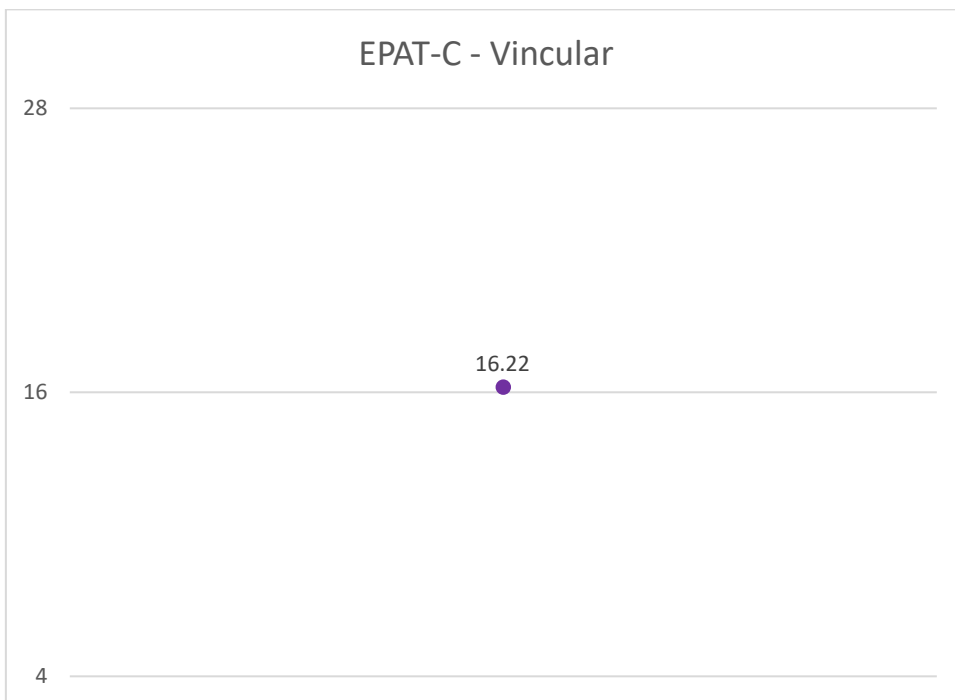


Figura 32. *Media en la subescala Vincular del EPAT-C*



6. 2. 1. 2. Según género

No se hallaron diferencias significativas en Procedimental ni en Vincular según género (ver Tabla 16 y Figuras 33 y 34). Las medias de las mujeres y los hombres superan

los puntajes medios en Procedimental (32) y Vincular (16) (pero se encuentran cerca de ellos), siendo los hombres los que tienen puntajes mayores en ambas subescalas. Aunque no haya diferencias significativas, se observa una tendencia en la cual ellos son más pautados y expresivos.

Tabla 16. Puntaje en EPAT-C según género

	Mujeres (n = 251)	Hombres (n = 27)	t de Student			
	Media (DE)	Media (DE)	t	g.l.	p	Sig
Procedimental	32.07 (9.24)	32.85 (10.49)	0.41	276	.681	no sig.
Vincular	16.08 (5.54)	17.52 (4.18)	1.31	276	.193	no sig.

Figura 33. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según género

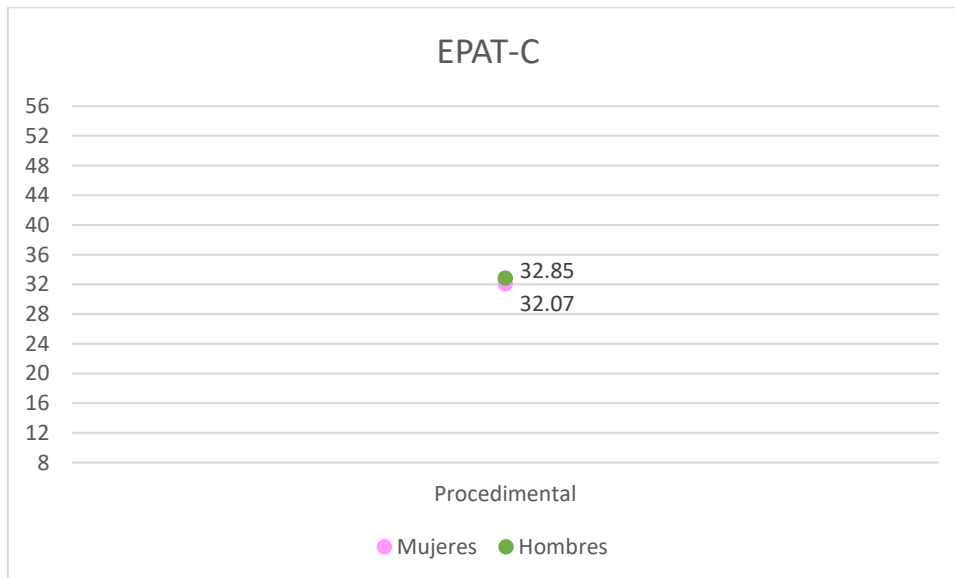
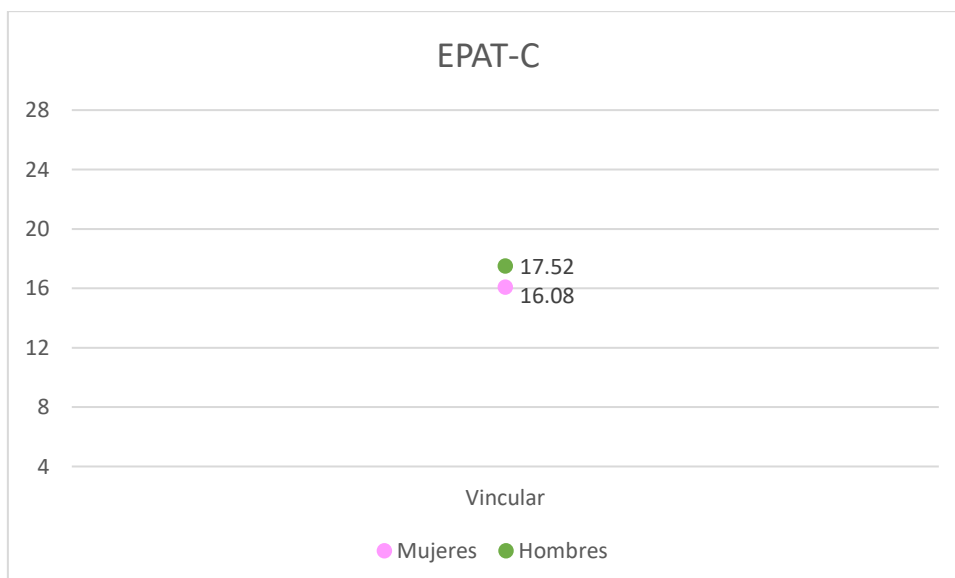


Figura 34. Puntaje en Vincular del EPAT-C según género



6. 2. 1. 3. Según variables asociadas al rol del acompañante terapéutico

En relación con las variables asociadas al rol del AT, se analizó el estilo personal del AT según población que asiste, etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad, gravedad de los mismos y orientación teórica - técnica.

6. 2. 1. 3. 1. Según población que asiste

No se hallaron diferencias significativas en Procedimental ni en Vincular según población que asiste (ver Tabla 17 y Figuras 35 y 36). Es importante tener en cuenta que el tamaño de cada subgrupo puede afectar la potencia de la prueba estadística (en subgrupos pequeños pueden no haberse detectado diferencias existentes).

Al comparar las medias de los grupos con el puntaje medio de Procedimental (32) se observa que: 1) los AT que trabajan con trastornos mentales se encuentran por debajo (siendo los de media menor), y 2) los restantes presentaron una media por encima (siendo los AT que seleccionaron otra -adultos mayores- quienes presentaron una media mayor). Sin embargo, se observa que la media de trastornos mentales es la más baja (siendo los menos pautados), pero se encuentra cercana a trastornos del desarrollo y discapacidad, enfermedades médicas, y sujetos en proceso judicial. La media que se aleja es la de los AT que seleccionaron otra (adultos mayores), teniendo la media mayor y siendo los más pautados.

El mismo análisis se llevó a cabo con Vincular (16): 1) los AT que trabajan con sujetos en proceso judicial y quienes seleccionaron otra (adultos mayores) se encuentran por debajo (siendo estos últimos los que tienen la media menor y los menos expresivos), y 2) quienes trabajan con trastornos mentales, con trastornos del desarrollo y discapacidad, y con enfermedades médicas presentaron una media por encima (siendo estos últimos los que tienen la media mayor y los más expresivos).

Entonces los que seleccionaron otra (adultos mayores) son los más pautados en Procedimental y los menos expresivos en Vincular. En cambio, los AT que trabajan con trastornos mentales, trastornos del desarrollo y discapacidad, enfermedades médicas, y sujetos en proceso judicial se encuentran cercanos entre sí en Procedimental y Vincular y todas sus medias se encuentran cercanas al punto medio (32 y 16, respectivamente) indicando moderada pauta y expresión. Los hallazgos no son consistentes con la hipótesis 5 sobre el estilo personal de los AT (Los AT que trabajan con pacientes con trastornos

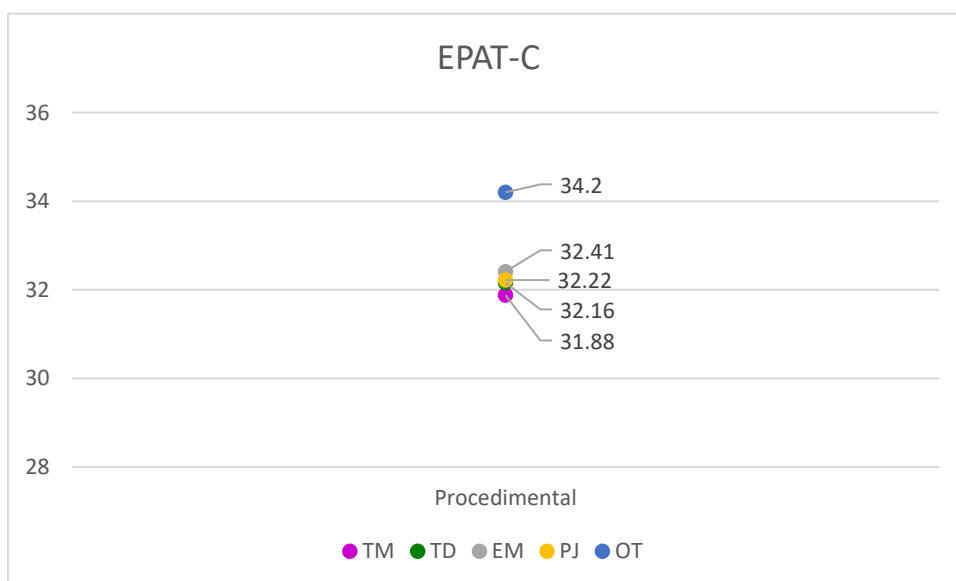
mentales tienden a poseer mayor distancia expresiva, menor grado de involucración y actúan de manera más pautada -función operativa- que otros grupos de asistencia) dado que los AT que trabajan con trastornos mentales no se diferencian significativamente de los otros subgrupos y se encuentran muy cercanos a trastornos del desarrollo y discapacidad, enfermedades médicas, y sujetos en proceso judicial. Asimismo, en la tendencia de las medias se observa que presentan pauta y expresión moderadas.

Tabla 17. Puntaje en EPAT-C según población que asiste

	TM	TD	EM	PJ	OT	ANOVA - DMS			
	(n = 106)	(n = 131)	(n = 22)	(n = 9)	(n = 10)	F	g.l.	p	Sig
Procedimental	31.88 (8.71)	32.16 (9.75)	32.41 (9.96)	32.22 (6.65)	34.20 (12.41)	0.15	4	.965	no sig.
Vincular	16.09 (5.53)	16.51 (5.31)	16.73 (5.54)	15.11 (4.65)	13.70 (6.46)	0.79	4	.535	no sig.

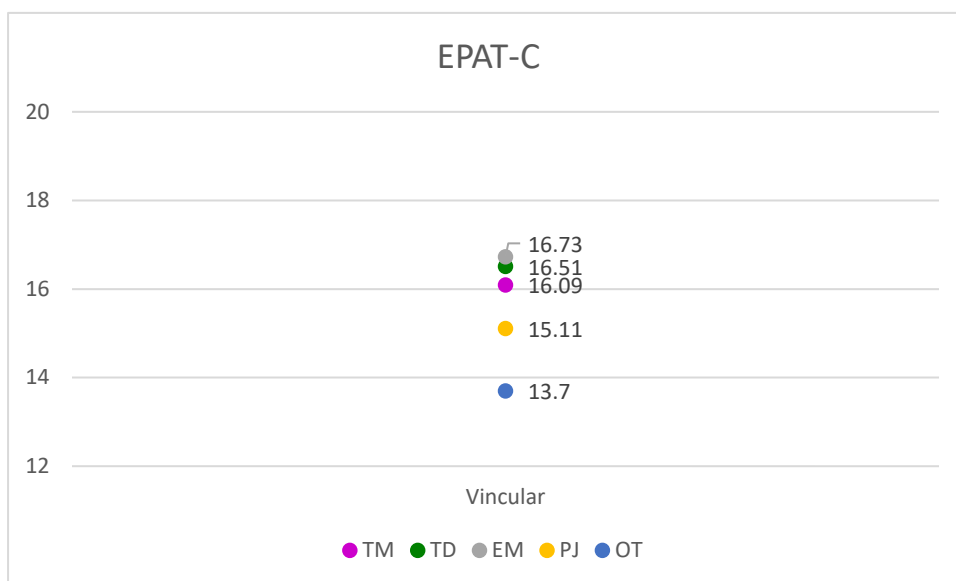
Nota. TM = trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, adicciones, trastornos alimentarios, otros), TD = trastornos del desarrollo y discapacidad, EM = enfermedades médicas (Cáncer, ACV, otros), PJ = sujetos en proceso judicial, OT = otra (todos ellos explicaron que acompañan adultos mayores).

Figura 35. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según población que asiste



Nota. TM = trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, adicciones, trastornos alimentarios, otros), TD = trastornos del desarrollo y discapacidad, EM = enfermedades médicas (Cáncer, ACV, otros), PJ = sujetos en proceso judicial, OT = otra (todos ellos explicaron que acompañan adultos mayores).

Figura 36. Puntaje en Vincular del EPAT-C según población que asiste



Nota. TM = trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, adicciones, trastornos alimentarios, otros), TD = trastornos del desarrollo y discapacidad, EM = enfermedades médicas (Cáncer, ACV, otros), PJ = sujetos en proceso judicial, OT = otra (todos ellos explicaron que acompañan adultos mayores).

6. 2. 1. 3. 2. Según etapa evolutiva de los consultantes

Tampoco se hallaron diferencias significativas en Procedimental ni en Vincular según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT (ver Tabla 18 y Figuras 37 y 38). Es importante tener en cuenta que el tamaño de cada subgrupo puede afectar la potencia de la prueba estadística (en subgrupos pequeños pueden no haberse detectado diferencias existentes).

Al comparar las medias de los grupos con el puntaje medio de Procedimental (32) y de Vincular (16) se observa que: 1) los AT que trabajan con niños presentaron una media por encima tanto en Procedimental como en Vincular (siendo los de mayor puntaje), y 2) los restantes se ubican por debajo del puntaje medio de ambas subescalas. La media más baja en Procedimental la poseen los AT que trabajan con adultos y en Vincular los que trabajan con tercera edad. Entonces, los que trabajan con niños son los más pautados y expresivos, y los que trabajan con adolescentes, adultos y tercera edad menos pautados y expresivos (presentando medias cercanas al puntaje medio, lo cual indica moderada pauta y expresión).

Los hallazgos no son consistentes con la hipótesis 4 sobre el estilo personal de los AT (Los AT que trabajan con niños tienden a manifestar una mayor flexibilidad en la

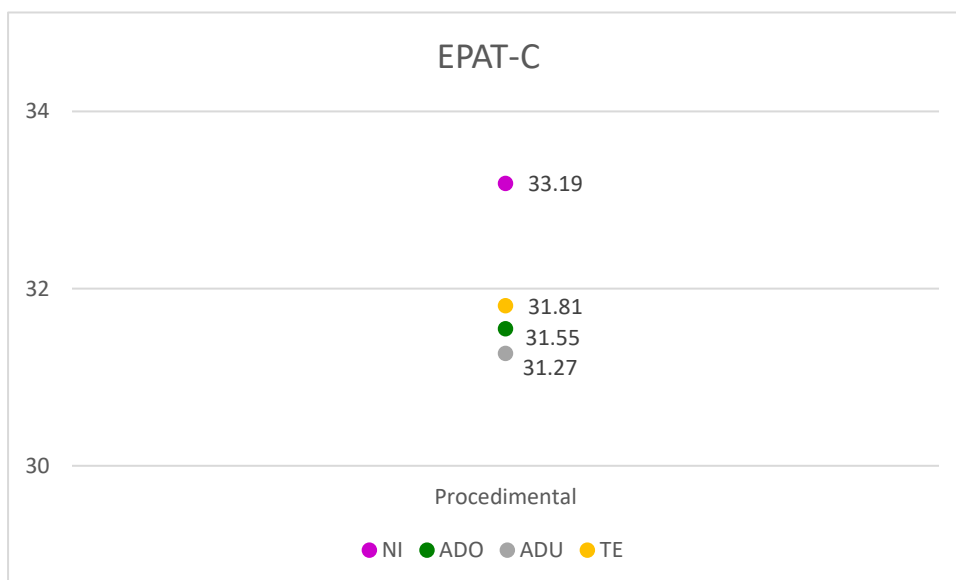
dimensión instruccional que aquellos que asisten otras poblaciones) dado que no se observaron diferencias significativas entre los grupos y la tendencia de los AT que trabajan con niños en Procedimental es a ser pautados.

Tabla 18. Puntaje en EPAT-C según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT

	NI	ADO	ADU	TE	ANOVA - DMS			
	(n = 108)	(n = 47)	(n = 81)	(n = 42)	F	g.l.	p	Sig
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)				
Procedimental	33.19 (9.28)	31.55 (10.27)	31.27 (8.63)	31.81 (9.86)	0.77	3	.513	no sig.
Vincular	16.84 (5.79)	15.70 (4.90)	15.99 (5.33)	15.67 (5.26)	0.81	3	.490	no sig.

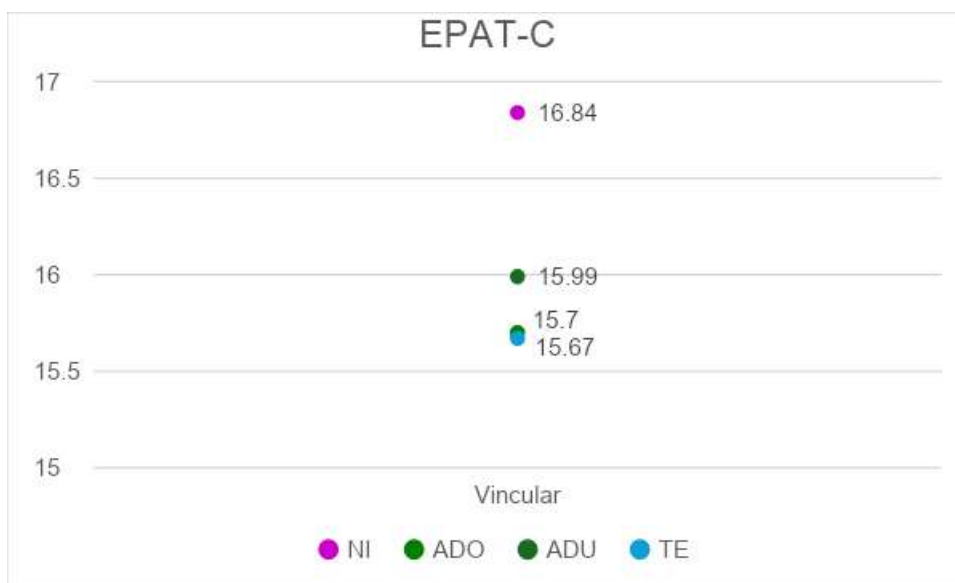
Nota. NI = niños, ADO = adolescentes, ADU = adultos, TE = tercera edad.

Figura 37. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT



Nota. NI = niños, ADO = adolescentes, ADU = adultos, TE = tercera edad.

Figura 38. Puntaje en Vincular del EPAT-C según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT



Nota. NI = niños, ADO = adolescentes, ADU = adultos, TE = tercera edad.

6. 2. 1. 3. 3. Según gravedad de los consultantes

En relación con gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT (ver Tabla 19 y Figuras 39 y 40), se hallaron diferencias significativas en Procedimental. Los AT que trabajan con consultantes con gravedad leve presentan un puntaje significativamente mayor (media más grande) en comparación con los que trabajan con consultantes con gravedad moderada (media más chica). Los AT que trabajan con consultantes con gravedad alta quedan en el medio de ambos sin diferenciarse de ninguno de ellos. Al observar el valor de las medias se observa que los que trabajan con consultantes con gravedad leve se encuentran por encima del puntaje medio (32) siendo los más pautados y los otros (moderada y alta) por debajo de dicho puntaje siendo menos pautados (pero cerca del puntaje medio, lo que indica pauta moderada).

En cambio, en Vincular no se hallaron diferencias significativas. Al comparar las medias de los grupos con el puntaje medio de Vincular (16) se observa que: 1) los AT que trabajan con consultantes con gravedad leve presentaron una media por debajo (siendo los de menor media y los menos expresivos), y 2) los restantes se ubican por encima del puntaje siendo más expresivos (los AT que trabajan con gravedad moderada

son los de mayor media y los que trabajan con gravedad alta los que quedan en el medio de los grupos).

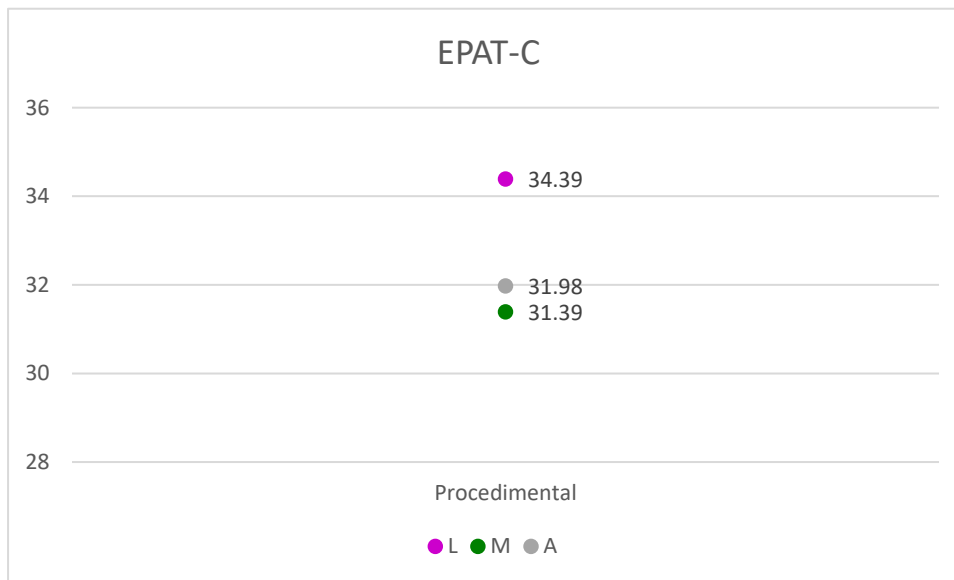
En síntesis, en las dos subescalas los AT que trabajan con gravedad leve y moderada quedan en los extremos (los que trabajan con gravedad leve son los más pautados y menos expresivos y los que trabajan con gravedad moderada los menos pautados y más expresivos) y los de alta en el medio de ambos (pareciéndose más a los de gravedad moderada que a los de gravedad leve). Sin embargo, todos presentan medias cercanas a los puntajes medios indicando pauta y expresión moderada.

Tabla 19. Puntaje en EPAT-C según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT

	L (n = 57)	M (n = 155)	A (n = 66)	ANOVA - DMS			
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	F	g.l.	p	Sig
Procedimental	34.39 (9.65)	31.39 (9.64)	31.98 (8.12)	2.17	2	.039	L > M
Vincular	15.67 (5.61)	16.44 (5.42)	16.20 (5.35)	0.42	2	.657	no sig.

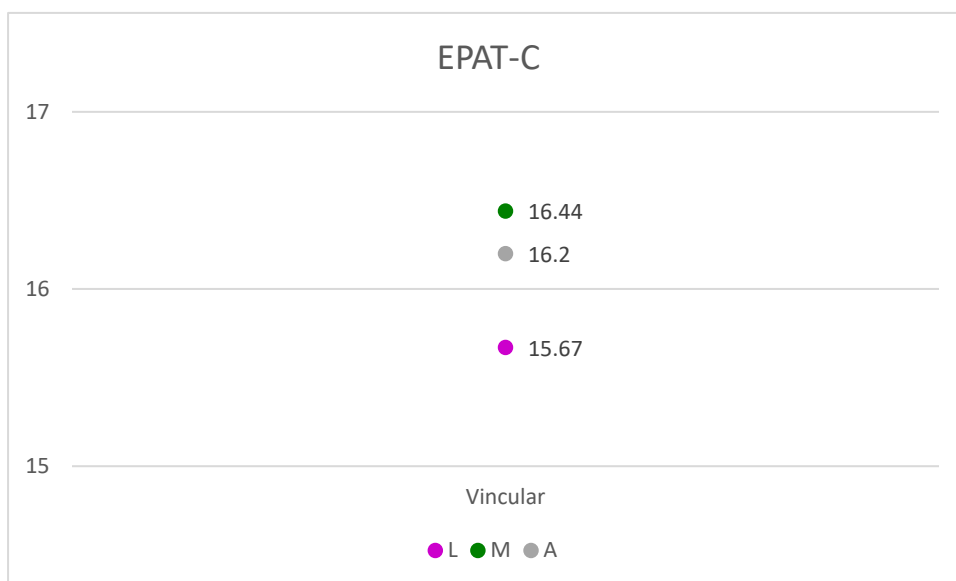
Nota. L = leve, M = moderada, A = alta.

Figura 39. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT



Nota. L = leve, M = moderada, A = alta.

Figura 40. Puntaje en Vincular del EPAT-C según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT



Nota. L = leve, M = moderada, A = alta.

6. 2. 1. 3. 4. Según orientación teórica - técnica

En relación con la orientación teórica - técnica, (ver Tabla 20 y Figuras 41 y 42), se observaron diferencias significativas tanto en Procedimental (entre varios grupos) y en Vincular (entre los dos grupos que quedan en los extremos, uno de ellos con la media más baja y el otro con la media más alta).

En Procedimental, los psicoanalistas presentaron medias significativamente menores que cognitivos, conductuales y cognitivo – conductuales; y los cognitivos presentaron medias significativamente mayores que sistémicos, otros (holística, movimiento de la vida independiente, combinación de varias orientaciones y elección de alguna dependiendo del caso), integrativos y cognitivos - conductuales. Es importante tener en cuenta que el tamaño de cada subgrupo puede afectar la potencia de la prueba estadística (en subgrupos pequeños pueden no haberse detectado diferencias existentes). A continuación, se nombran los subgrupos según su valor de la media y comparando dichas medias con el puntaje medio de esta subescala (32). Los subgrupos con medias menores a 32 son sistémicos, psicoanalistas, otros, gestálticos e integrativos. Los humanistas presentaron una media de 32. Los subgrupos con medias mayores son comunitarios, cognitivos - conductuales, conductuales y cognitivos (tienen la media más alta y se alejan bastante del resto) (ver Figura 41).

En Vincular, los humanistas presentan medias significativamente mayores que otros (holística, movimiento de la vida independiente, combinación de varias orientaciones y elección de alguna dependiendo del caso), siendo los humanistas quienes presentaron la media mayor y otros la menor (ver Figura 42). Los restantes subgrupos quedaron en el medio no diferenciándose de ninguno de ellos. Es importante tener en cuenta que el tamaño de cada subgrupo puede afectar la potencia de la prueba estadística (en subgrupos pequeños pueden no haberse detectado diferencias existentes). A continuación, se nombran los subgrupos según su valor de la media y comparando dichas medias con el puntaje medio de esta subescala (16). Los subgrupos con medias menores a 16 son otros, cognitivos, gestálticos, integrativos y psicoanalistas. Los sistémicos presentaron una media de 16. Los subgrupos con medias mayores son cognitivos - conductuales, comunitarios, conductuales y humanistas. En el polo de las medias menores se encuentran otros y cognitivos muy cercanos, luego se posicionan los otros y se alejan con la media mayor los humanistas.

En síntesis, en los resultados se observa la tendencia a que los subgrupos más pautados en el área procedimental son los más expresivos en el área vincular (comunitarios, conductuales y cognitivo - conductuales) y los menos pautados son los menos expresivos (psicoanalistas, integrativos, gestálticos, otros). En cambio, hay quienes no se encuentran en esa tendencia: 1) los cognitivos son más pautados (media mayor a 32) y menos expresivos (media menor a 16), 2) los humanistas son medianamente pautados (media igual a 32) y más expresivos (media mayor a 16), y 3) los sistémicos son menos pautados (media menor a 32) y medianamente expresivos (media igual a 16).

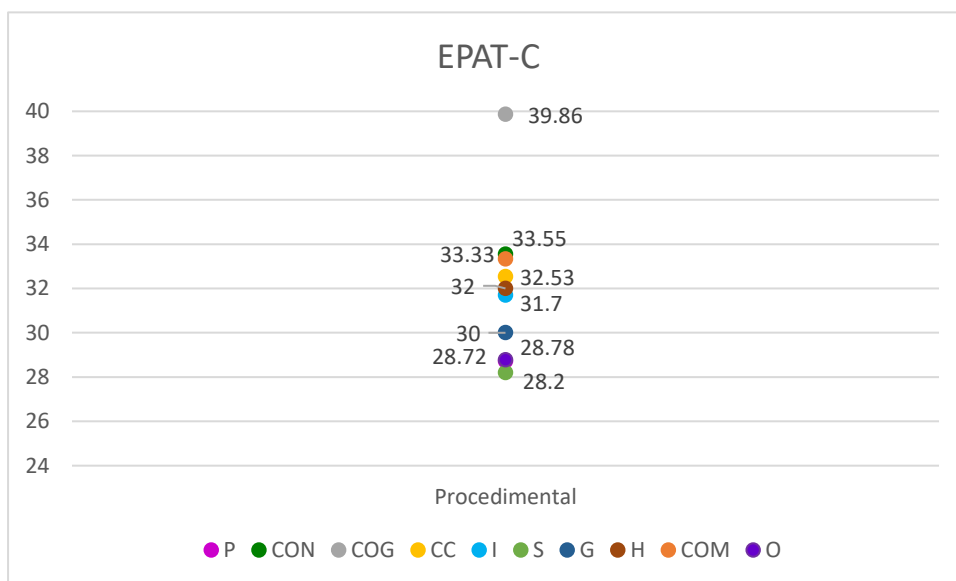
Los hallazgos son consistentes en parte con la hipótesis 6 (la orientación teórica - técnica del dispositivo terapéutico a la cual adhiere el AT influye en el EPAT en sus funciones atencional, instruccional y operativa) dado que no sólo se observaron diferencias significativas en la subescala Procedimental (en varios subgrupos) sino también en la Vincular (pero únicamente entre dos subgrupos).

Tabla 20. Puntaje en EPAT-C según orientación teórica - técnica como AT

	P	CON	COG	CC	I	S	G	H	COM	O	ANOVA - DMS			
	(n = 43)	(n = 29)	(n = 7)	(n=110)	(n = 33)	(n = 5)	(n = 2)	(n = 19)	(n = 21)	(n = 9)	F	g.l.	p	Sig
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)				
Procedimental	28.72 (10.16)	33.55 (9.13)	39.86 (9.32)	32.53 (8.79)	31.70 (9.51)	28.20 (7.12)	30.00 (7.07)	32.00 (10.01)	33.33 (9.54)	28.78 (6.42)	1.97	9		
													.002	P < CON
													.003	P < COG
													.022	P < CC
													.042	COG > CC
													.034	COG > I
													.031	COG > S
													.018	COG > O
Vincular	15.81 (5.10)	17.00 (6.86)	13.86 (5.11)	16.28 (5.07)	15.64 (4.94)	16.00 (3.81)	15.50 (6.36)	18.16 (6.27)	16.95 (6.64)	13.44 (3.57)	0.86	9		
													.033	H > O

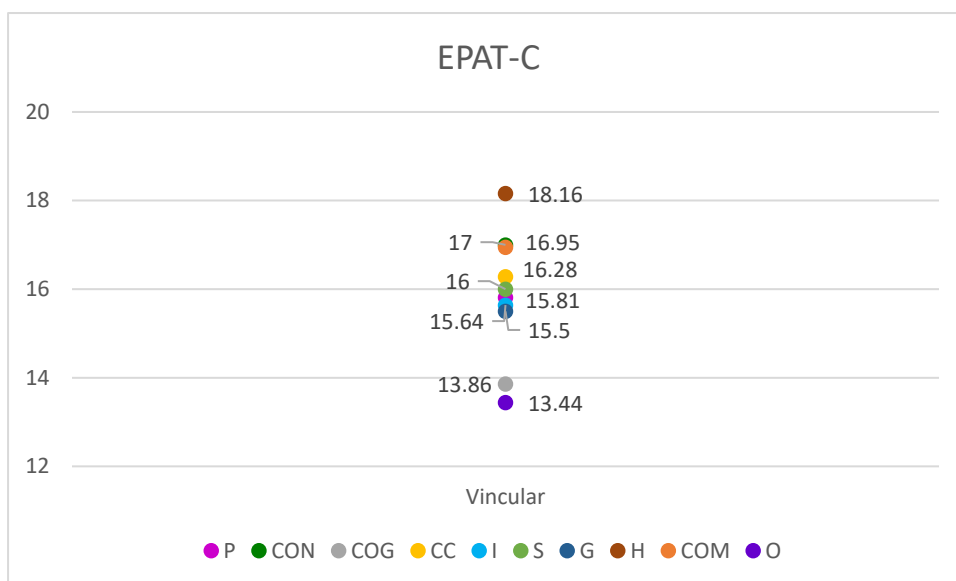
Nota. P = psicoanalítica, CON = conductual, COG = cognitiva, CC = cognitiva - conductual, I = integrativa, S = sistémica, G = gestáltica, H = humanista, COM = comunitaria, O = otra (nombraron holística, movimiento de la vida independiente, combinación de varias orientaciones y elección de alguna dependiendo del caso).

Figura 41. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según orientación teórica - técnica como AT



Nota. P = psicoanalítica, CON = conductual, COG = cognitiva, CC = cognitiva - conductual, I = integrativa, S = sistémica, G = gestáltica, H = humanista, COM = comunitaria, O = otra (nombraron holística, movimiento de la vida independiente, combinación de varias orientaciones y elección de alguna dependiendo del caso).

Figura 42. Puntaje en Vincular del EPAT-C según orientación teórica - técnica como AT



Nota. P = psicoanalítica, CON = conductual, COG = cognitiva, CC = cognitiva - conductual, I = integrativa, S = sistémica, G = gestáltica, H = humanista, COM = comunitaria, O = otra (nombraron holística, movimiento de la vida independiente, combinación de varias orientaciones y elección de alguna dependiendo del caso).

6. 2. 1. 4. Según experiencia del acompañante terapéutico

Para representar la experiencia del AT se consideraron las siguientes variables: Antigüedad, Cantidad de consultantes asistidos anteriormente, Cantidad de consultantes asistidos en la actualidad y Cantidad de horas semanales de trabajo en la actualidad. Se las categorizó analizando si los puntajes se encontraban por encima o por debajo de la media y se generaron dos grupos: menor y mayor.

6. 2. 1. 4. 1. Según antigüedad

Se hallaron diferencias significativas en Procedimental según antigüedad (ver Tabla 21 y Figura 43) siendo los que tienen menos experiencia quienes presentaron la media significativamente mayor (lo cual indica que son más pautados). Asimismo, su media supera al puntaje medio en Procedimental (32). En cambio, en Vincular no se hallaron diferencias significativas (ver Tabla 21 y Figura 44) y las medias se encuentran muy cercanas. Asimismo, ambos grupos superaron el puntaje medio en Vincular (16) (pero se encuentran cerca del mismo).

Tabla 21. Puntaje en EPAT-C según antigüedad

	Menor (n = 156)	Mayor (n = 122)	t de Student			
	Media (DE)	Media (DE)	t	g.l.	p	Sig
Procedimental	33.10 (9.72)	30.93 (8.74)	1.96	271	.049	Menor > Mayor
Vincular	16.33 (5.73)	16.09 (5.04)	0.36	276	.719	no sig.

Figura 43. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según antigüedad

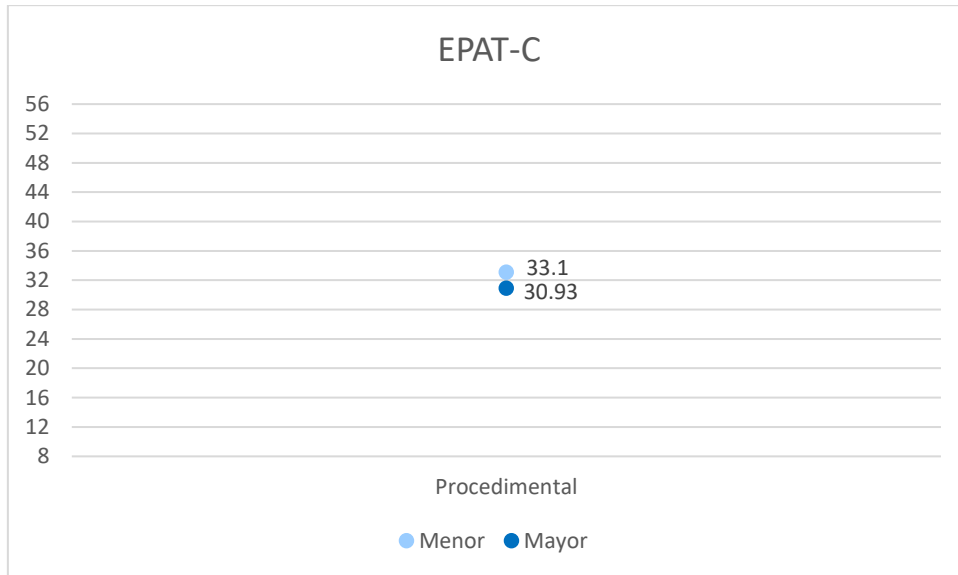
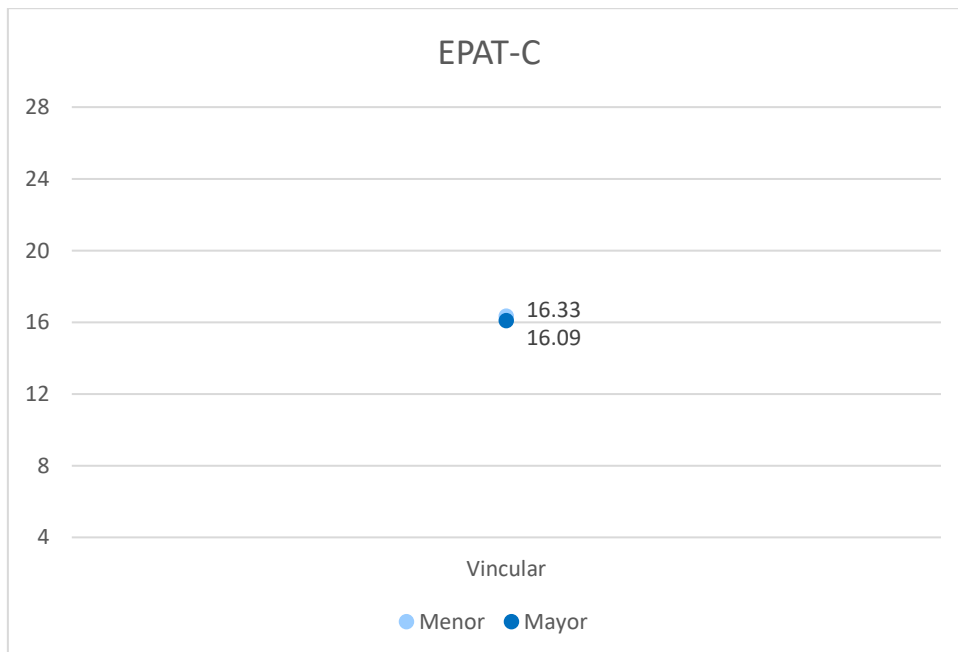


Figura 44. Puntaje en Vincular del EPAT-C según antigüedad



6. 2. 1. 4. 2. Según cantidad de consultantes pasados y presentes

No se hallaron diferencias significativas en Procedimental ni en Vincular según cantidad de consultantes asistidos anteriormente ni cantidad de consultantes asistidos en la actualidad (ver Tablas 22 y 23 y Figuras 45, 46, 47 y 48). Todas las medias se encuentran cercanas a Procedimental (32) y Vincular (16). Aunque no haya diferencias significativas, se observa una tendencia en la cual: 1) los AT con menos consultantes asistidos en el pasado son más pautados y expresivos, y 2) los AT con menos consultantes asistidos en la actualidad son más pautados, pero menos expresivos.

Tabla 22. Puntaje en EPAT-C según cantidad de consultantes asistidos anteriormente

	Menor (n = 187)	Mayor (n = 91)	t de Student			
	Media (DE)	Media (DE)	t	g.l.	p	Sig
Procedimental	32.51 (9.60)	31.40 (8.80)	0.94	276	.350	no sig.
Vincular	16.30 (5.62)	16.05 (5.03)	0.36	276	.720	no sig.

Figura 45. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según cantidad de consultantes asistidos anteriormente

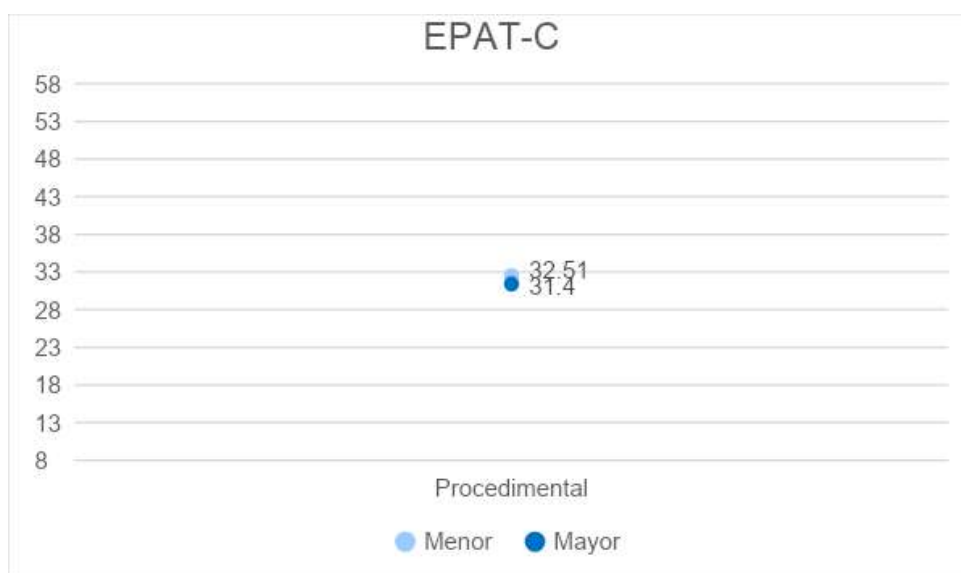


Figura 46. Puntaje en Vincular del EPAT-C según cantidad de consultantes asistidos anteriormente

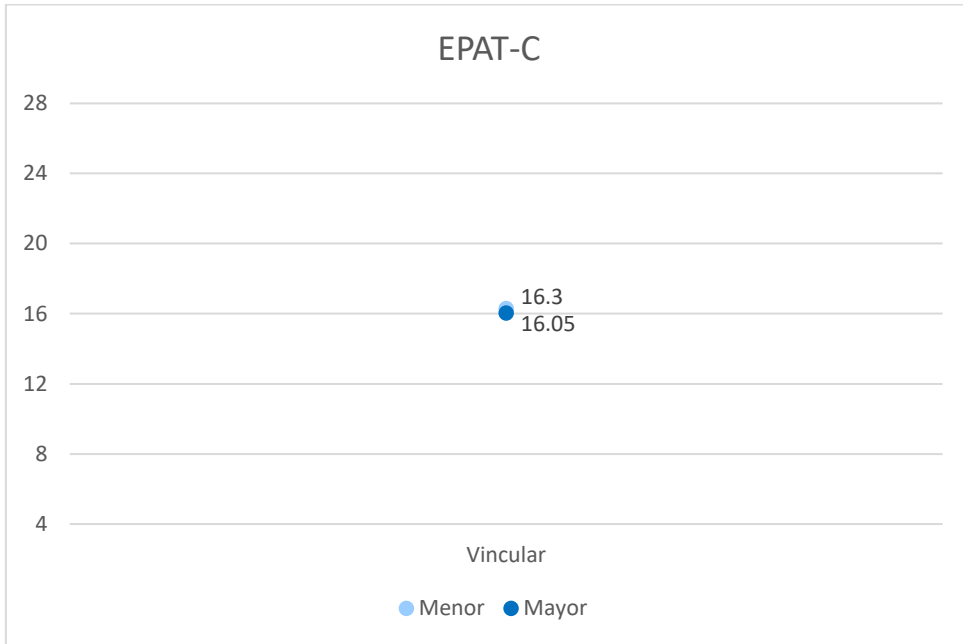


Tabla 23. Puntaje en EPAT-C según cantidad de consultantes asistidos actualmente

	Menor (n = 177)	Mayor (n = 101)	t de Student			
	Media (DE)	Media (DE)	t	g.l.	p	Sig
Procedimental	32.94 (9.24)	30.76 (9.42)	1.87	276	.062	no sig.
Vincular	15.98 (5.56)	16.65 (5.19)	-1.00	276	.319	no sig.

Figura 47. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según cantidad de consultantes asistidos actualmente

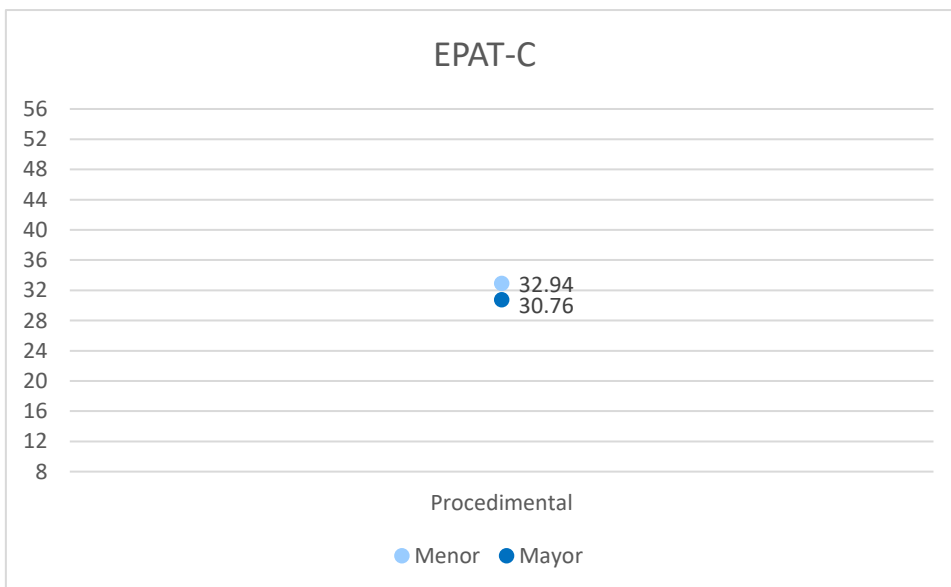
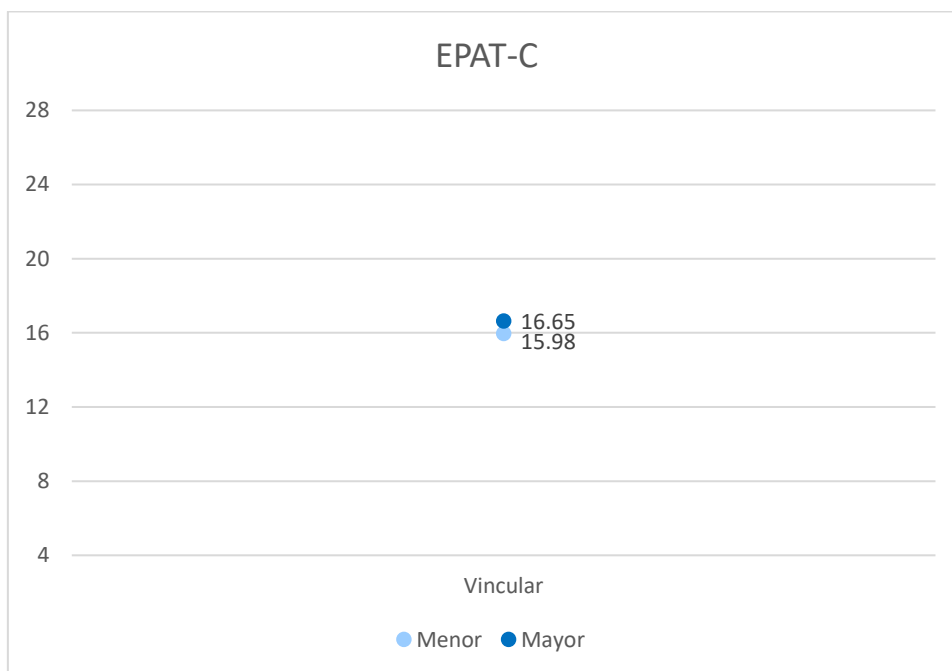


Figura 48. Puntaje en Vincular del EPAT-C según cantidad de consultantes asistidos actualmente



6. 2. 1. 4. 3. Según cantidad de horas semanales

No se hallaron diferencias significativas en Procedimental ni en Vincular según cantidad de horas semanales de trabajo en la actualidad (ver Tabla 24 y Figuras 49 y 50). Todas las medias se encuentran cercanas a Procedimental (32) y Vincular (16). Sin embargo, las medias de los que trabajan menos horas se encuentran sobre el puntaje medio de Procedimental (más pautados) y por debajo del puntaje medio de Vincular (menos expresivos).

Tabla 24. Puntaje en EPAT-C según cantidad de horas semanales

	Menor (n = 165)	Mayor (n = 113)	t de Student			
	Media (DE)	Media (DE)	t	g.l.	p	Sig
Procedimental	32.27 (9.82)	31.97 (8.66)	0.26	276	.798	no sig.
Vincular	15.96 (5.65)	16.61 (5.10)	-0.98	276	.326	no sig.

Figura 49. Puntaje en Procedimental del EPAT-C según cantidad de horas semanales

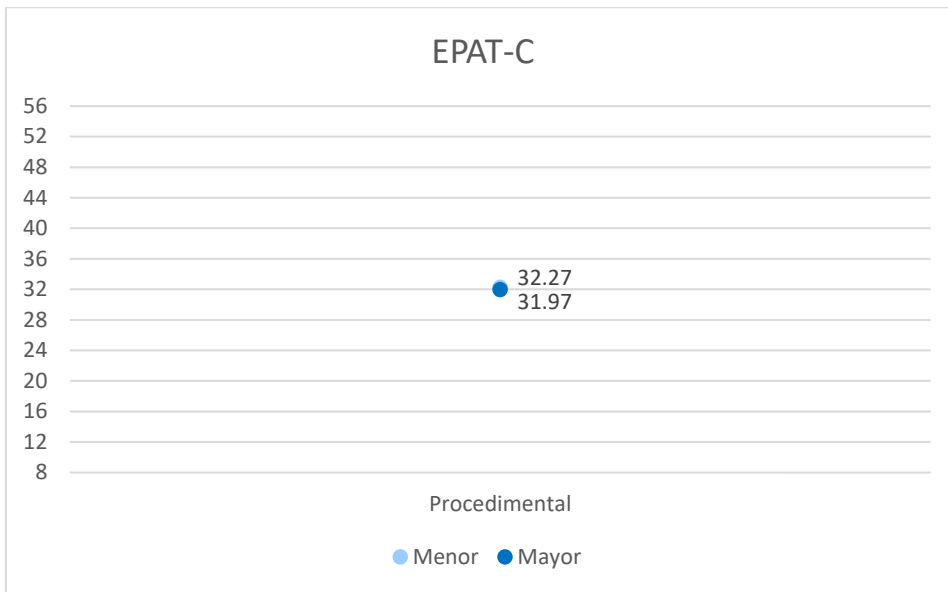
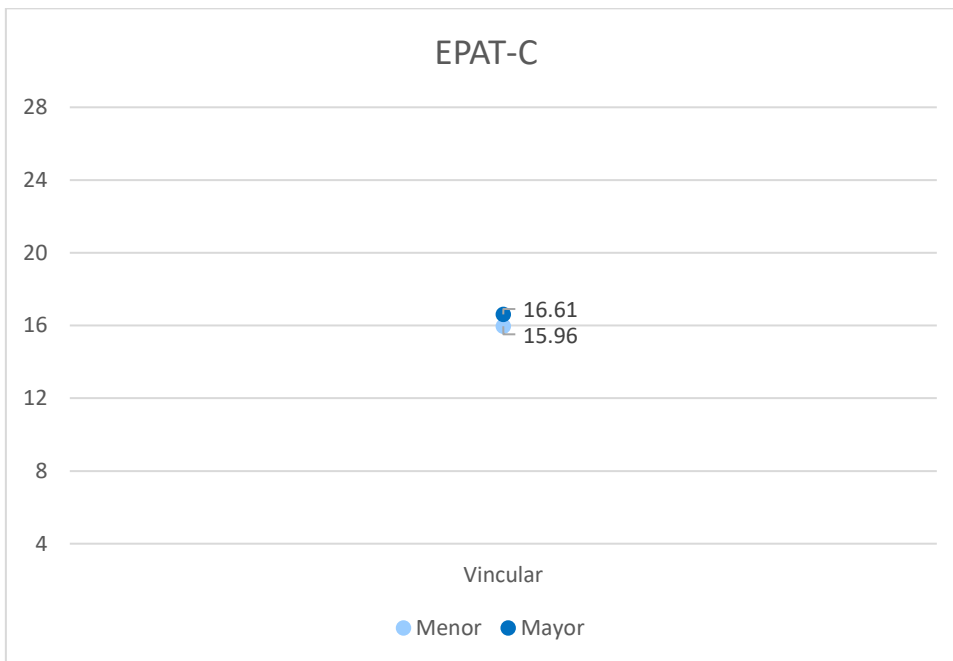


Figura 50. Puntaje en Vincular del EPAT-C según cantidad de horas semanales



6. 2. 2. Estilos de apego

6. 2. 2. 1. Descriptivos

Tanto en relaciones no románticas como románticas la muestra obtuvo promedios bajos en los distintos estilos de apego (ver Tabla 25 y Figuras 51 a 56).

Tabla 25. Media en las subescalas del CEA

	AT (n = 278)			
	Media (DE)	Mínimo	Medio	Máximo
Relación no romántica				
Temeroso evitativo	11.57 (3.28)	6	15	24
Ansioso ambivalente	4.98 (1.66)	3	7.5	12
Seguro	3.75 (1.54)	2	5	8
Relación romántica				
Temeroso evitativo	9.01 (3.20)	5	12.5	20
Ansioso ambivalente	3.14 (1.31)	2	5	8
Seguro	3.51 (1.51)	2	5	8

Figura 51. Media en la subescala Temeroso evitativo - Relación no romántica del CEA



Figura 52. *Media en la subescala Ansioso ambivalente - Relación no romántica del CEA*

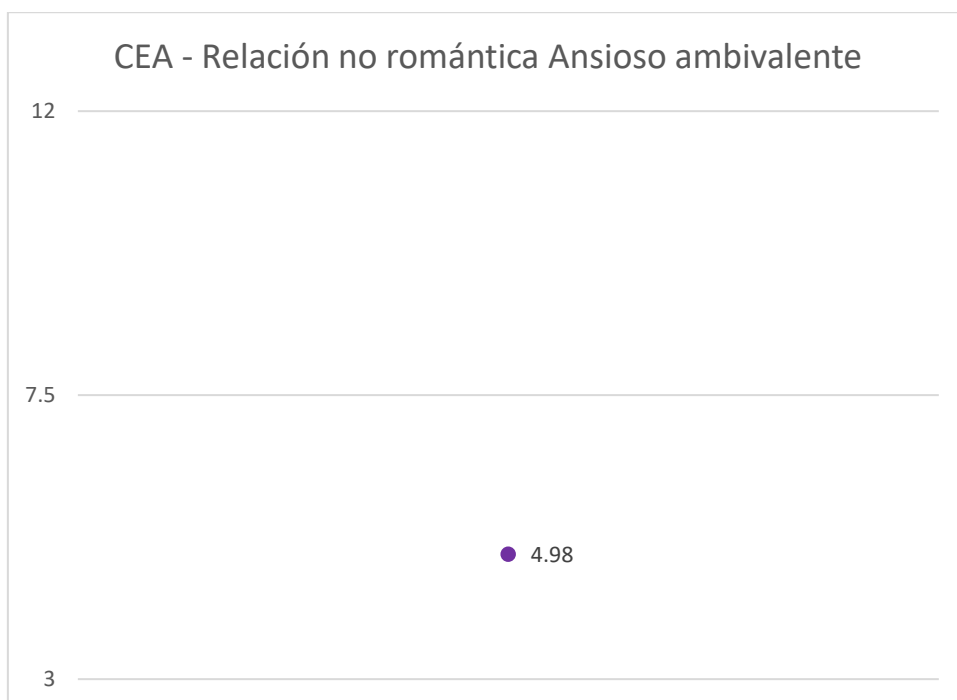


Figura 53. *Media en la subescala Seguro - Relación no romántica del CEA*



Figura 54. *Media en la subescala Temeroso evitativo - Relación romántica del CEA*

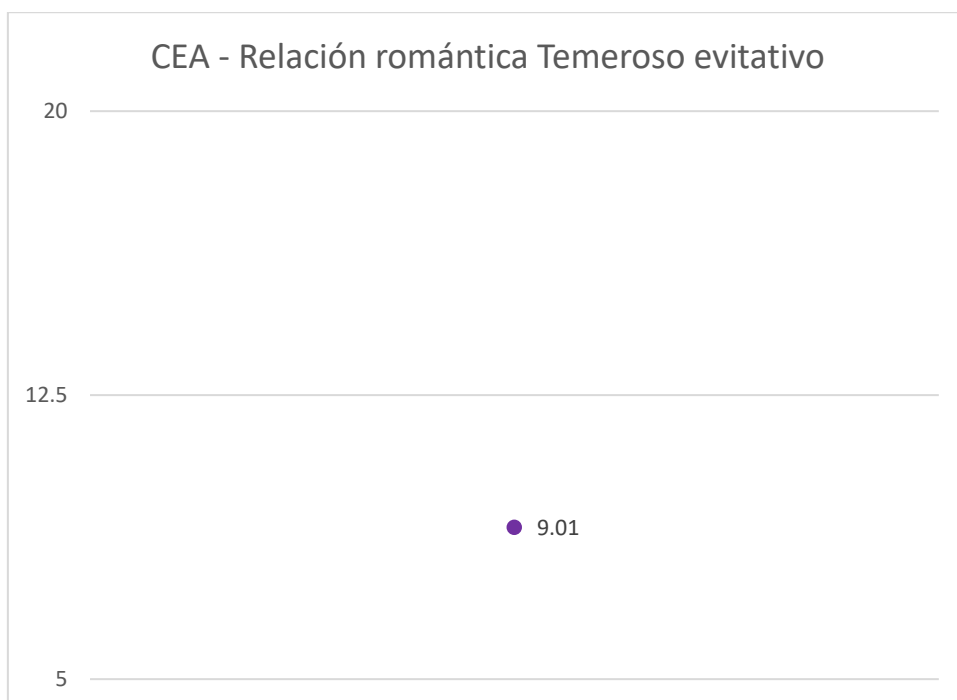


Figura 55. *Media en la subescala Ansioso ambivalente - Relación romántica del CEA*

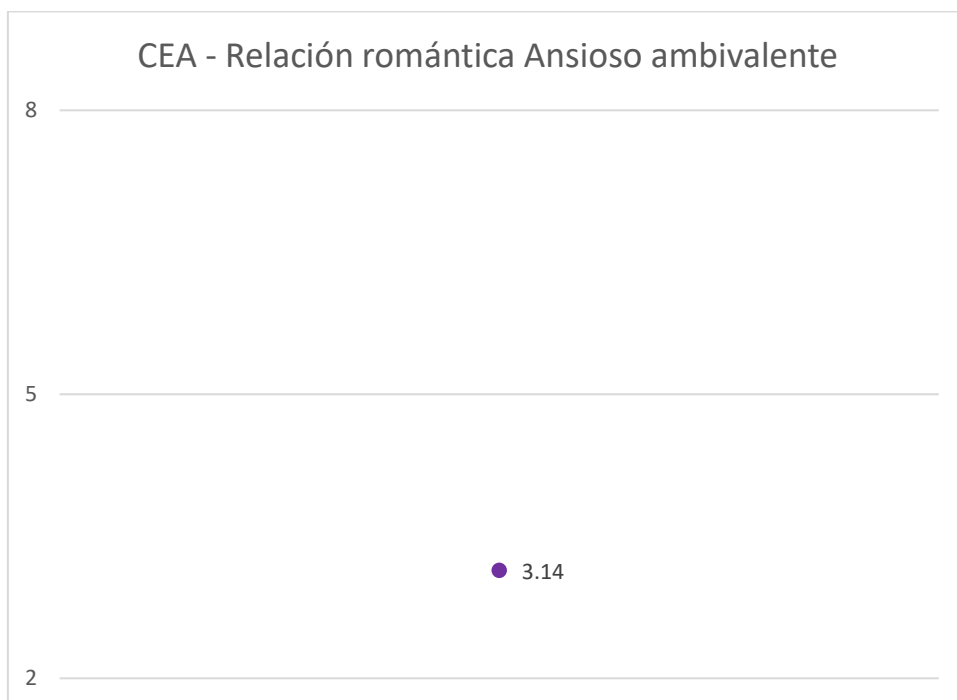


Figura 56. Media en la subescala Seguro - Relación romántica del CEA



6. 2. 2. 2. Según género

Según género, si bien las mujeres presentaron medias menores que los hombres en todas las subescalas, se halló una diferencia significativa únicamente en Temeroso evitativo de las relaciones no románticas (ver Tabla 26 y Figuras 57 y 58). Todas las medias tanto de hombres como de mujeres fueron menores que el puntaje medio de las subescalas.

Tabla 26. Puntaje en CEA según género

	Mujeres	Hombres	t de Student			
	(n = 251)	(n = 27)	t	g.l.	p	Sig
Relación no romántica						
Temeroso evitativo	11.43 (3.25)	12.85 (3.39)	2.15	276	.033	M < H
Ansioso ambivalente	4.96 (1.67)	5.19 (1.57)	0.67	276	.504	no sig.
Seguro	3.71 (1.55)	4.15 (1.41)	1.41	276	.159	no sig.
Relación romántica						
Temeroso evitativo	8.91 (3.24)	9.89 (2.76)	1.51	276	.132	no sig.
Ansioso ambivalente	3.12 (1.31)	3.33 (1.33)	0.80	276	.422	no sig.
Seguro	3.48 (1.54)	3.78 (1.19)	1.21	36.20	.236	no sig.

Figura 57. Puntaje en CEA – Relación no romántica según género

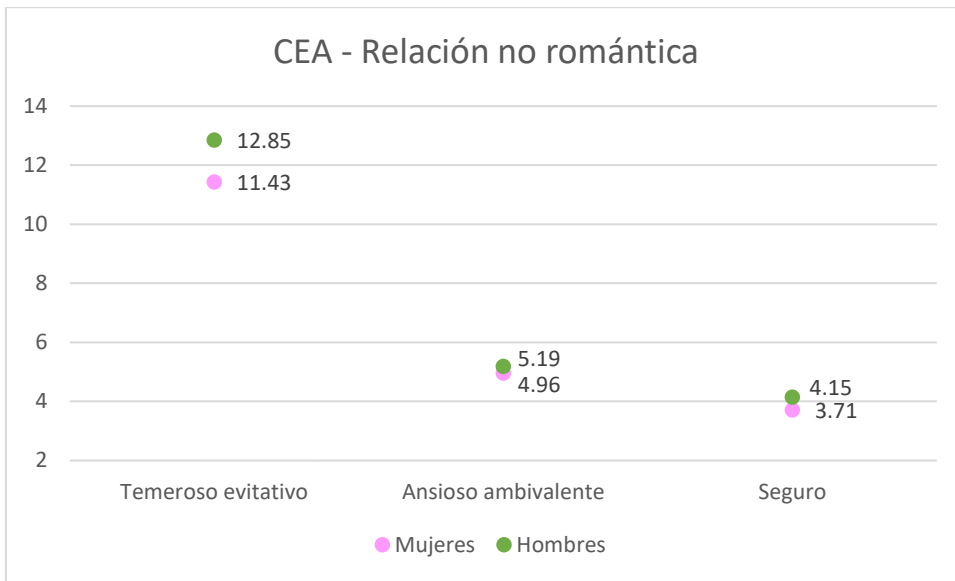
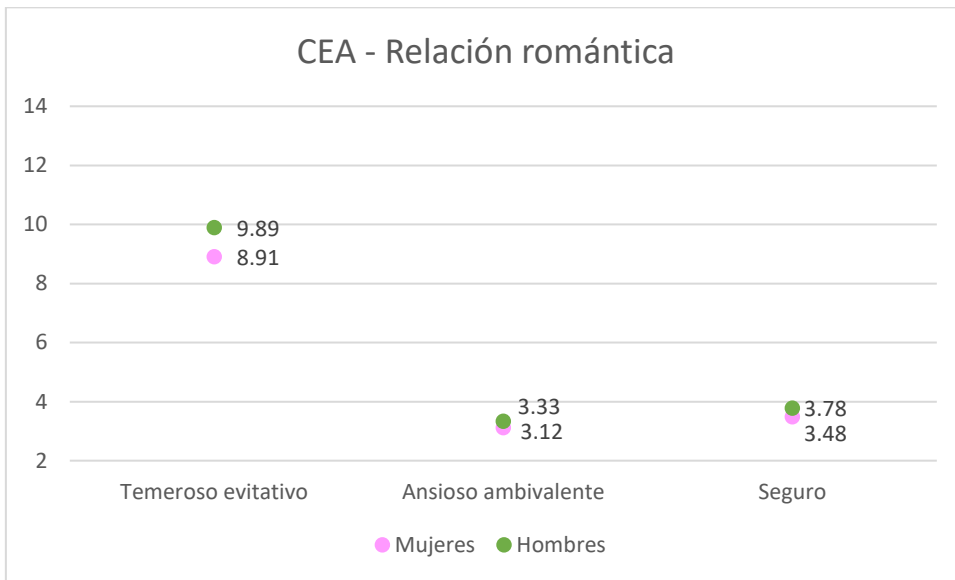


Figura 58. Puntaje en CEA – Relación romántica según género



6. 2. 2. 3. Según variables asociadas al rol del acompañante terapéutico

En relación con las variables asociadas al rol del AT, se analizó el apego según población que asiste, etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad, gravedad de los mismos y orientación teórica - técnica.

6. 2. 1. 3. 1. Según población que asiste

Únicamente se halló una diferencia significativa en Apego seguro (no romántico) según población que asiste (ver Tabla 27 y Figuras 59 y 60). Los AT que trabajan con enfermedades médicas presentaron una media significativamente mayor que los AT que seleccionaron otra (adultos mayores). Es importante tener en cuenta que el tamaño de cada subgrupo puede afectar la potencia de la prueba estadística (en subgrupos pequeños pueden no haberse detectado diferencias existentes).

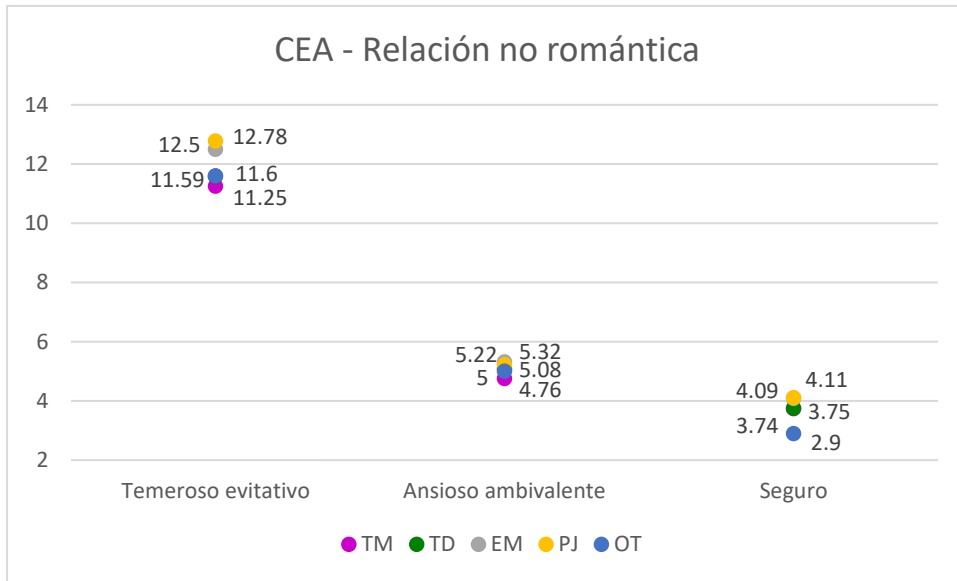
Por otra parte, todas las medias resultaron menores que el puntaje medio de las subescalas.

Tabla 27. Puntaje en CEA según población que asiste

	TM	TD	EM	PJ	OT	ANOVA - DMS			
	(n = 106)	(n = 131)	(n = 22)	(n = 9)	(n = 10)	F	g.l.	p	Sig
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)				
Relación no romántica									
Temeroso evitativo	11.25 (3.17)	11.59 (3.20)	12.50 (4.10)	12.78 (3.23)	11.60 (3.66)	0.99	4	.412	no sig.
Ansioso ambivalente	4.76 (1.51)	5.08 (1.78)	5.32 (1.78)	5.22 (1.72)	5.00 (1.15)	0.85	4	.494	no sig.
Seguro	3.74 (1.66)	3.75 (1.49)	4.09 (1.54)	4.11 (1.27)	2.90 (0.88)	1.16	4	.043	EM > OT
Relación romántica									
Temeroso evitativo	9.07 (3.33)	8.91 (3.03)	9.55 (3.79)	9.78 (3.67)	7.80 (2.20)	0.68	4	.608	no sig.
Ansioso ambivalente	3.02 (1.29)	3.22 (1.35)	3.36 (1.43)	3.11 (1.27)	2.90 (0.74)	0.59	4	.669	no sig.
Seguro	3.32 (1.50)	3.66 (1.54)	3.55 (1.53)	3.78 (1.72)	3.10 (0.99)	0.01	4	.403	no sig.

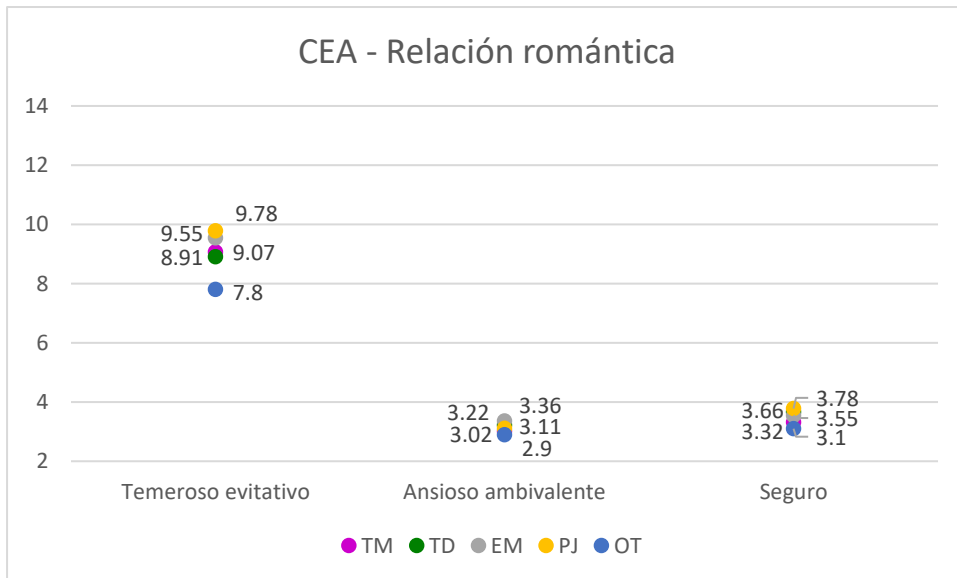
Nota. TM = trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, adicciones, trastornos alimentarios, otros), TD = trastornos del desarrollo y discapacidad, EM = enfermedades médicas (Cáncer, ACV, otros), PJ = sujetos en proceso judicial, OT = otra (todos ellos explicaron que acompañan adultos mayores).

Figura 59. Puntaje en CEA – Relación no romántica según población que asiste



Nota. TM = trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, adicciones, trastornos alimentarios, otros), TD = trastornos del desarrollo y discapacidad, EM = enfermedades médicas (Cáncer, ACV, otros), PJ = sujetos en proceso judicial, OT = otra (todos ellos explicaron que acompañan adultos mayores).

Figura 60. Puntaje en CEA – Relación romántica según población que asiste



Nota. TM = trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, adicciones, trastornos alimentarios, otros), TD = trastornos del desarrollo y discapacidad, EM = enfermedades médicas (Cáncer, ACV, otros), PJ = sujetos en proceso judicial, OT = otra (todos ellos explicaron que acompañan adultos mayores).

6. 2. 2. 3. 2. Según etapa evolutiva de los consultantes

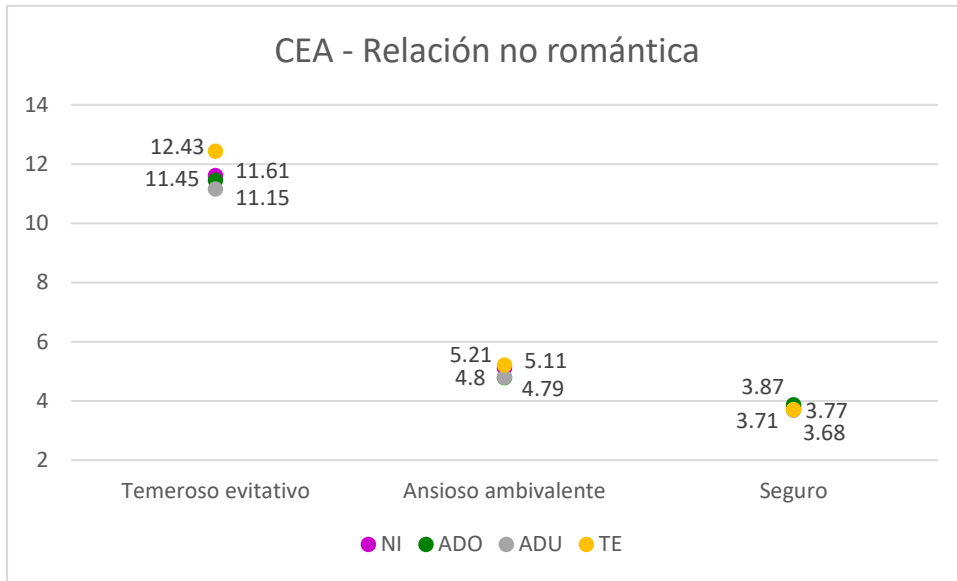
También sólo se halló una diferencia significativa en Apego temeroso evitativo (no romántico) según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT (ver Tabla 28 y Figuras 61 y 62). Los AT que trabajan con tercera edad presentaron una media significativamente mayor que los AT que trabajan con adultos. Por otra parte, todas las medias resultaron menores que el puntaje medio de las subescalas.

Tabla 28. Puntaje en CEA según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT

	NI	ADO	ADU	TE	ANOVA - DMS			
	(n = 108)	(n = 47)	(n = 81)	(n = 42)	F	g.l.	p	Sig
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)				
Relación no romántica								
Temeroso evitativo	11.61 (3.19)	11.45 (3.24)	11.15 (3.07)	12.43 (3.85)	1.44	3	.041	ADUL < TE
Ansioso ambivalente	5.11 (1.71)	4.79 (1.57)	4.80 (1.68)	5.21 (1.59)	1.02	3	.382	no sig.
Seguro	3.77 (1.45)	3.87 (1.83)	3.68 (1.51)	3.71 (1.52)	0.17	3	.918	no sig.
Relación romántica								
Temeroso evitativo	8.98 (3.13)	8.98 (3.38)	8.69 (3.04)	9.71 (3.49)	0.95	3	.418	no sig.
Ansioso ambivalente	3.25 (1.46)	3.09 (1.23)	3.11 (1.22)	2.98 (1.18)	0.51	3	.677	no sig.
Seguro	3.48 (1.53)	3.66 (1.65)	3.49 (1.61)	3.43 (1.15)	0.21	3	.892	no sig.

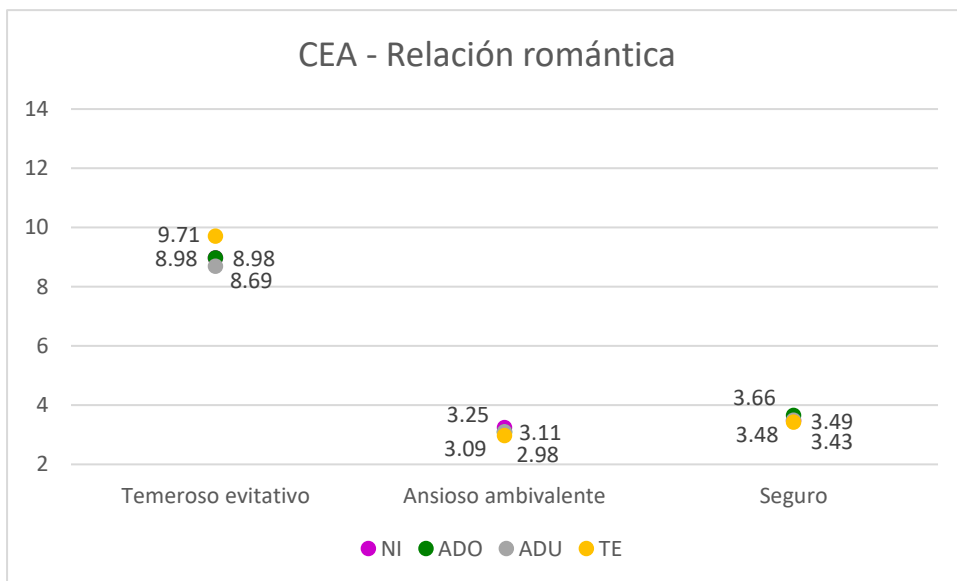
Nota. NI = niños, ADO = adolescentes, ADU = adultos, TE = tercera edad.

Figura 61. Puntaje en CEA – Relación no romántica según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT



Nota. NI = niños, ADO = adolescentes, ADU = adultos, TE = tercera edad.

Figura 62. Puntaje en CEA – Relación romántica según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT



Nota. NI = niños, ADO = adolescentes, ADU = adultos, TE = tercera edad.

6. 2. 2. 3. 3. Según gravedad de los consultantes

También sólo se halló una diferencia significativa en Apego ansioso ambivalente (romántico) según la gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT (ver Tabla 29 y Figuras 63 y 64). Los AT que trabajan con

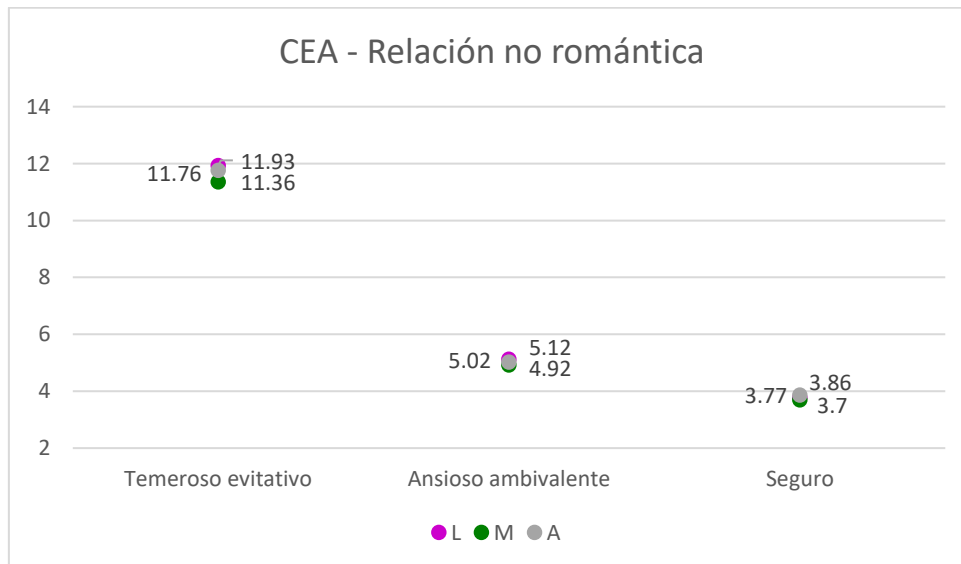
consultantes con gravedad leve presentaron una media significativamente mayor que los AT que trabajan con consultantes con gravedad moderada. Por otra parte, todas las medias resultaron menores que el puntaje medio de las subescalas.

Tabla 29. Puntaje en CEA según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT

	L (n = 57)	M (n = 155)	A (n = 66)	ANOVA - DMS			
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	F	g.l.	p	Sig.
Relación no romántica							
Temeroso evitativo	11.93 (3.48)	11.36 (3.12)	11.76 (3.49)	0.76	2	.468	no sig.
Ansioso ambivalente	5.12 (1.70)	4.92 (1.55)	5.02 (1.89)	0.34	2	.713	no sig.
Seguro	3.77 (1.51)	3.70 (1.50)	3.86 (1.66)	0.28	2	.758	no sig.
Relación romántica							
Temeroso evitativo	9.42 (3.52)	8.72 (2.90)	9.32 (3.56)	1.40	2	.247	no sig.
Ansioso ambivalente	3.49 (1.60)	2.98 (1.10)	3.21 (1.45)	3.34	2	.012	L > M
Seguro	3.70 (1.50)	3.48 (1.47)	3.41 (1.65)	0.64	2	.530	no sig.

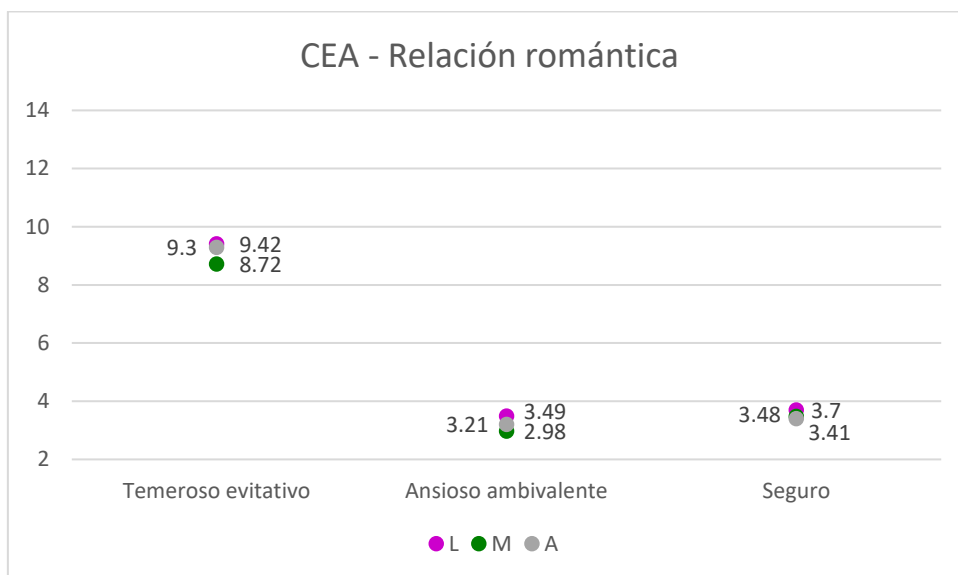
Nota. L = leve, M = moderada, A = alta.

Figura 63. Puntaje en CEA – Relación no romántica según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT



Nota. L = leve, M = moderada, A = alta.

Figura 64. Puntaje en CEA – Relación romántica según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT



Nota. L = leve, M = moderada, A = alta.

6. 2. 2. 3. 4. Según orientación teórica - técnica

En relación con la orientación teórica - técnica, (ver Tabla 30 y Figuras 65 y 66), se observaron diferencias significativas en varias subescalas de Relación no romántica (Apego temeroso evitativo, Apego ansioso ambivalente y Apego seguro) y de Relación romántica (Apego temeroso evitativo y Apego seguro). Por otra parte, únicamente la media de los gestálticos en Apego seguro (Relación no romántica) fue superior al puntaje medio; las medias restantes resultaron menores que el puntaje medio de las subescalas.

A continuación, se describirán las diferencias significativas observadas en cada subescala:

1. Relación no romántica

1.a. Apego temeroso evitativo: los cognitivos y cognitivos - conductuales presentaron las medias mayores diferenciándose significativamente de los psicoanalistas y los que seleccionaron otra que presentaron las medias menores. Los gestálticos presentaron la media más alta, pero no se observaron diferencias significativas porque su tamaño ($n = 2$) es muy chico y puede afectar la potencia de la prueba estadística.

1.b. Apego ansioso ambivalente: los sistémicos presentaron las medias mayores diferenciándose significativamente de los gestálticos que presentan las medias menores.

1.c. Apego seguro: los gestálticos presentaron la media más elevada (superior al puntaje medio) y se diferenciaron significativamente del resto de los subgrupos; a la media de los gestálticos le sigue la media de los integrativistas (inferior al puntaje medio) la cual es significativamente mayor que la media de los comunitarios (que son quienes presentaron la media menor).

2. Relación romántica

2.a. Apego temeroso evitativo: los sistémicos, los cognitivos y los cognitivos - conductuales presentaron las medias mayores, estos últimos se diferenciaron significativamente de los psicoanalistas que presentaron la media más baja. Es importante tener en cuenta que el tamaño de cada subgrupo puede afectar la potencia de la prueba estadística (en subgrupos pequeños pueden no haberse detectado diferencias existentes, por ejemplo, la diferencia entre sistémicos y cognitivos con psicoanalistas).

2.b. Apego ansioso ambivalente: no se hallaron diferencias significativas entre los subgrupos.

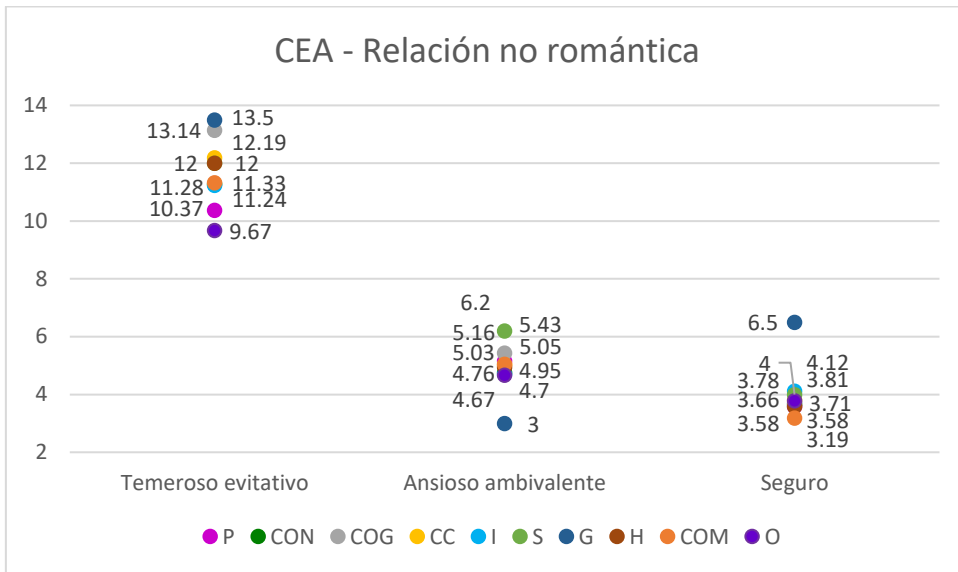
2.c. Apego seguro: los que seleccionaron otra y los cognitivos - conductuales presentaron las medias mayores diferenciándose significativamente de los integrativistas y los comunitarios que presentaron las medias menores. Los cognitivos presentaron la media más baja, pero no se observaron diferencias significativas porque su tamaño ($n = 7$) es muy chico y puede afectar la potencia de la prueba estadística.

Tabla 30. Puntaje en CEA según orientación teórica - técnica como AT

	P (n = 43)	CON (n = 29)	COG (n = 7)	CC (n = 110)	I (n = 33)	S (n = 5)	G (n = 2)	H (n = 19)	COM (n = 21)	O (n = 9)	ANOVA - DMS																			
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	F	gl	p	Sig																
Relación no romántica																														
Temeroso	10.37	11.28	13.14	12.19	11.24	12.00	13.50	12.00	11.33	9.67	1.83	9	.037	COG > P																
	(3.20)	(2.86)	(2.48)	(3.53)	(2.59)	(2.00)	(0.71)	(4.29)	(2.87)	(1.94)					.034	COG > O														
																	.002	CC > P												
																			.025	CC > O										
Ansioso	5.16	4.76	5.43	5.03	4.70	6.20	3.00	4.95	5.05	4.67	0.94	9	.022	S > G																
	(1.84)	(1.57)	(1.62)	(1.74)	(1.61)	(1.30)	(0.00)	(1.54)	(1.28)	(1.41)																				
Seguro	3.58	3.66	3.71	3.81	4.12	4.00	6.50	3.58	3.19	3.78	1.38	9	.009	G > P																
	(1.47)	(1.61)	(0.76)	(1.65)	(1.65)	(1.58)	(2.12)	(1.22)	(1.12)	(1.09)					.012	G > CON														
																	.024	G > COG												
																			.014	G > CC										
																					.034	G > I								
																							.049	G > S						
																									.011	G > H				
																											.004	G > COM		
																													.024	G > O
Relación romántica																														
Temeroso	7.79	8.90	10.14	9.44	8.97	10.40	8.50	8.74	9.00			9.11	1.14	9	.005	CC > P														
	(2.36)	(3.26)	(2.91)	(3.48)	(2.77)	(3.91)	(2.12)	(3.33)	(3.91)			(1.54)																		
Ansioso	3.09	3.07	3.14	3.23	2.94	3.80	2.00	3.37	3.05			2.89	0.57	9	.824	no sig.														
	(1.43)	(1.28)	(1.07)	(1.34)	(1.03)	(2.17)	(0.00)	(1.30)	(1.47)			(1.05)																		
Seguro	3.47	3.34	2.86	3.77	3.15	3.40	3.50	3.32	3.05			4.33	1.32	9	.039	CC > I														
	(1.58)	(1.37)	(0.90)	(1.66)	(1.28)	(1.67)	(2.12)	(1.34)	(1.12)			(1.58)					.044	CC > COM												
																			.038	O > I										
																					.033	O > COM								

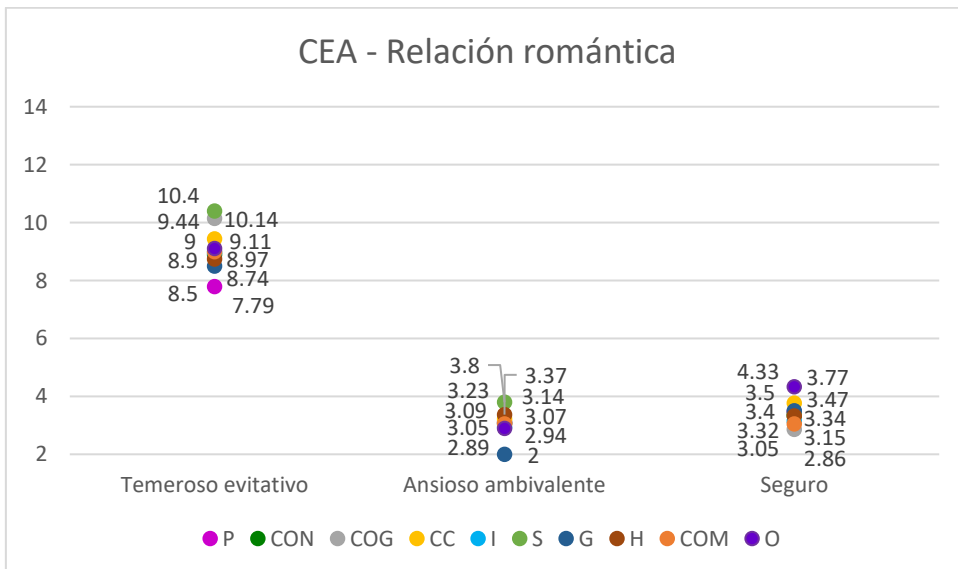
Nota. P = psicoanalítica, CON = conductual, COG = cognitiva, CC = cognitiva - conductual, I = integrativa, S = sistémica, G = gestáltica, H = humanista, COM = comunitaria, O = otra (nombraron holística, movimiento de la vida independiente, combinación de varias orientaciones y elección de alguna dependiendo del caso).

Figura 65. Puntaje en CEA – Relación no romántica según orientación teórica - técnica como AT



Nota. P = psicoanalítica, CON = conductual, COG = cognitiva, CC = cognitiva - conductual, I = integrativa, S = sistémica, G = gestáltica, H = humanista, COM = comunitaria, O = otra (nombraron holística, movimiento de la vida independiente, combinación de varias orientaciones y elección de alguna dependiendo del caso).

Figura 66. Puntaje en CEA – Relación romántica según orientación teórica - técnica como AT



Nota. P = psicoanalítica, CON = conductual, COG = cognitiva, CC = cognitiva - conductual, I = integrativa, S = sistémica, G = gestáltica, H = humanista, COM = comunitaria, O = otra (nombraron holística, movimiento de la vida independiente, combinación de varias orientaciones y elección de alguna dependiendo del caso).

6. 2. 2. 4. Según experiencia del acompañante terapéutico

Para representar la experiencia del AT se consideraron las siguientes variables: antigüedad, cantidad de consultantes asistidos anteriormente, cantidad de consultantes asistidos en la actualidad y cantidad de horas semanales de trabajo en la actualidad. Se las categorizó analizando si los puntajes se encontraban por encima o por debajo de la media y se generaron dos grupos: menor y mayor.

6. 2. 2. 4. 1. Según antigüedad

Según antigüedad, si bien los AT con menos años de ejercicio presentaron medias mayores en todas las subescalas, se halló una diferencia significativa únicamente en Temeroso evitativo y Ansioso ambivalente de las relaciones no románticas (ver Tabla 31 y Figuras 67 y 68). Dichos resultados indican que los que tienen menos años de ejercicio son más temerosos - evitativos y ansiosos ambivalentes en las relaciones no románticas. Por otra parte, cabe destacar que todas las medias fueron menores que el puntaje medio de las subescalas.

Tabla 31. Puntaje en CEA según antigüedad

	Menor	Mayor	t de Student			
	(n = 156)	(n = 122)	t	g.l.	p	Sig
	Media (DE)	Media (DE)				
Relación no romántica						
Temeroso evitativo	11.96 (3.38)	11.08 (3.09)	2.22	276	.027	Menor > Mayor
Ansioso ambivalente	5.18 (1.64)	4.73 (1.65)	2.26	276	.025	Menor > Mayor
Seguro	3.91 (1.57)	3.55 (1.48)	1.95	276	.052	no sig.
Relación romántica						
Temeroso evitativo	9.10 (3.25)	8.89 (3.14)	0.56	276	.575	no sig.
Ansioso ambivalente	3.23 (1.37)	3.02 (1.24)	1.30	276	.194	no sig.
Seguro	3.65 (1.53)	3.32 (1.48)	1.83	276	.068	no sig.

Figura 67. Puntaje en CEA – Relación no romántica según antigüedad

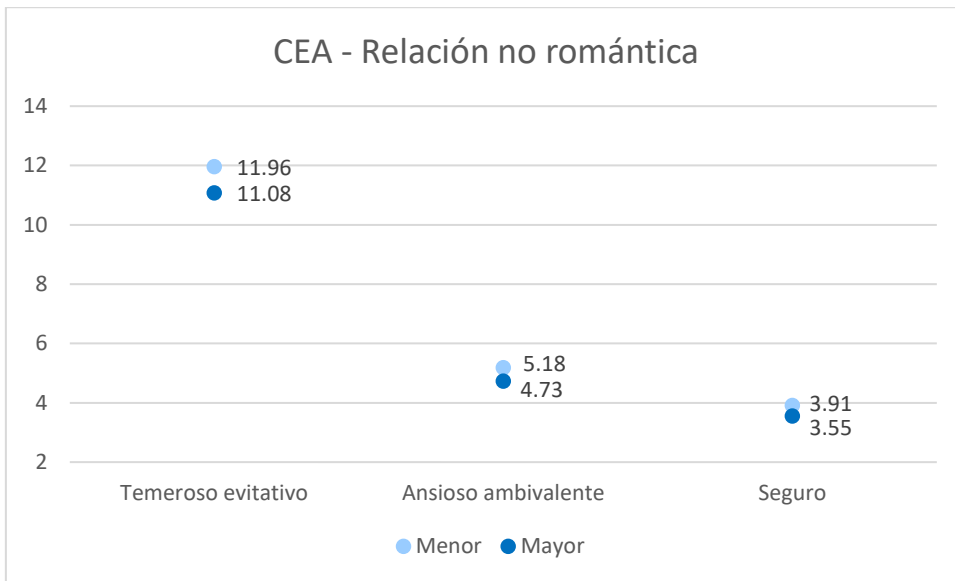
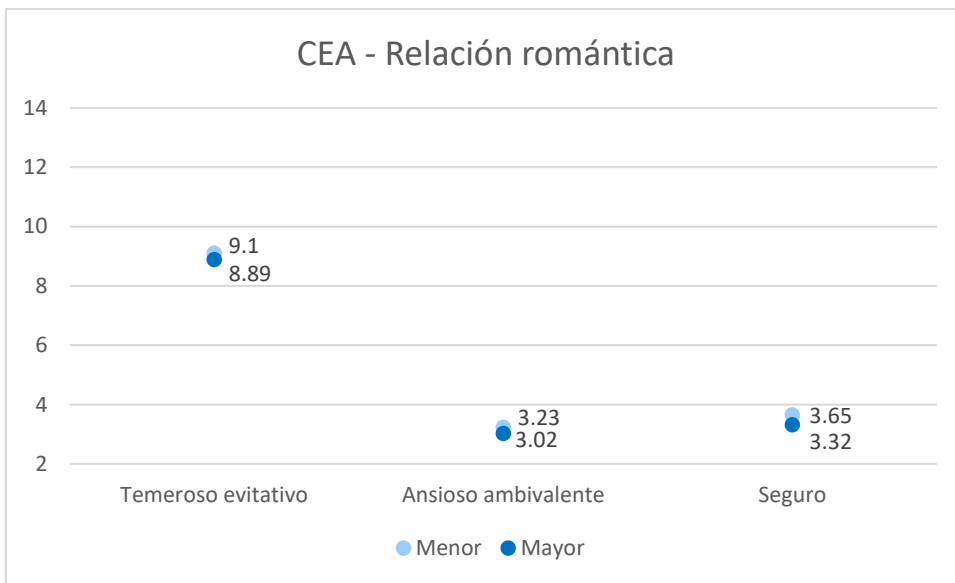


Figura 68. Puntaje en CEA – Relación romántica según antigüedad



6. 2. 2. 4. 2. Según cantidad de consultantes pasados y presentes

En cantidad de consultantes asistidos anteriormente no se hallaron diferencias significativas entre los grupos y en cantidad de consultantes asistidos en la actualidad únicamente se halló una diferencia significativa en Ansioso ambivalente de las relaciones no románticas (siendo los AT con menos consultantes los que presentaron una media significativamente mayor) (ver Tablas 32 y 33 y Figuras 69, 70, 71 y 72). Los AT con menos consultantes presentaron medias mayores en todas las subescalas. Dicha tendencia

es opuesta en cantidad de consultantes asistidos anteriormente en Temeroso evitativo de las relaciones románticas (en la cual los que menos consultantes tuvieron son los que menor media presentaron). Por otra parte, cabe destacar que todas las medias fueron menores que el puntaje medio de las subescalas.

Tabla 32. Puntaje en CEA según cantidad de consultantes asistidos anteriormente

	Menor (n = 187)	Mayor (n = 91)	t de Student			
	Media (DE)	Media (DE)	t	g.l.	p	Sig
Relación no romántica						
Temeroso evitativo	11.67 (3.27)	11.36 (3.33)	0.74	276	.459	no sig.
Ansioso ambivalente	5.09 (1.60)	4.76 (1.76)	1.57	276	.117	no sig.
Seguro	3.84 (1.52)	3.56 (1.56)	1.45	276	.148	no sig.
Relación romántica						
Temeroso evitativo	8.99 (3.16)	9.03 (3.29)	-0.09	276	.926	no sig.
Ansioso ambivalente	3.19 (1.35)	3.03 (1.23)	0.95	276	.343	no sig.
Seguro	3.60 (1.50)	3.32 (1.53)	1.45	276	.148	no sig.

Figura 69. Puntaje en CEA – Relación no romántica según cantidad de consultantes asistidos anteriormente

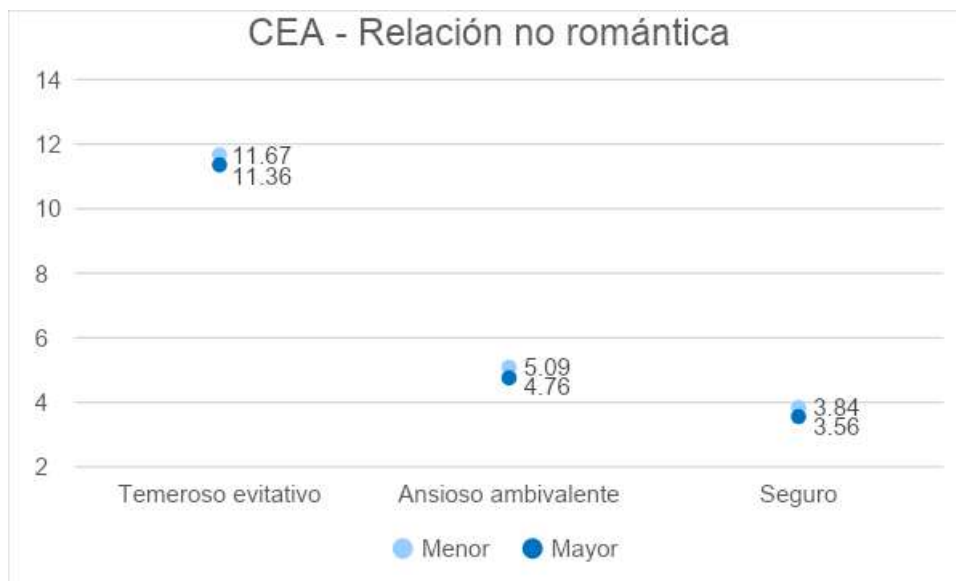


Figura 70. Puntaje en CEA – Relación romántica según cantidad de consultantes asistidos anteriormente

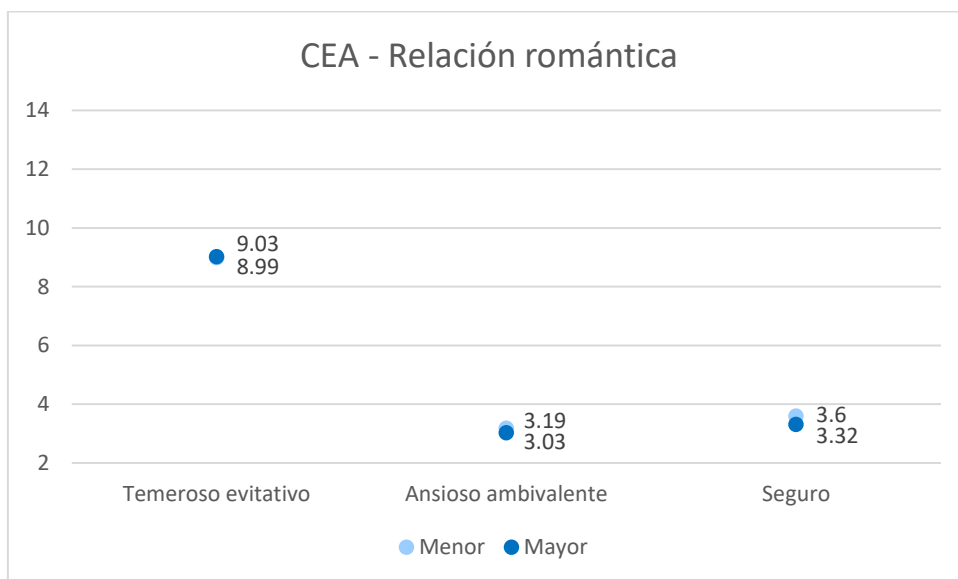


Tabla 33. Puntaje en CEA según cantidad de consultantes asistidos actualmente

	Menor (n = 177)	Mayor (n = 101)	t de Student			
	Media (DE)	Media (DE)	t	g.l.	p	Sig
Relación no romántica						
Temeroso evitativo	11.81 (3.43)	11.16 (2.98)	1.59	276	.113	no sig.
Ansioso ambivalente	5.14 (1.68)	4.70 (1.60)	2.13	276	.034	Menor > Mayor
Seguro	3.82 (1.61)	3.63 (1.41)	0.97	276	.334	no sig.
Relación romántica						
Temeroso evitativo	9.03 (3.30)	8.96 (3.05)	0.18	276	.854	no sig.
Ansioso ambivalente	3.20 (1.33)	3.03 (1.28)	1.06	276	.290	no sig.
Seguro	3.58 (1.48)	3.39 (1.58)	1.01	276	.315	no sig.

Figura 71. Puntaje en CEA – Relación no romántica según cantidad de consultantes asistidos actualmente

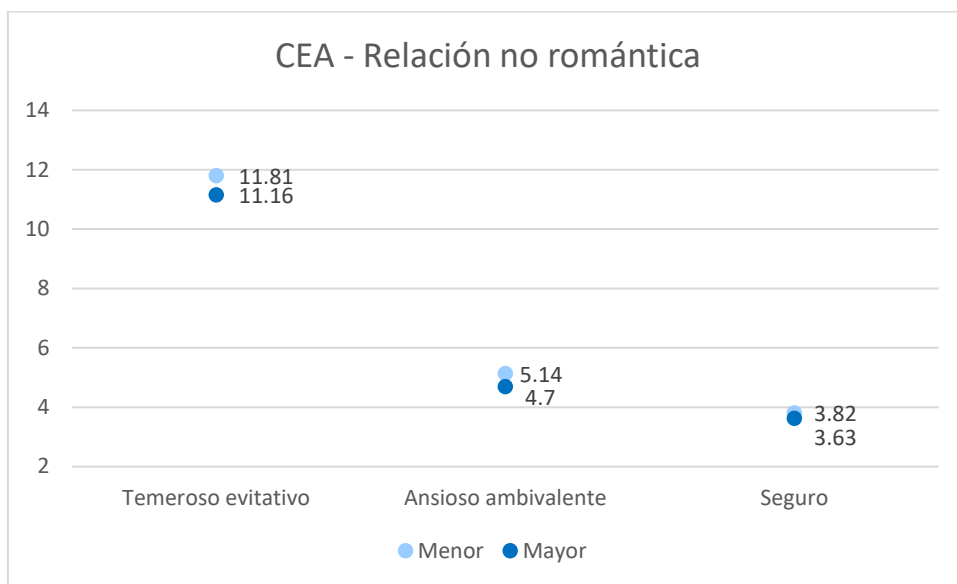
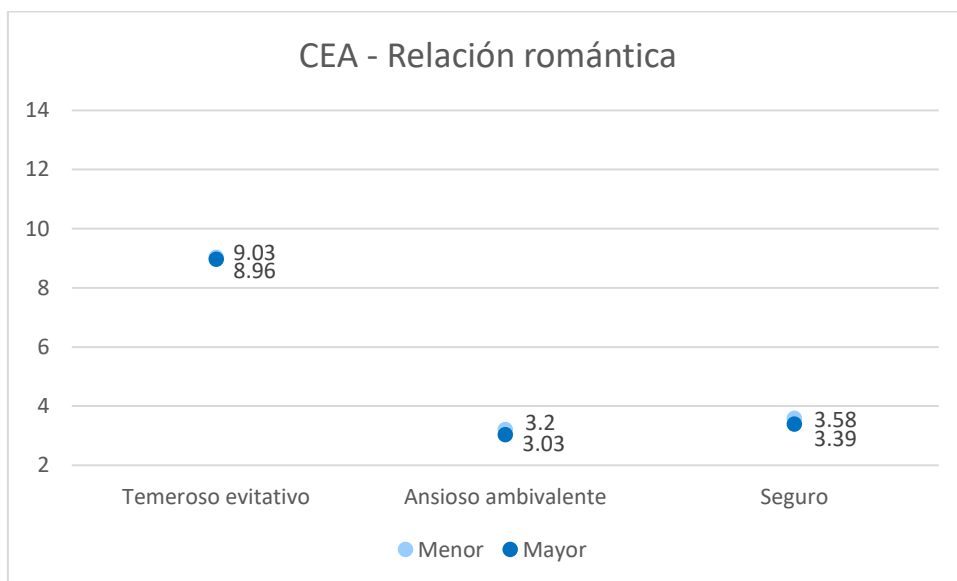


Figura 72. Puntaje en CEA – Relación romántica según cantidad de consultantes asistidos actualmente



6. 2. 2. 4. 3. Según cantidad de horas semanales

Según la cantidad de horas semanales de trabajo en la actualidad, se halló una diferencia significativa únicamente en Seguro de las relaciones románticas (ver Tabla 34 y Figuras 73 y 74). Dichos resultados indican que los que tienen menos años de ejercicio son más seguros en las relaciones románticas. Por otra parte, cabe destacar que todas las

medias fueron menores que el puntaje medio de las subescalas y similares entre los que trabajan menos y más horas (excepto en la subescala que se observó la diferencia estadísticamente significativa).

Tabla 34. Puntaje en CEA según cantidad de horas semanales

	Menor (n = 165)	Mayor (n = 113)	t de Student			
	Media (DE)	Media (DE)	t	g.l.	p	Sig
Relación no romántica						
Temeroso evitativo	11.47 (2.96)	11.72 (3.71)	-0.58	204	.560	no sig.
Ansioso ambivalente	5.09 (1.65)	4.82 (1.67)	1.32	276	.187	no sig.
Seguro	3.73 (1.47)	3.79 (1.64)	-0.32	276	.749	no sig.
Relación romántica						
Temeroso evitativo	9.01 (3.00)	9.00 (3.49)	0.03	216	.976	no sig.
Ansioso ambivalente	3.20 (1.30)	3.05 (1.34)	0.92	276	.360	no sig.
Seguro	3.75 (1.54)	3.15 (1.40)	3.31	276	.001	Menor > Mayor

Figura 73. Puntaje en CEA – Relación no romántica según cantidad de horas semanales

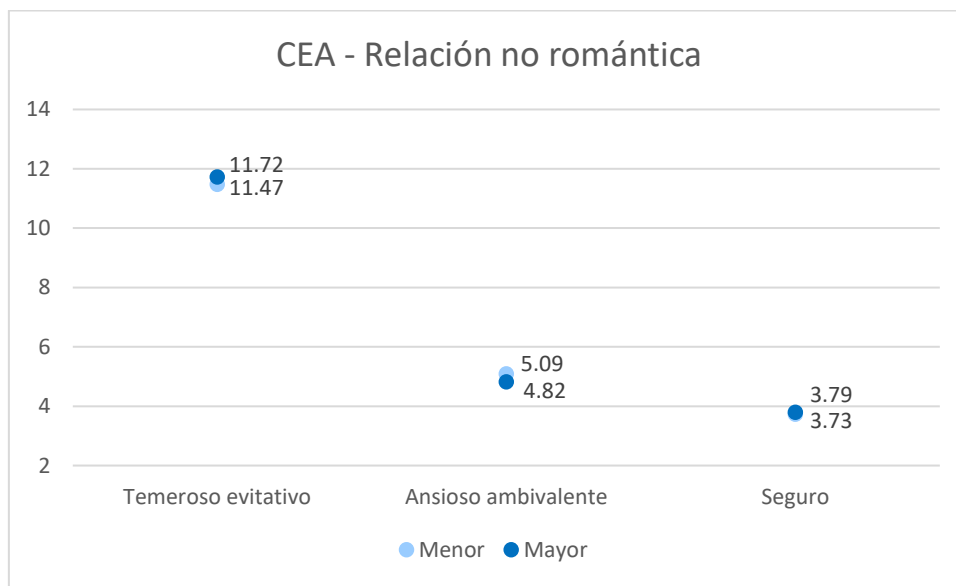
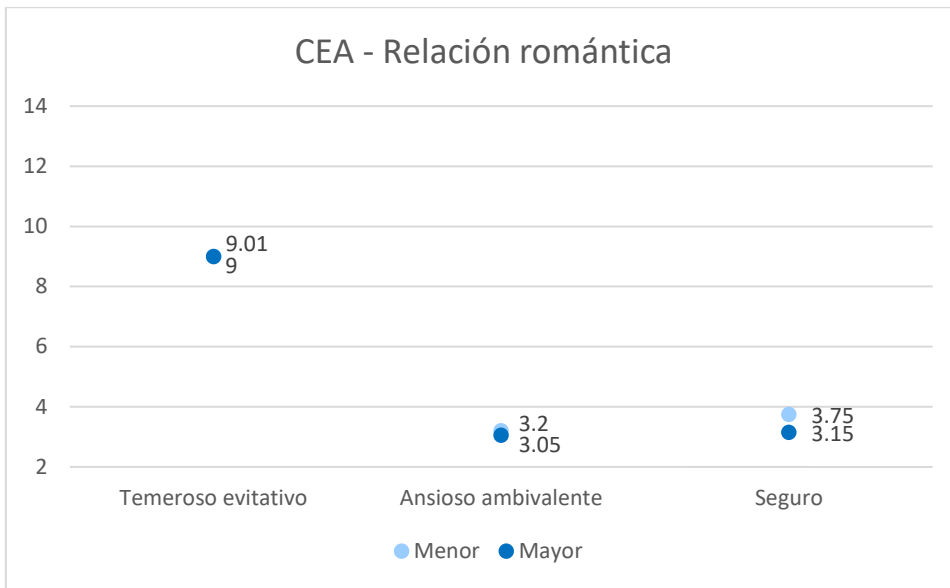


Figura 74. Puntaje en CEA – Relación romántica según cantidad de horas semanales



6. 2. 3. Dirección de intereses

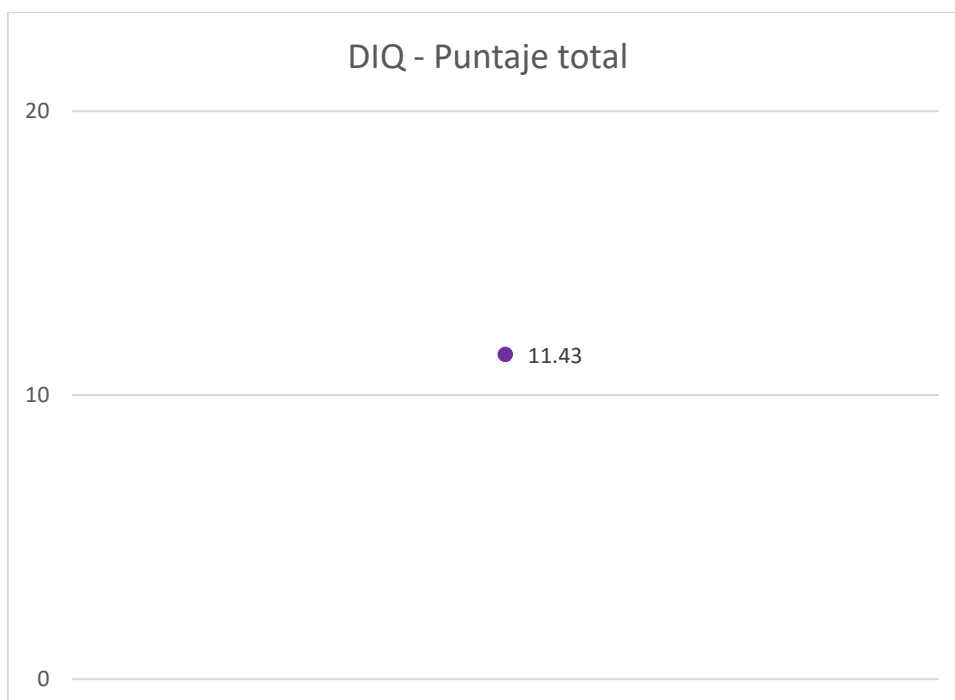
6. 2. 3. 1. Descriptivos

Observando los mínimos y máximos del DIQ se concluye que el promedio quedó en el medio (ver Tabla 35 y Figura 75). Teniendo en cuenta que los valores altos indican una dirección de intereses interna y los bajos una dirección de intereses externa se concluye que los AT de la muestra presentan, en promedio, una dirección de intereses que queda en el medio de ambos polos.

Tabla 35. Media en el puntaje total del DIQ

	AT (n = 278)			
	Media (DE)	Mínimo	Medio	Máximo
Puntaje total	11.43 (3.92)	0	10	20

Figura 75. *Media en el puntaje total del DIQ*



6. 2. 3. 2. *Según género*

No se hallaron diferencias significativas en el DIQ según género (ver Tabla 36 y Figura 76). Las medias de las mujeres y los hombres superan el puntaje medio (10). Sin embargo, se encuentran cerca del mismo indicando dirección de intereses que queda en el medio de ambos polos (siendo los hombres los que tienen un puntaje mayor). Aunque no haya diferencias significativas, se observa una tendencia en la cual ellos presentan dirección de intereses un poco más interna.

Tabla 36. *Puntaje en DIQ según género*

	Mujeres (n = 251)	Hombres (n = 27)	t de Student			
	Media (DE)	Media (DE)	t	g.l.	p	Sig
Puntaje total	11.39 (3.97)	11.85 (3.37)	0.59	276	.558	no sig.

Figura 76. Puntaje en DIQ según género



6. 2. 3. 3. Según variables asociadas al rol del acompañante terapéutico

En relación con las variables asociadas al rol del AT, se analizó la dirección de intereses según población que asiste, etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad, gravedad de los mismos y orientación teórica - técnica.

6. 2. 3. 3. 1. Según población que asiste

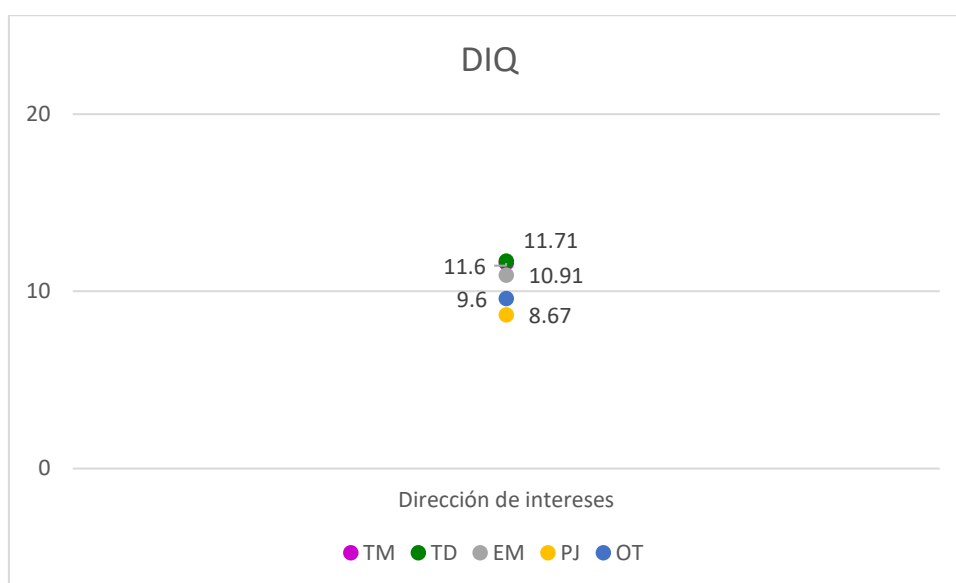
Se hallaron diferencias significativas según población que asiste (ver Tabla 37 y Figura 77). Los AT que trabajan con trastornos mentales y con trastornos del desarrollo y discapacidad presentan una dirección de intereses significativamente más interna que los AT que trabajan con sujetos en proceso judicial dado que su media es significativamente mayor. Si bien todos los subgrupos presentan medias que se encuentran cercanas al punto medio (10), los subgrupos anteriormente nombrados quedan en dos extremos: siendo los que trabajan con trastornos mentales y con trastornos del desarrollo y discapacidad los que presentan medias mayores y los que trabajan con sujetos en proceso judicial los que presentan la media más baja. Los subgrupos que quedan en el medio son los que trabajan con enfermedades médicas (quedando un poco por encima del punto medio) y los que señalaron otros aclarando que trabajan con adultos mayores (quedando un poco por debajo del punto medio).

Tabla 37. Puntaje en DIQ según población que asiste

	TM	TD	EM	PJ	OT	ANOVA - DMS			
	(n = 106)	(n = 131)	(n = 22)	(n = 9)	(n = 10)	F	g.l.	p	Sig
Dirección de intereses	11.60 (3.85)	11.71 (3.91)	10.91 (3.84)	8.67 (4.24)	9.60 (3.86)	2.01	4	.030	TM > PJ
								.024	TD > PJ

Nota. TM = trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, adicciones, trastornos alimentarios, otros), TD = trastornos del desarrollo y discapacidad, EM = enfermedades médicas (Cáncer, ACV, otros), PJ = sujetos en proceso judicial, OT = otra (todos ellos explicaron que acompañan adultos mayores).

Figura 77. Puntaje en DIQ según población que asiste



Nota. TM = trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, adicciones, trastornos alimentarios, otros), TD = trastornos del desarrollo y discapacidad, EM = enfermedades médicas (Cáncer, ACV, otros), PJ = sujetos en proceso judicial, OT = otra (todos ellos explicaron que acompañan adultos mayores).

6. 2. 3. 3. 2. Según etapa evolutiva de los consultantes

También se hallaron diferencias significativas según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT (ver Tabla 38 y Figura 78). Los AT que trabajan con adolescentes presentan una dirección de intereses significativamente más interna que los AT que trabajan con tercera edad dado que su media es significativamente mayor. Si bien todos los subgrupos presentan medias que se encuentran cercanas al punto medio (10) y levemente por encima de él, los subgrupos

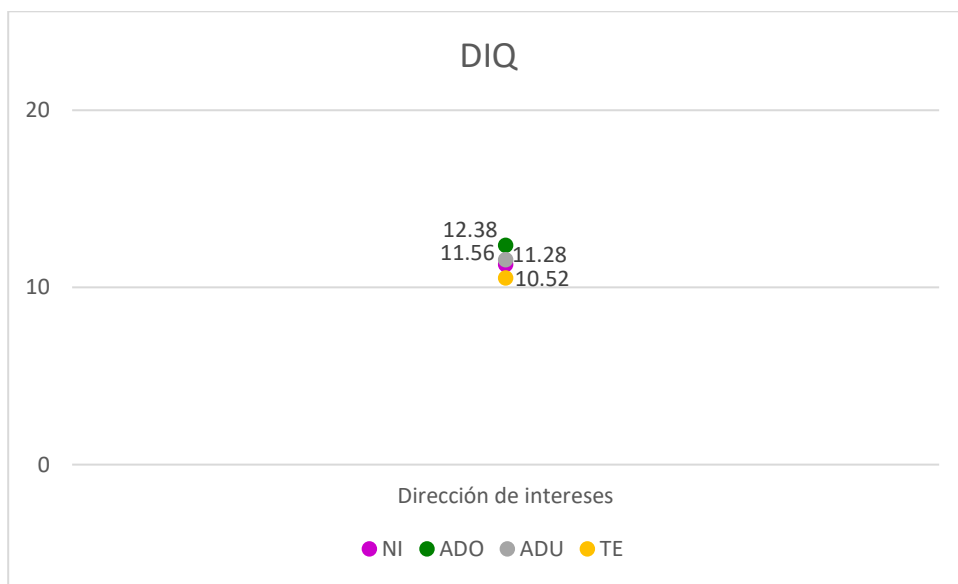
anteriormente nombrados quedan en dos extremos: siendo los que trabajan con adolescentes los que presentan la media más grande y los que trabajan con tercera edad los que presentan la media más baja. Los subgrupos que quedan en el medio son los que trabajan con adultos y con niños.

Tabla 38. Puntaje en *DIQ* según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT

	NI	ADO	ADU	TE	ANOVA - DMS			
	(n = 108)	(n = 47)	(n = 81)	(n = 42)	F	g.l.	p	Sig
Dirección de intereses	Media (DE) 11.28 (3.88)	Media (DE) 12.38 (4.25)	Media (DE) 11.56 (3.77)	Media (DE) 10.52 (3.80)	1.77	3	.026	ADO > TE

Nota. NI = niños, ADO = adolescentes, ADU = adultos, TE = tercera edad.

Figura 78. Puntaje en *DIQ* según etapa evolutiva de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT



Nota. NI = niños, ADO = adolescentes, ADU = adultos, TE = tercera edad.

6. 2. 3. 3. 3. Según gravedad de los consultantes

En relación con la gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT (ver Tabla 39 y Figura 79), no se hallaron diferencias significativas. Todas las medias superan levemente al puntaje medio (10), pero se encuentran cercanas al mismo. Quienes presentaron mayor media son los AT que trabajan con consultantes con gravedad leve (dando cuenta de un nivel más interno de dirección de intereses) y

quienes presentaron la media más baja fueron los que trabajan con consultantes con gravedad alta (dando cuenta de un nivel más externo de dirección de intereses). En el medio quedan ubicados los AT que trabajan con consultantes con gravedad moderada.

Tabla 39. Puntaje en DIQ según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT

	L (n = 57)	M (n = 155)	A (n = 66)	ANOVA - DMS			
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	F	g.l.	p	Sig
Dirección de intereses	11.96 (4.35)	11.45 (3.66)	10.94 (4.11)	1.05	2	.351	no sig.

Nota. L = leve, M = moderada, A = alta.

Figura 79. Puntaje en DIQ según gravedad de los consultantes en los que concentran la mayor actividad como AT



Nota. L = leve, M = moderada, A = alta.

6. 2. 3. 3. 4. Según orientación teórica - técnica

En relación con la orientación teórica - técnica, se observaron diferencias significativas (ver Tabla 40 y Figura 80). Los psicoanalistas presentaron medias significativamente mayores que conductuales, integrativos y gestálticos. Estos últimos obtuvieron la media más baja diferenciándose significativamente de sistémicos, psicoanalistas, humanistas y cognitivos - conductuales. Es importante tener en cuenta que el tamaño de cada subgrupo puede afectar la potencia de la prueba estadística (en subgrupos pequeños pueden no haberse detectado diferencias existentes). A continuación, se nombran los

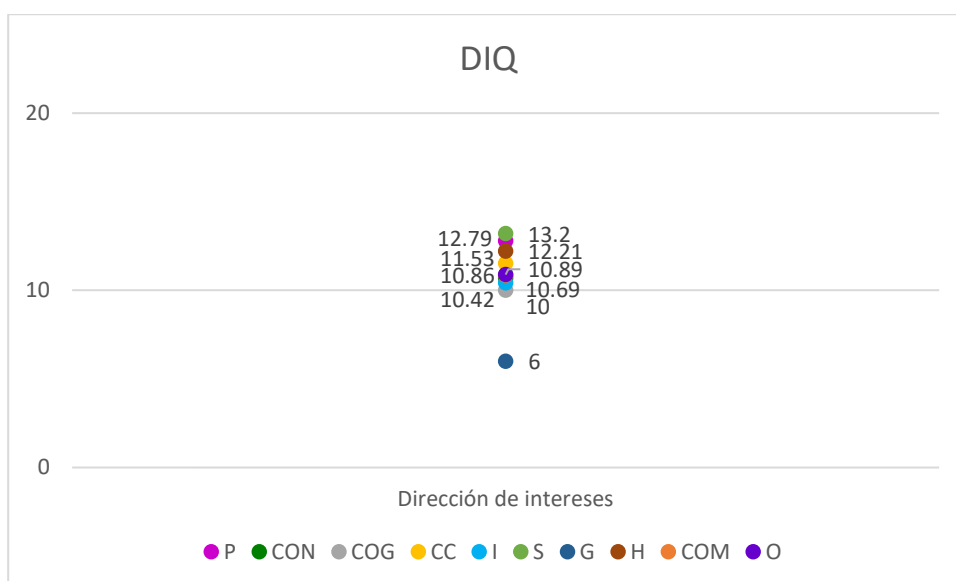
subgrupos según su valor de la media y comparando dichas medias con el puntaje medio del DIQ. Los gestálticos son el único subgrupo con media menor a 10 (dirección de intereses más externa). Los cognitivos presentaron una media de 10. Los subgrupos con medias mayores (dirección de intereses más interna) son integrativos, conductuales, comunitarios, otros (nombraron holística, movimiento de la vida independiente, combinación de varias orientaciones y elección de alguna dependiendo del caso), cognitivos - conductuales, humanistas, psicoanalistas y sistémicos (siendo estos últimos los que mayor media presentan).

Tabla 40. Puntaje en DIQ según orientación teórica - técnica como AT

	P	CON	COG	CC	I	S	G	H	COM	O	ANOVA - DMS			
	(n = 43)	(n = 29)	(n = 7)	(n=110)	(n = 33)	(n = 5)	(n = 2)	(n = 19)	(n = 21)	(n = 9)	F	gl	p	Sig
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)				
Dirección de intereses											1.78	9	.025	P > CON
													.009	P > I
													.016	P > G
													.046	CC > G
													.027	S > G
													.032	H > G

Nota. P = psicoanalítica, CON = conductual, COG = cognitiva, CC = cognitiva - conductual, I = integrativa, S = sistémica, G = gestáltica, H = humanista, COM = comunitaria, O = otra (nombraron holística, movimiento de la vida independiente, combinación de varias orientaciones y elección de alguna dependiendo del caso).

Figura 80. Puntaje en DIQ según orientación teórica - técnica como AT



Nota. P = psicoanalítica, CON = conductual, COG = cognitiva, CC = cognitiva - conductual, I = integrativa, S = sistémica, G = gestáltica, H = humanista, COM = comunitaria, O = otra (nombraron holística, movimiento de la vida independiente, combinación de varias orientaciones y elección de alguna dependiendo del caso).

6. 2. 3. 4. Según experiencia del acompañante terapéutico

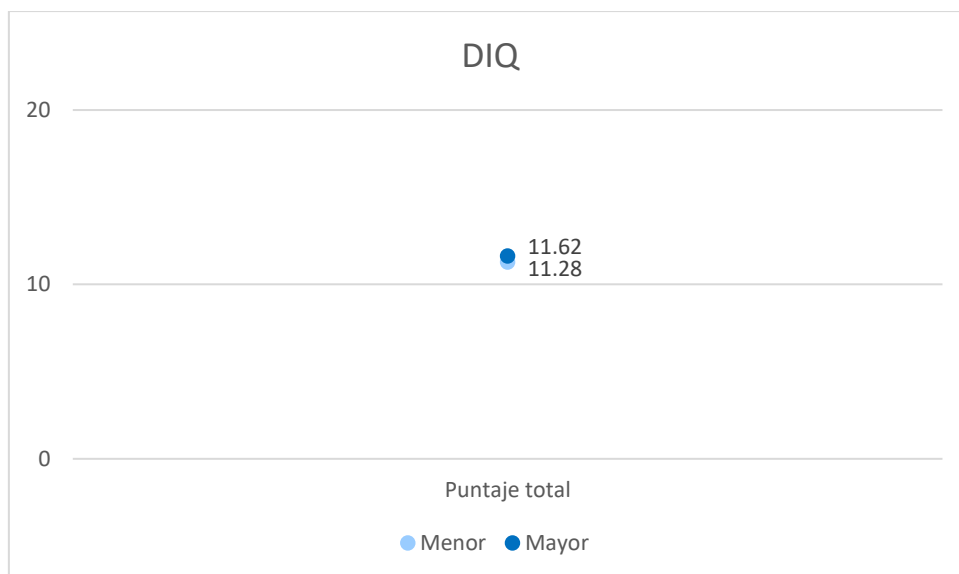
Para representar la experiencia del AT se consideraron las siguientes variables: antigüedad, cantidad de consultantes asistidos anteriormente, cantidad de consultantes asistidos en la actualidad y cantidad de horas semanales de trabajo en la actualidad. Se las categorizó analizando si los puntajes se encontraban por encima o por debajo de la media y se generaron dos grupos: menor y mayor.

6. 2. 3. 4. 1. Según antigüedad

No se hallaron diferencias significativas en el DIQ según antigüedad (ver Tabla 41 y Figura 81). Las medias de ambos grupos superan el puntaje medio (10). Sin embargo, se encuentran cerca de el mismo indicando dirección de intereses que queda en el medio de ambos polos (siendo los AT de más años de experiencia los que tienen un puntaje mayor). Aunque no haya diferencias significativas, se observa una tendencia en la cual los de más años presentan dirección de intereses un poco más interna.

Tabla 41. *Puntaje en DIQ según antigüedad*

	Menor (n = 156)	Mayor (n = 122)	t de Student			
	Media (DE)	Media (DE)	t	g.l.	p	Sig
Dirección de intereses	11.28 (3.86)	11.62 (3.99)	-0.72	276	.472	no sig.

Figura 81. *Puntaje en DIQ según antigüedad*

6. 2. 3. 4. 2. Según cantidad de consultantes pasados y presentes

No se hallaron diferencias significativas en el DIQ según cantidad de consultantes asistidos anteriormente ni cantidad de consultantes asistidos en la actualidad (ver Tablas 42 y 43 y Figuras 82 y 83). Todas las medias superan el puntaje medio (10). Sin embargo, se encuentran cerca de el mismo indicando dirección de intereses que queda en el medio de ambos polos (siendo los AT con más consultantes -pasados y actuales- los que tienen un puntaje mayor). Aunque no haya diferencias significativas, se observa una tendencia en la cual los AT con más consultantes presentan dirección de intereses un poco más interna.

Tabla 42. *Puntaje en DIQ según cantidad de consultantes asistidos anteriormente*

	Menor (n = 187)	Mayor (n = 91)	t de Student			
	Media (DE)	Media (DE)	t	g.l.	p	Sig
Dirección de intereses	11.40 (3.97)	11.49 (3.82)	-0.19	276	.852	no sig.

Figura 82. Puntaje en DIQ según cantidad de consultantes asistidos anteriormente

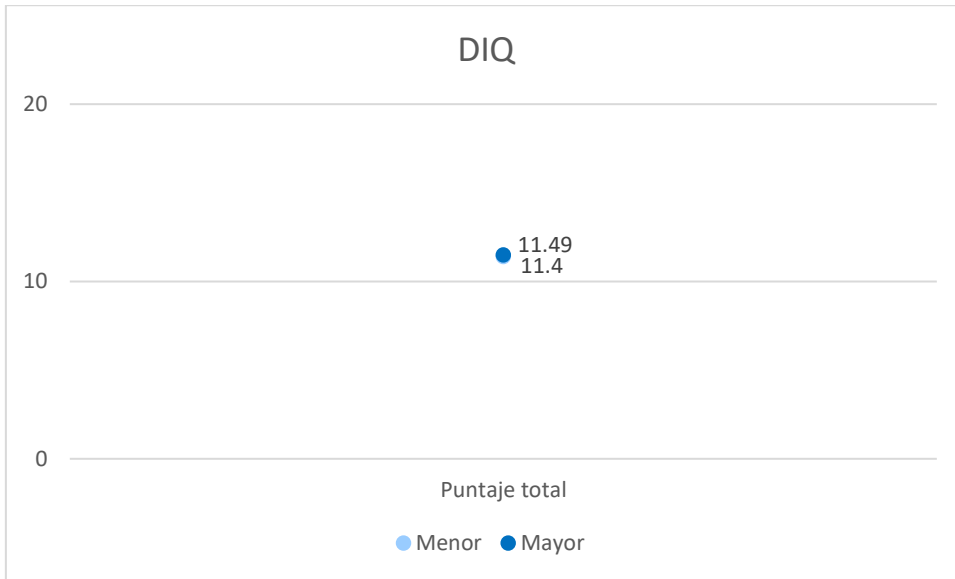
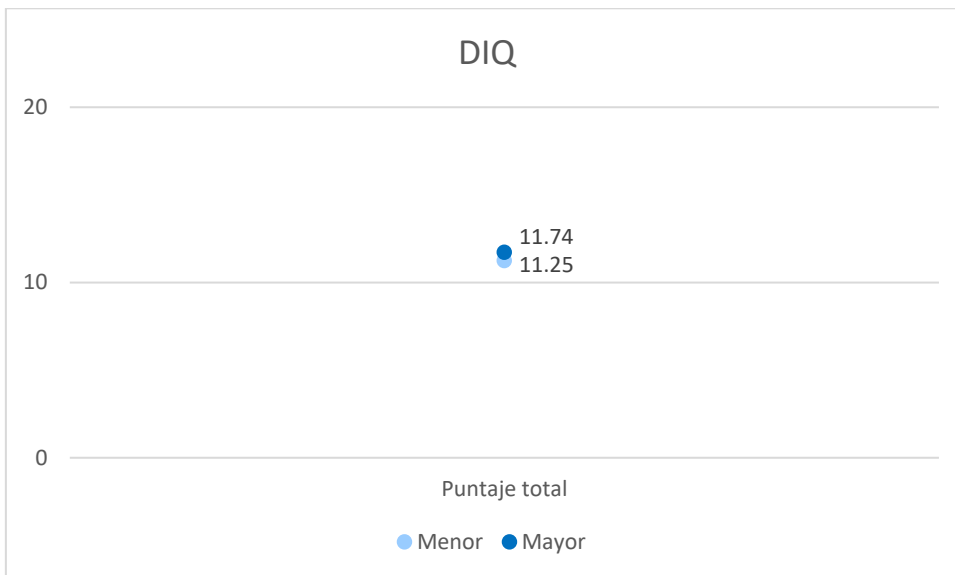


Tabla 43. Puntaje en DIQ según cantidad de consultantes asistidos actualmente

	Menor (n = 177)	Mayor (n = 101)	t de Student			
	Media (DE)	Media (DE)	t	g.l.	p	Sig
Dirección de intereses	11.25 (3.88)	11.74 (3.99)	-1.00	276	.318	no sig.

Figura 83. Puntaje en DIQ según cantidad de consultantes asistidos actualmente



6. 2. 3. 4. 3. Según cantidad de horas semanales

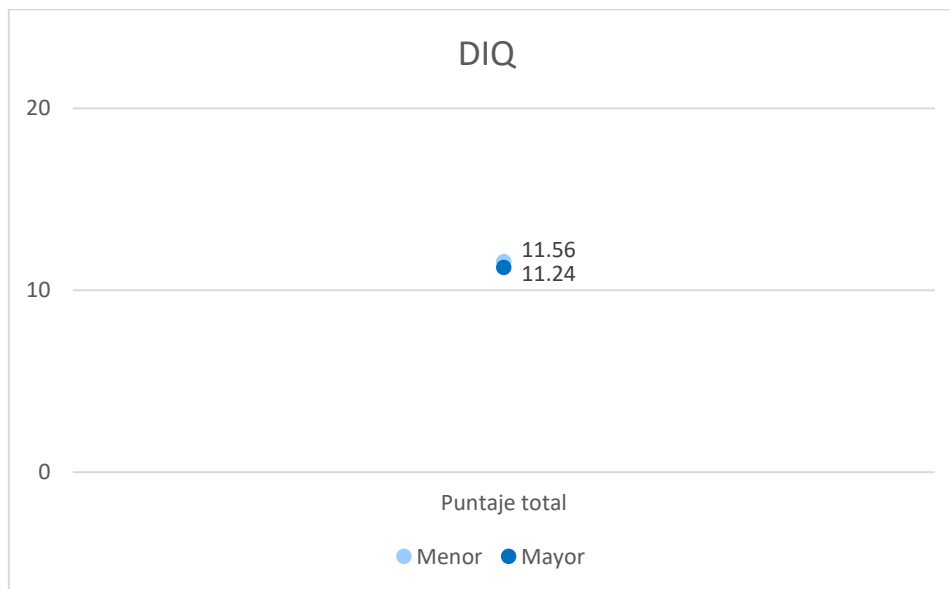
No se hallaron diferencias significativas en el DIQ según cantidad de horas semanales de trabajo en la actualidad (ver Tabla 44 y Figura 84). Las medias de ambos

grupos superan el puntaje medio (10). Sin embargo, se encuentran cerca de el mismo indicando dirección de intereses que queda en el medio de ambos polos (siendo los AT de menos cantidad de horas los que tienen un puntaje mayor). Aunque no haya diferencias significativas, se observa una tendencia en la cual los de menos cantidad de horas trabajadas presentan dirección de intereses un poco más interna.

Tabla 44. Puntaje en DIQ según cantidad de horas semanales

	Menor (n = 165)	Mayor (n = 113)	t de Student			
	Media (DE)	Media (DE)	t	g.l.	p	Sig
Dirección de intereses	11.56 (3.83)	11.24 (4.05)	0.68	276	.798	no sig.

Figura 84. Puntaje en DIQ según cantidad de horas semanales



6. 2. 4. Relación entre estilo personal del acompañante terapéutico, estilos de apego y dirección de intereses.

Se halló una correlación significativa y positiva entre Procedimental y Vincular, lo cual indica que un estilo más planificado se asocia con mayor apertura emocional y alto nivel de involucramiento (ver Tabla 45).

Tabla 45. Correlaciones entre las subescalas del EPAT-C

EPAT-C	Procedimental
Vincular	r = .236 p < .001

Teniendo en cuenta el vínculo entre la subescala Procedimental y los estilos de apego en las relaciones no románticas, se observaron correlaciones significativas y positivas con Temeroso evitativo y con Ansioso ambivalente: a mayor apego temeroso y ansioso mayor planificación en el tratamiento (ver Tabla 46). Dichos hallazgos son consistentes con la hipótesis 1 de este estudio: Los AT que poseen un estilo de apego ansioso tienden, en la función operativa del EPAT-C, a incluirse en dispositivos terapéuticos más pautados, presentan una menor tendencia a la espontaneidad y no permiten que el paciente se aleje de los objetivos propuestos en el tratamiento. Contrariamente, no se hallaron diferencias significativas con el apego seguro ni con ningún estilo de apego de las relaciones románticas. La subescala Vincular no presentó correlaciones significativas con los estilos de apego (ver Tabla 46).

Tabla 46. *Correlaciones entre EPAT-C con CEA*

CEA		EPAT-C	
		Procedimental	Vincular
Relación no romántica	Apego temeroso evitativo	r = .181 p = .003	r = .052 p = .392
	Apego ansioso ambivalente	r = .141 p = .019	r = .109 p = .069
	Apego seguro	r = .031 p = .611	r = .001 p = .992
Relación romántica	Apego temeroso evitativo	r = .103 p = .087	r = .001 p = .982
	Apego ansioso ambivalente	r = .068 p = .258	r = .065 p = .280
	Apego seguro	r = .029 p = .632	r = .041 p = .500

Por otra parte, se halló una correlación significativa y negativa entre Procedimental y la dirección de intereses: a mayor dirección de intereses interna menor planificación en el tratamiento (ver Tabla 47). Dichos hallazgos son consistentes con las hipótesis 2 y 3 de este estudio. La hipótesis 2 plantea que los AT con una dirección de intereses interna tienden a un estilo personal receptivo en la función atencional y un estilo personal espontáneo en la función operativa y la hipótesis 3 que los AT con una dirección de intereses externa tienden a un estilo personal activo en la función atencional y sujeto a pautas en la función operativa.

La subescala Vincular no presentó correlaciones significativas con la dirección de intereses (ver Tabla 47).

Tabla 47. *Correlaciones entre EPAT-C con DIQ*

DIQ	EPAT-C	
	Procedimental	Vincular
Dirección de intereses	r = -.220 p < .001	r = .077 p = .201

También se evaluó la relación entre los estilos de apego y la dirección de intereses no encontrándose correlaciones significativas (ver Tabla 48).

Tabla 48. *Correlaciones entre CEA y DIQ*

	CEA	DIQ
		Dirección de intereses
Relación no romántica	Apego temeroso evitativo	r = -.071 p = .240
	Apego ansioso ambivalente	r = -.047 p = .434
	Apego seguro	r < .001 p = .994
Relación romántica	Apego temeroso evitativo	r = -.037 p = .538
	Apego ansioso ambivalente	r = .066 p = .272
	Apego seguro	r = .038 p = .530

Capítulo 7. Discusión

Durante el desarrollo de la presente tesis doctoral hubo determinados lineamientos conceptuales que han ido acompañando el espíritu de la investigación. Uno de ellos es comprender la profesión del acompañamiento terapéutico como un agente de salud que interviene en los sucesos de la vida cotidiana del consultante, bien llamado por Suárez (2023) como “terapeuta de lo cotidiano”. Sumado a esto, se concibió la función del acompañamiento terapéutico en el marco del diseño terapéutico según la población específica que se asista, proceso denominado como “alianza estratégica” en la conceptualización que realizó Tolosa (2018a) para explicar en cómo el AT se integra al equipo de tratamiento. Y, por último, lo que se ha conformado como la piedra angular del estudio: la persona del AT, su factor idiosincrásico, que compromete las acciones estilísticas primordiales con las que el estilo personal de los AT moldea las aplicaciones teóricas, técnicas y estratégicas en la vida cotidiana como lo han evidenciado las investigaciones de Corbella (2002), Fernández-Álvarez y García (1998), Fernández-Álvarez et al. (1998), Genise (2015), Vega (2006) y en relación a los psicoterapeutas.

En este sentido, esta investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre el estilo personal del acompañante terapéutico, estilos de apego, dirección de intereses, poblaciones clínicas que asisten y orientación teórica - técnica.

En esta línea, el gran reto que conllevó esta investigación fue estudiar las características personales de profesionales de la salud donde su encuadre terapéutico se despliega en la complejidad de la vida cotidiana, por un lado, y la ausencia de investigaciones previas que brinden el sustrato de evidencia empírica para la generación de conocimientos en este ámbito, por el otro.

Afortunadamente, la consistente evidencia empírica sobre “el estilo personal del terapeuta” (García y Fernández-Álvarez, 2007), gestada desde el 1998 y que hasta el 2018 contaba con 50 publicaciones científicas basadas en distintas poblaciones y países (Casari, Ison y Gómez, 2018), brindaron los fundamentos necesarios para investigar el constructo “estilo personal del acompañante terapéutico”.

Más específicamente, García y Fernández-Álvarez (2007) demostraron que el estilo personal del terapeuta muestra una marcada estabilidad temporal e influye en el modo específico de aplicar cualquier procedimiento o técnica psicoterapéutica. Estos hallazgos motivaron a que la pregunta de investigación central de este estudio sea: cómo estas características investigadas en el estilo personal del terapeuta se podrían manifestar en el estilo personal del AT. Debido a las diferencias fundamentales entre los psicoterapeutas y los AT, tanto en los aspectos procedimentales como vinculares.

Rossi G. (2007), un referente del acompañamiento terapéutico en Argentina define la función distintiva del AT de la siguiente manera: “la atención ambulatoria con AT permite otro abordaje respecto de la vida diaria del consultante, sus ansiedades a la salida de la internación, su malestar ante la ausencia de actividades y proyectos” (p. 49). En cambio, el psicoterapeuta diseña el dispositivo del tratamiento, en base a un proceso de evaluación y conceptualización enmarcados en fundamentos teóricos, técnicos y estratégicos que resultan del trabajo terapéutico que se realiza con un encuadre controlado como el consultorio o institución en salud mental y que, a su vez, estos procesos se enriquecen con el trabajo del AT en la vida cotidiana (Dragotto y Frank, 2012; Tolosa, 2015b).

Entonces, en este propósito de analizar la relación entre el estilo personal del AT, estilos de apego, dirección de intereses, poblaciones clínicas que asisten y orientación teórica - técnica, se obtuvieron resultados interesantes para el campo del ejercicio profesional del acompañamiento terapéutico, los cuales, serán discutidos minuciosamente a continuación.

En relación con la hipótesis 1, en este estudio se observaron correlaciones significativas y positivas entre la función procedimental del EPAT-C y dos estilos de apego en las relaciones no románticas (temeroso evitativo y ansioso ambivalente). Asimismo, no se hallaron diferencias significativas con el apego seguro en las relaciones no románticas ni con ningún estilo de apego de las relaciones románticas. Dichos hallazgos son consistentes con la hipótesis 1 y sugieren que los AT que poseen un estilo de apego ansioso tienden a incluirse en dispositivos más pautados, presentan una menor tendencia a la espontaneidad y no permiten que el consultante se aleje de los objetivos propuestos en el diseño de tratamiento.

Estos datos concuerdan con las investigaciones realizadas con psicoterapeutas. Botella, et al. (2007) observaron que la dimensión de la ansiedad en las relaciones de apego está relacionada con la función instruccional del EPT. Los terapeutas con bajas puntuaciones en la dimensión ansiedad del cuestionario de apego (ECR) también obtuvieron bajas puntuaciones en la función instruccional, lo cual, fue un indicador de un estilo más flexible. Los terapeutas con un estilo más rígido obtuvieron puntuaciones más elevadas en la dimensión de ansiedad del cuestionario de apego. De igual modo, Genise (2015) encontró una relación significativa entre la extraversión, el estilo de apego temeroso evitativo y la función expresiva. Si bien el objetivo de esta investigación no incluye variables de la personalidad, resulta concordante que tanto los terapeutas como

los AT que tienden a experimentar mayor ansiedad y sentirse inseguros en la relación con el consultante suelen establecer encuadres terapéuticos más rígidos y sometidos reglas o a los protocolos del tratamiento.

Contrariamente, lo que no coincide con investigaciones previas (Botella et al., 2007; Genise, 2015), es que no se encontraron correlaciones significativas con el apego seguro ni con el estilo de apego en las relaciones románticas. En Botella et al. (2007) un estilo de apego seguro y especialmente puntuaciones bajas en la dimensión de la ansiedad (ECR) estuvieron asociadas a una mayor flexibilidad en el estilo personal del terapeuta.

Por otra parte, no se hallaron correlaciones entre la subescala vincular del AT (la cual incluye la expresión emocional y el grado de involucración) con los diferentes estilos de apego (románticos y no románticos), lo cual, sugiere que el estilo de apego no se relaciona con la expresión emocional ni con el grado de involucración. Estos datos no coinciden con estudios previos (Black, Hardy, Turpin y Parry, 2005; Henry, Schacht y Strupp, 1990) donde se mostró la influencia significativa de un estilo de apego seguro con una mejor calidad percibida en las relaciones terapéuticas con los consultantes. Posteriormente, Genise (2015) mostró que en los psicoterapeutas existe una correlación positiva entre el factor de apertura a la experiencia, estilo de apego seguro y estilo personal de involucración. En contraste, aquí se mantiene la tendencia de los resultados con respecto a la relación terapéutica establecida por los AT, donde se observa una *distancia operacional* en el trabajo cotidiano con el consultante y su entorno. Así, dos autoras muy influyentes en la formación de AT, Kuras de Mauer y Resnizky (2005), en su obra Territorios del Acompañamiento Terapéutico, profundizan en la noción de distancia operacional dentro de esta práctica clínica, a la cual, definieron como el modo en que los AT establecen y manejan la proximidad o separación con el consultante durante su intervención. No se trata solo de una distancia física, sino también de la capacidad del AT para regular su implicación emocional y su posición profesional. Las autoras mencionan que, al acompañar, se crea un “espacio transicional” entre la desolación y la esperanza, entre la desconexión y la pertenencia. Destacan que la *distancia operacional* es fundamental para el ejercicio del acompañamiento terapéutico. Este espacio entre el AT y el consultante permitiría la recomposición y la creación de un vínculo terapéutico significativo.

En referencia a la hipótesis 2 de este estudio, se observaron resultados consistentes con la misma. Se encontró una correlación significativa y negativa entre la dimensión procedimental del EPAT-C y dirección de intereses: es decir que a mayor dirección

interna menor planificación en el tratamiento. Del mismo modo, en el estudio llevado adelante por Corbella et al. (2008) con el objetivo de profundizar en el conocimiento del estilo personal del terapeuta y la dirección de intereses de los terapeutas en formación, encontraron una correlación significativa entre la función atencional (receptiva, abierta) y la dirección de intereses interna de los participantes. Lo mismo ocurrió para la función operativa.

A partir de estos datos, dichos autores concluyeron que el aspecto más receptivo y espontáneo (función atencional y operativa en el EPT-C) del terapeuta se relaciona con una dirección de intereses más interna, a diferencia del carácter focalizado y pautado, que está más relacionado con una dirección de intereses más externa.

Asimismo, los resultados de este estudio (correlación significativa y negativa entre la dimensión procedimental del EPAT-C y dirección de intereses) también proveen evidencia para afirmar la hipótesis 3 (los AT con una dirección de intereses externa tienden a un estilo personal sujeto a pautas) y están en concordancia con las conclusiones anteriormente detalladas de Corbella et al. (2008). Cabe aclarar que en los AT la subescala procedimental (atencional, instruccional y operativa en el EPT-C) incluye el encuadre de trabajo, las intervenciones y técnicas utilizadas, y los mecanismos atencionales. Los valores altos de la subescala indican un estilo más planificado (pautado, directivo y focalizado) y los bajos un estilo más espontáneo (abierto, no directivo y receptivo).

No obstante, en la subescala vincular del AT (la cual incluye la expresión emocional y el grado de involucración) no se presentaron correlaciones significativas con la dirección de intereses. Es decir que, la dirección de intereses que tenga el AT en la relación terapéutica con el acompañado no se asocia con la expresión emocional ni con el grado de involucración. Corbella et al. (2008) llegaron a las mismas conclusiones.

Por otro lado, respecto a la etapa evolutiva de los consultantes que asisten los AT y su relación con el estilo personal, se observaron datos interesantes que dan cuenta de las características distintivas con los psicoterapeutas.

Como se mostró en el capítulo de los resultados, los AT que trabajan con niños son los más pautados y expresivos, y los que trabajan con adolescentes, adultos y tercera edad menos pautados y expresivos (presentando medias cercanas al puntaje medio, lo cual, indica moderada pauta y expresión).

En consecuencia, estos datos no confirman la hipótesis 4, en relación que a los AT que trabajan con niños tienden a una mayor flexibilidad en el encuadre, las intervenciones y las técnicas que aquellos que asisten a otras poblaciones. En este sentido,

un dato interesante que permite reconocer las diferencias en los estilos personales terapéuticos entre AT y psicoterapeutas es que bajo condiciones similares de las tareas se tienden a manifestar de manera diferente en el plano procedimental. Así Vega (2006) menciona que la flexibilidad en los terapeutas que trabajan en neonatología tienden a ser más flexibles en sus encuadres e intervenciones terapéuticas debido a que suelen experimentar un contexto terapéutico cambiante debido a las características particulares del trabajo en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) en lo referente a horarios, el dinamismo del equipo interdisciplinario y otras variables. Vega (2006) lo explica de esta manera: “Los terapeutas que trabajan en neonatología encuentran que el consultorio es como la casa de un caracol, lo llevan puesto y pueden desplegarlo en las unidades de cuidado neonatal, en un consultorio de la institución, en las habitaciones donde las madres están internadas, en las salas de parto, en los jardines o en los pasillos” (p. 106). De igual modo, los AT, en general, viven esta realidad profesional de llevar puesta como caracol la tarea terapéutica en la cotidianidad, pero afrontan esta realidad de una manera más pautada.

En este sentido, en una obra clásica en la formación psicoanalítica de los AT: “El arte de acompañar, niños y adolescentes” de Goyeneche y Piccinimi (2013) se hace referencia a lo investigado en este estudio sobre la función procedimental, a saber; “Sólo la estrategia terapéutica, acordada con el equipo interdisciplinario, forma la grilla, el esquema o marco que delimita el accionar de cada acompañamiento. Dicho en otras palabras, no se pueden definir a priori “los movimientos” que realiza el acompañante, sino que es en relación con el proceso terapéutico que se irán delineando” (p. 15). Más recientemente, y desde una perspectiva cognitivo-conductual, Cossi (2016) conceptualizó la función del acompañamiento terapéutico, en el marco de la evidencia empírica de los tratamientos, según el diseño basado en guías de prácticas óptimas, las cuales, determinan las indicaciones específicas de la intervención del AT en la vida cotidiana del consultante. En el trabajo con niños y adolescentes, Cossi (2019) hace hincapié en programas de tratamientos cognitivo-conductuales que poseen protocolos específicos donde se encuadra el accionar del AT, como lo son el entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva, modelado vicario, terapia de exposición, resolución alternativa de problemas, entre otros.

Teniendo en cuenta que en la muestra no se hallaron diferencias significativas en procedimental ni en vincular según la etapa evolutiva de los consultantes en los que se concentra la mayor actividad como AT, se podría considerar que esta tendencia se

relaciona con las características propias de la profesión del acompañamiento terapéutico donde el encuadre de trabajo, las intervenciones y técnicas y la selección de los elementos necesarios para avanzar en el trabajo terapéutico, que facilite el proceso y los resultados de la intervención cotidiana, está sujeta, en general, a la estructura establecida por el equipo interdisciplinario. Entonces, sería presumible que la tendencia media en la dirección de intereses de la muestra general de AT se encuentra modulada por el papel relevante de la función procedimental en estos agentes de salud.

Ahora bien, los valores por encima en procedimental y vincular de los AT que trabajan con niños, en comparación con los otros grupos de poblaciones, da cuenta del estilo más planificado y pautado en sus intervenciones terapéuticas cotidianas y que, al mismo tiempo, se observa un factor común de los agentes de salud que trabajan con niños: mayor expresividad e implicación (Casari et al., 2017; Genise, 2015; Vega, 2006.).

De este modo, Casari et al. (2017) llevaron adelante un estudio dirigido a analizar si existían diferencias en el estilo personal entre los terapeutas dedicados a los TEA y los que trabajan en psicología clínica general. Como resultado, se registró una única diferencia significativa en la función Involucración, donde el Grupo TEA obtuvo mayor puntuación. Los autores adjudicaron estos resultados a que los niños con TEA, dado sus déficits en el neuro desarrollo y, fundamentalmente, en las habilidades comunicativas, exigen a los profesionales del equipo la puesta en práctica de mayores recursos personales, lo cual, trae aparejado la cercanía e involucramiento afectivo - emocional.

En contraste, en la literatura del acompañamiento en el ámbito escolar (Frank,2006) se considera que el vínculo debe ser ético en su esencia, dando relevancia al respeto profundo por el otro, por su subjetividad. Asimismo, describiendo la relevancia otorgada a la función vincular en el AT, esta autora la considera un proceso de construcción que se da a partir de la confianza depositada en la palabra del otro, como una herramienta básica terapéutica generada a través de la relación terapéutica en lo cotidiano.

Por otro lado, en referencia a la refutación de la hipótesis 5, los AT que trabajan con consultantes con trastornos mentales no se diferenciaron significativamente de los otros subgrupos y se encuentran muy cercanos a trastornos del desarrollo y discapacidad, enfermedades médicas y personas en proceso judicial. Cabe destacar que la tendencia de todos los subgrupos se ubicó en puntuaciones medias tanto en lo pautado y como en lo expresivo.

Dichos resultados no son concordantes con la investigación realizada con psicoterapeutas por Rial et al. (2006) donde se estudió la comparación entre terapeutas de distintas orientaciones teóricas que asisten o no consultantes severamente perturbados. En los resultados de esta investigación se mostraron diferencias significativas en el estilo personal de los terapeutas que asisten a consultantes severamente perturbados. Estas diferencias se evidenciaron en tres de las funciones del EPT: expresiva, de involucración y operativa. Observaron que los terapeutas tendían a una menor involucración, mayor distancia emocional y optaban por conducir tratamientos más pautados. Asimismo, estos autores interpretaron los resultados como un mecanismo de protección de los terapeutas ante la mayor presión o compromiso o exigencia del dispositivo terapéutico con consultantes con trastornos mentales graves.

En esta línea, la tendencia cercana al punto medio en procedimental y vincular en los AT que trabajan tanto con trastornos mentales, trastornos del desarrollo y discapacidad, enfermedades médicas como en proceso judicial, se podría interpretar en el mismo sentido que el estudio Rial et al. (2006) desde el punto de vista que los AT afrontan la complejidad de los dispositivos terapéuticos en la vida cotidiana en una posición intermedia o contenidos en el diseño de tratamiento establecido por el equipo interdisciplinario. Hay que tener en cuenta que si los terapeutas desarrollan estrategias de afrontamiento ante las exigencias de la población de consultantes que asisten, en los AT la demanda personal y profesional del acompañado, su familia y ambiente significativo es exponencialmente mayor debido a que está inmerso en la cotidianidad durante muchas horas (en este estudio se observó un promedio de 15.43 horas por semana), expuesto a las vicisitudes e imponderables de la vida diaria del consultante que asiste. O, mejor dicho, el sitio de trabajo del psicoterapeuta es, fundamentalmente, el consultorio a diferencia del AT que su territorio de despliegue profesional es la cotidianidad, donde la severidad es la regla más que la excepción.

En el caso de los AT que trabajan con consultantes que se encuentran en proceso judicial la tendencia de resultados puede ser adjudicada a que el trabajo del AT está encuadrado por un protocolo de actuación ante un complejo entramado de actores de la justicia, de la asistencia social y la salud mental (Suárez, 2023)

Es decir que esta tendencia de término medio en las intervenciones terapéuticas, la búsqueda de información, el establecimiento del encuadre terapéutico y una baja expresión de emociones e involucración encuentran su fundamento en las características específicas de la función que cumple un AT judicial. Alderete (2006), especialista en

dispositivos de acompañamiento terapéutico judicial en re-vinculaciones familiares, define la función del AT en este ámbito de la siguiente manera:

La práctica del AT se fue extendiendo hacia el ámbito judicial puesto que hacían falta agentes que pudieran articular la escucha profesional hacia los progenitores y sus abogados, con la justicia, los equipos técnicos y los espacios terapéuticos a donde concurren las familias. Sin embargo, el punto más beneficioso para todas las partes fue el trabajo específico en el cuidado de las infancias y adolescencias involucradas en dichos procesos para evitar el acrecentamiento del maltrato o la violencia hacia dichos sujetos en la conflictiva familiar y judicial a la que se encontrarán expuestos. En estos casos, hablar de cuidados implica indefectible y necesariamente escuchar a las personas judicializadas en sus diferentes contextos y a lo largo de un tiempo marcado por sus necesidades y ritmo propio de cada edad. (p. 2)

Con respecto a los valores observados en los AT que trabajan con adultos mayores, más tendientes a intervenciones terapéuticas cotidianas un poco más pautadas, planificadas y de baja expresión emocional se conjuga con las propuestas de Llarena Nuñez (2021) sobre la función del AT en los programas de tratamiento de estimulación cognitiva en adultos mayores. La autora propone que, dado el deterioro cognitivo que suele darse en esta población de consultantes, la función del AT está destinada a llevar adelante programas de estimulación cognitiva y protocolos de actividades básicas de la vida cotidiana (ABVD) y habilidades instrumentales de la vida diaria (AIVD), lo cual, requiere un encuadre terapéutico estructurado, pautado e intervenciones terapéuticas específicas (función procedimental alta), que en muchas ocasiones el enlentecimiento cognitivo y bajo umbral atencional conlleva la poca expresión de emociones en la relación terapéutica cotidiana (función vincular baja).

En esta misma línea, Dragotto y Frank (2012) hacen referencia, en su obra “Acompañantes: Conceptualizaciones y experiencias en AT”, a la inclusión de los AT en la población de adultos mayores en los siguientes términos: “Hoy encontramos muchos AT trabajando en esta área a causa de las demencias, el parkinson, y también la soledad, que va deviniendo en pérdidas de facultades cognitivas y afectivas” (pág.30).

Por último, y con respecto a la hipótesis 6, se confirma que la orientación teórica - técnica del dispositivo terapéutico a la cual adhiere el AT influye en el estilo personal en el área del establecimiento del encuadre, las intervenciones y las técnicas. Estos resultados concuerdan, mayormente, con investigaciones anteriores con relación con el

estilo personal del terapeuta según la orientación teórica de los psicoterapeutas (Casari, et al. 2013; Castañeiras et al., 2006; Rial et al., 2006; Vázquez y Gutiérrez de Vázquez, 2015; Vides Porras et al., 2012).

Así, se sostuvo la tendencia que los AT conductuales, cognitivos y cognitivo-conductuales tienden a ser más pautados en sus intervenciones y técnicas a utilizar que sus pares psicoanalíticos quienes se mostraron más espontáneos como se observó en Vázquez y Gutierrez de Vázquez (2015) y en el estudio Guatemalteco de Vides Porras et al. (2012). Aunque, en cuanto a lo vincular, los hallazgos de esta investigación no son consistentes con la expresividad de los cognitivos quienes aparecen con puntajes más bajos. De todas maneras, en la investigación realizada por Rial et al. (2006) encontraron que los terapeutas cognitivos, que trabajan con pacientes severamente perturbados, poseen la misma tendencia en el estilo que los AT: más pautados y menos involucrados. Otro dato significativo en la comparación con este estudio es que los psicoanalistas, que también trabajan con población con trastornos graves, mostraron un estilo similar más pautado y menos expresivo.

De igual modo, cuando analizaron las diferencias entre terapeutas cognitivos e integrativos vs. psicoanalistas (consultantes con población grave), los primeros se describieron como más focalizados atencionalmente, más cercanos emocionalmente y con una mayor involucración que sus pares psicoanalistas. Estos resultados se encuentran concordantes con la tendencia del presente estudio en los subgrupos comunitarios, conductuales y cognitivo-conductuales: más pautados en el área procedimental y más expresivos en la función vincular.

En concomitancia, un puente común que comparten los AT y los psicoterapeutas que trabajan con consultantes con trastornos mentales graves es que, al parecer, los modos estilísticos de cómo se instaura el dispositivo terapéutico se trata de un fenómeno transteórico y transdisciplinario. Rial et al. (2006) lo menciona de esta manera: “Es interesante mencionar que los terapeutas que trabajan con pacientes severos se perciben en el nivel operativo, significativamente más pautados en todas las orientaciones teóricas incluidas en el estudio, algo esperable en función del tipo de tratamiento que llevan adelante” (p. 21). Es decir, que el estilo personal en ambas profesiones se va moldeando por las poblaciones que asisten y las condiciones de la tarea, como se ha demostrado en los estudios previos con psicoterapeutas (Castañeiras et al., 2006; Fernández-Álvarez et al., 2000; García y Fernández-Álvarez, 2007). Cabe destacar que, en términos generales, la participación del AT en los equipos interdisciplinarios se instaura en la necesidad de

los consultantes de recuperar su autonomía, la funcionalidad personal que requiere ser generada o recuperada (Cossi, 2019; Dragotto y Frank, 2012).

Capítulo 8. Conclusiones

8. 1. Conclusión general

Como se ha mostrado a lo largo de esta tesis doctoral, el objetivo general que se persiguió fue analizar la relación entre el estilo personal del AT, estilos de apego, dirección de intereses, poblaciones clínicas que asisten y orientación teórica - técnica.

En el presente estudio se ha identificado que, en el ámbito del acompañamiento terapéutico (AT), los profesionales tienden a adoptar un estilo procedimental predominantemente pautado, especialmente aquellos con orientaciones conductuales, cognitivos y cognitivo-conductuales a diferencia de sus pares psicoanalíticos. Este estilo, descrito por Casari, Gómez e Ison (2019) como el perfil de "terapeutas directivos y vulnerables", destaca por su énfasis en la estructura y el control de las intervenciones. Este hallazgo puede explicarse por la exposición prolongada de los AT a la vida cotidiana de los consultantes, la cual, con un promedio de 15.43 horas semanales, representa un desafío significativo tanto a nivel emocional como operativo.

Basados en los aportes de Rial et al. (2006), se presume que este estilo pautado actúa como un recurso de afrontamiento, conocido como "distancia operacional". Esta modalidad permite a los AT gestionar la excesiva exposición diaria y las características inherentes al dispositivo terapéutico, que suelen incluir la atención a consultantes con deterioro funcional significativo, áreas funcionales limitadas, desórdenes psicopatológicos graves y contextos de alta complejidad. La necesidad de equilibrar involucramiento y autocuidado es crucial en estos entornos, justificando la tendencia a adoptar estilos más estructurados y con menor espontaneidad.

En el contexto del AT, se observa que la tendencia a trabajar en dispositivos más pautados aumenta en aquellos profesionales que presentan un estilo de apego ansioso. Este estilo puede limitar la flexibilidad necesaria en contextos terapéuticos dinámicos al favorecer la adherencia a protocolos rígidos. Aunque esta estructuración garantiza cierta estabilidad, podría restringir la capacidad del AT para responder a las necesidades emergentes del consultante. Este fenómeno encuentra resonancia con el perfil de "terapeutas psicoanalistas" descrito por Casari, Gómez e Ison (2019), quienes también destacan una combinación de rigidez y distancia emocional, aunque desde un marco menos operativo.

El perfil de "terapeutas emocionales", que otorga un alto valor a la dimensión emocional en la relación terapéutica, encuentra paralelismos en los AT que trabajan con niños. Estos profesionales combinan un estilo procedimental cauteloso con una

expresividad emocional adaptativa, permitiéndoles establecer alianzas terapéuticas sólidas en escenarios de alta demanda emocional. Este equilibrio resulta clave para mantener relaciones terapéuticas ajustadas a las necesidades del consultante en poblaciones infantiles y adolescentes.

Asimismo, en el trabajo con adultos y adultos mayores, los AT suelen mantener este enfoque cauteloso, integrando proporciones variables de flexibilidad y expresividad emocional en función de las demandas específicas de cada consultante. Este estilo podría alinearse con el perfil de "terapeutas proactivos", quienes son descritos como enérgicos, creativos y emocionalmente estables.

Otro de los aportes significativos de esta investigación, es que la dirección de intereses de los AT influye en las funciones procedimentales. Es decir, los AT que poseen una dirección de intereses más interna tienden a ser menos pautados, contrario a aquellos que manifiestan una dirección de intereses más externa que suelen ser más pautados. Estos resultados se encuentran en la misma tendencia que los datos observados en psicoterapeutas (García y Fernández-Álvarez, 2007).

En suma, y en base a los datos obtenidos en la presente investigación, se puede considerar que se avanzó en el conocimiento del estilo personal del AT en dos grandes aspectos que conforman los modos estilísticos en los que el AT establece la relación terapéutica: las dimensiones procedimentales y vinculares. La primera más asociada a los aspectos cognitivos (búsqueda de información, establecimiento del encuadre terapéutico y las características de las intervenciones terapéuticas) y la segunda relacionada con la dimensión motivacional - emocional del AT, como lo definieron Fernández-Álvarez et al. (2003) en el trabajo fundante sobre el estilo personal del terapeuta.

8. 2. Implicancias

El mayor aporte de la investigación fue dar el puntapié inicial para la validación empírica de un cuestionario que permita medir cómo las variables personales del AT influyen tanto en el proceso como en el resultado de las intervenciones terapéuticas en la vida cotidiana del consultante.

A partir de la validación empírica del cuestionario del estilo personal del AT (EPAT-C) se pudo profundizar en el conocimiento de las funciones procedimentales y vinculares que se ponen en juego al momento de establecer la relación terapéutica con el acompañado y la compleja trama de su vida cotidiana. Asimismo, se adaptó a este medio

sociocultural el Cuestionario de Dirección de Intereses -DIQ- y se probaron sus propiedades psicométricas en población de AT.

8. 3. Limitaciones del estudio

Se puede señalar como primera limitación el haber utilizado una muestra no probabilística, por lo cual, la generalización de los resultados es limitada y se requieren más investigaciones que incluyan otras muestras mediante, las cuales, se puedan confirmar los hallazgos de este estudio.

Asimismo, en el proceso de la toma muestral no se logró equiparar la población entre géneros, siendo en su mayoría mujeres.

Otro dato curioso y significativo es la gran prevalencia de cuestionarios incompletos, lo cual, se puede adjudicar a la escasez de investigaciones de estas características en esta población, limitando ello el reconocimiento de la importancia de contar con estudios empíricos para el avance científico de la profesión, sobre todo, en el estudio de la persona del AT.

Al mismo tiempo, no fue posible equipar la muestra entre las líneas teóricas. Se requeriría aumentar la población de AT que trabajan en dispositivos psicoanalíticos, comunitarios, gestálticos y otras orientaciones. Como se mencionó más arriba, los AT que se identificaron como conductuales o cognitivo - conductuales reconocieron sentirse más a fines con este tipo de estudio de validación empírica, motivo por el cual se obtuvo la muestra mayor de esta orientación en el estudio.

Por último, y a la luz de la investigación realizada por Casari, Ison y Gómez (2019) donde se exploraron los perfiles del Estilo Personal del Terapeuta (EPT) incorporando variables de personalidad y enfoque teórico, además de las funciones del EPT, lo cual, contrasta con estudios previos, como los de Fernández-Álvarez et al. (2017), al incluir factores adicionales para conformar agrupaciones más detalladas, se destaca la necesidad de incluir variables de personalidad en las investigaciones sobre el estilo personal del AT, ya que, aportarían una perspectiva más rica y compleja sobre los estilos terapéuticos.

8. 4. El desarrollo futuro de la investigación basada en los hallazgos sobre el Estilo Personal del Acompañante Terapéutico

En una síntesis excepcional, Fernández-Álvarez et al. (2019) analizaron el desarrollo futuro del Estilo Personal del Terapeuta (EPT), basándose en dos décadas de investigación sobre este constructo. Sus aportes, junto con los hallazgos de la presente tesis doctoral sobre el estilo personal del AT, convergen en un eje central: la necesidad de comprender cómo las características personales y contextuales de los profesionales influyen en la relación terapéutica y en los resultados de las intervenciones.

En el marco del EPT, Fernández-Álvarez et al. (2019) destacan la necesidad de avanzar en herramientas de evaluación que trasciendan los autorreportes verbales, como la GOTA-v, para incorporar registros no verbales y observacionales. Este planteo se articula con los aportes de este estudio, donde la validación del EPAT-C permitió explorar de manera empírica las dimensiones procedimentales y vinculares del estilo personal de los AT. Incorporar elementos no verbales, como gestos o tono de voz, podría complementar significativamente estas herramientas, proporcionando una evaluación más rica y contextualizada del estilo personal.

Además, esta investigación muestra que los AT tienden a adoptar estilos procedimentales pautados, especialmente entre aquellos con orientaciones cognitivo-conductuales. Este hallazgo resuena con las propuestas de Fernández-Álvarez et al. (2019), quienes plantean la necesidad de profundizar en funciones específicas del EPT, como la Instruccional, vinculada a la flexibilidad cognitiva, y la Expresiva, asociada con la empatía y rasgos de personalidad. Las similitudes observadas en ambas investigaciones subrayan la relevancia de estudiar cómo estas funciones moderan la capacidad del profesional para adaptarse a las características de los consultantes, preservando la expresividad emocional necesaria para construir alianzas terapéuticas efectivas.

Por otra parte, en esta investigación, se observa que variables como el estilo de apego y la dirección de intereses influyen directamente en las dimensiones procedimentales de los AT. Por ejemplo, aquellos con una dirección de intereses externa tienden a trabajar de manera más estructurada, lo cual podría afectar cómo los consultantes perciben la efectividad del acompañamiento. Esto se alinea con la sugerencia de Fernández-Álvarez et al. (2019) de explorar más a fondo la percepción del consultante sobre el EPT, planteando que una evaluación desde esta perspectiva podría ofrecer valiosas claves sobre la dinámica de la relación terapéutica.

Finalmente, tanto en esta tesis como en los planteos de Fernández-Álvarez et al. (2019), se destaca la importancia de incorporar el estudio del estilo personal en los programas de formación profesional. En el presente estudio, se plantea que la reflexión y supervisión sobre las dimensiones procedimentales y vinculares del estilo personal del AT puede fortalecer las competencias de los mismos, mientras que Fernández-Álvarez et al. (2019) proponen diseñar guías de autoevaluación y observación que optimicen el desarrollo de los futuros terapeutas. La integración de estas perspectivas en la formación permitirá a los profesionales ajustar sus intervenciones a las características de los consultantes y a los contextos específicos en los que trabajan.

En conclusión, la conexión entre el estilo personal del terapeuta y el estilo personal del AT ofrece un marco enriquecedor para comprender la interacción entre las características personales del profesional, las demandas contextuales y los objetivos terapéuticos. Tanto las propuestas de Fernández-Álvarez et al. (2019) como los hallazgos de este estudio avanzan en la construcción de un enfoque integrador que fomente prácticas más efectivas, adaptadas y centradas en las necesidades del consultante. Este enfoque establece una base sólida para futuras investigaciones destinadas a explorar cómo estas dinámicas se despliegan en diferentes contextos clínicos y poblaciones.

Bibliografía

- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Ainsworth, M. y Bell, S. M. (1970). Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña en J. Delval (Comp.), *Lecturas de psicología del niño*, Vol. 1. Alianza.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patrones de apego: Un estudio psicológico de la Situación Extraña*. Erlbaum.
- Alderete, S. (2006). *El rol del acompañamiento terapéutico. Cómo proteger a niños víctimas de un amor que se transformó en odio*. Fundación Ser Acompañante.
- Allemand, A. (2014). *Acompañamiento Terapéutico: Una perspectiva psicosocial*. Dunken.
- American Psychological Association (2010). *Ethical Principles of psychologists and code of conduct*. Reduperado de <https://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Banszczyk, B., Bustos, G., Frank, M. L. y González, K. (2023) *Acompañamiento terapéutico: De lo Clínico a lo Comunitario*. Noveduc.
- Barqui, N., Genise, G. y Tolosa D. *Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans. Recursos teóricos y clínicos para profesionales de la salud y educación*. Akadia.
- Beck, A. T., Rush, J. J, Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Benítez, F., Del Corro, R., Machado, R. y Morán J. (2017) *Acompañamiento Terapéutico escolar. Aportes Teórico Clínicos*. Brujas.
- Bergeret, Á. Q., Araneda, R. M. y Azócar, P. R. (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), 273-281.
- Black, S., Hardy, G., Turpin, G., y Parry, G. (2005). Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 78(3), 363-377.
- Botella, L., Fernández-Álvarez, H., Corbella, S., Saúl, L. Á. y de la Morena, F. J. (2007). *Estilo de apego y Estilo personal del Terapeuta*. Trabajo presentado en la 5th World Conference of Behavioural and Cognitive Therapies. Barcelona, España.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and los. Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge.
- Bowlby, J. (2006). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Ediciones Morata.

- Bustos, G. y Frank, M. L. (2011). *Acompañamiento terapéutico. Innovaciones en la Clínica. Inscripción Institucional*. Dunken.
- Caine, T. M. (1964). Personality test for nurses. *Nursing Times*, 60, 973-974.
- Caine, T. M. y Hope, K. (1964). Validation of the Maudsley Personality Inventory E Scale. *British Journal of Psychiatry*, 55(4), 447-452.
- Caine, T. M. y Hope, K. (1967). *Manual of the Hysteroid - Obsessed Questionnaire (HOQ)*. University of London Press.
- Caine, T. M. y Leigh, R. (1972). Conservatism in relation to psychiatric treatment. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 11(1), 52-56.
- Caine, T. M., Wijesinghe, O. B. A. y Winter, D. A. (1981). *Personal Styles in Neurosis: Implications for Small Group Psychotherapy and Behaviour Therapy*. Routledge & Kegan Paul.
- Camacho, F. (2021). *Consideraciones intempestivas en el Acompañamiento Terapéutico*. Letra Viva.
- Cámara de Diputados de la Nación. (2023). Ley de Regulación del Ejercicio Profesional del Acompañamiento Terapéutico (Orden del Día N.º 710, sesiones ordinarias 2023). Honorable Congreso de la Nación Argentina.
- Casari, L. M., Assennato, F. y Grzona, S. (2017). Estilo personal del terapeuta de psicólogos que trabajan en autismo. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 169-188.
- Casari, L. M., Gómez, B. e Ison, M. S. (2019). Investigaciones llevadas a cabo con el EPT – C en H. Fernández-Álvarez y F. García (Eds.), *El estilo personal del terapeuta* (Capítulo 4, pp. 91-116 y Anexo 1, pp. 133-138). Polemos.
- Casari, L. M., Ison, M. S. y Gómez, B. (2019). Estilo Personal del Terapeuta: comparación entre profesionales que trabajan en instituciones de adicciones y profesionales del área clínica general. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(1), 57-73.
- Casari, L. M., Nasetta, S. B. A. y Mariana, P. (2013). Influencia del enfoque teórico en el estilo personal del terapeuta. *Psicogente*, 16(29).
- Casari, L., Albanesi, S. y Maristany, M. (2012). *Análisis de las características del terapeuta de adicciones y de la relación terapéutica, desde el marco de la psicoterapia integrativa*. Trabajo presentado en el VII Congreso Internacional sobre abordaje de las adicciones. San Juan, Argentina.
- 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), 595-603.

- 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.
- Casullo, M. y Fernández Liporace, M. (2004). Evaluación de los estilos de apego en adultos. *Anuario de investigaciones*, XII, 183-192.
- Cattell, R. B. y Eber, H. W. (1957). *Sixteen Personality Factor Questionnaire*. Institute for Personality and Ability Testing.
- Cavagna, N. (1994), ¿Qué es el acompañamiento terapéutico?, *Dinámica*, 1(1).
- Congreso de la Nación Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>
- Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas [CIOMS] en colaboración con la Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *Propuesta de Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos*. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/.../PAUTASETICASINTERNACIONALES2002.pdf>
- Corbella, S. (2002). Compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y el perfil personal del paciente. *TD, Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona*, 22, 204.
- Corbella, S. (2012). *Teoría de la Mente*. Material elaborado en el marco del Máster Interdisciplinario para Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastornos de la Personalidad y Trastornos Emocionales. Módulo VI. Tratamiento de los Trastornos Emocionales. Valencia, España.
- Corbella, S. (2019). El Estilo Personal del Terapeuta y la Alianza Terapéutica en H. Fernández-Álvarez y F. García (Eds.), *El estilo personal del terapeuta* (cap. 3, pp. 57-90). Polemos.
- 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*, XVIII (2), 125-133.
- Corbella, S., Botella, L., Maydeu, A. y Feixas, G. (2000). *Spanish version of DIQ: Directions of Interest Questionnaire*. Trabajo presentado en el 7th International Congress on Constructivism. Ginebra, Suiza.
- Corbella, S., Fernández-Álvarez, H., Gutiérrez, L. S., García, F. y Botella, L. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 281-289.
- Cossi, E. (2016). Los ATX en el Tratamiento del Autismo. Condicionamiento Operante para el Desarrollo de Programas de Aprendizajes. Programa de Refuerzos, Apoyos y Modelado

- en D. Tolosa y M. Jozami Nassif (Eds.). *Manual Práctico de Técnicas y estrategias de Modificación de Conducta para Acompañantes Terapéuticos* (pp. 269-296). Akadia.
- Cossi, E. (2019). *Manual integral del acompañamiento terapéutico. Desde un abordaje cognitivo-conductual*. Cea Salud.
- Costa, M. (2017). El Acompañamiento Terapéutico en el proceso de Transformación de las prácticas de Salud Mental en M. L. Frank, M. Costa, y D. Hernández (Eds.). *Acompañamiento Terapéutico, Clínica en las Fronteras* (pp. 239-248). Brujas.
- Cozolino, L. (2006). Ways of Attaching en L. Cozolino (Ed.), *The neuroscience of human relationships* (pp. 139-152). Norton & company.
- Cupani, M. (2012). Análisis de Ecuaciones Estructurales: conceptos, etapas de desarrollo y un ejemplo de aplicación. *Revista Tesis Facultad de Psicología*, 2(1), 186-199.
- De Freitas, A., Cordero, A., Decarlos, D. y Silverio, M. (2015). *Nas Trilhas Do Acompanhamento Terapêutico*. Composer.
- Delgado, A. O. y Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
- Dragotto (2012) Adicciones en Dragotto, P. y Frank, M. (Ed.), *Acompañantes: Conceptualizaciones y experiencias en AT* (pp.141-168). Brujas.
- Dragotto P. (2017). Caminos, fronteras, barreras para el AT: documentos de viaje en M. L. Frank, M. Costa y D. Hernández (Eds.). *Acompañamiento Terapéutico, Clínica en las Fronteras* (pp. 39-48). Brujas.
- Dragotto, P. y Frank, M. (2012). *Acompañantes: Conceptualizaciones y experiencias en AT*. Brujas.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013). *Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina*. Extraído el 01 de abril de 2014 desde fepra.org.ar/docs/C_ETICA.pdf
- Fernández Oromendia, M. (2018). *Developing the Personal Style of the Supervisor Scale: An Evaluation of Stylistic Profiles of Clinical Supervisors*. Tesis de doctorado. University of California, Santa Barbara.
- Fernández-Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (1998). El estilo personal del psicoterapeuta en L. A. Oblitas Guadalupe (Ed.). *Quince enfoques terapéuticos contemporáneos*. El manual moderno.
- Fernández-Álvarez, H. (2003). Claves para la unificación de la psicoterapia (más allá de la integración). *Revista de psicoterapia*, 14(56), 27-48.

- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación en S. Gril, A. Ibañez, I. Mosca, y P. L. R. Sousa (Eds.). *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Educat.
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (2019). *El estilo personal del terapeuta*. Polemos.
- Fernández-Álvarez, H., García, F. S. y Schreb, E. (1998). The research program at AIGLE. *Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 343-359.
- Fernández-Álvarez, H., García, F. y Corbella, S. (2019). Desarrollos futuros en H. Fernández-Álvarez y F. García (Eds.). *El estilo personal del terapeuta*, (pp. 117-131). Polemos
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. (2000). *Estilos personales en terapeutas psicoanalíticos, cognitivos e integrativos*. Trabajo presentado en el II Congreso Latinoamericano de Pesquisa em Psicoanalise e Psicoterapia. Gramada, Brasil.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. C. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(2), 116-125.
- Fernández-Álvarez, J., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B y Fernández Álvarez, H. (2017). Investigando el estilo personal del terapeuta: Correspondencia entre las autodescripciones y la observación de jueces externos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 207-217.
- Ferro García R. y Vives Montero M. C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Revista Panace V* (16), 97-99.
- Fosarelli, P. (2004). *Acompañamiento a niños con enfermedades graves... y a sus familias*. Lumen.
- Frank, M, L, Costa, M. y Hernández D. (2017). *Acompañamiento Terapéutico, Clínica en las Fronteras*. Brujas.
- García, F. (2015). El rol del ATX en el trastorno obsesivo-compulsivo en D. Tolosa (Ed.). *Manual práctico del Acompañamiento al Auxiliar Terapéutico. Bases conceptuales, teóricas y clínicas de un modelo cognitivo-integrativo* (pp. 202-207). Akadia.
- García, F., Castañeiras, C., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, H. (2009). *New developments on the personal style of the therapist*. Trabajo presentado en Santiago de Chile, Chile.
- García, F., y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI (2), 121-128.

- García, G., Corbella, S., Saúl, L., Fernández - Álvarez, H. y Botella, L. (2008). *Personal Style of the Therapist and Personality*. Trabajo presentado en el SPR annual meeting Barcelona. Barcelona, España.
- García-Bellido, R., González Such, J. y Jornet Meliá, J. M. (2010). *SPSS: Análisis de fiabilidad*. Material elaborado en el marco de la Convocatoria de Innovación de 2010 del Vicerectorat de Convergència Europea i Qualitat de la Universitat de València. Recuperado de http://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0801B.pdf
- Genise, G. (2015). Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta. *Psicodebate*, 15(1), 9-22.
- Genise, S. y García, F. (2016). Estudio de correlación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego adulto y factores de personalidad. Trabajo presentado en el 2º Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
- Giraudó, M. (2017). La dimensión de cambio en la conceptualización del Acompañamiento Terapéutico en L. Frank, M. Costa, M., y D. Hernández (Eds.). *Acompañamiento Terapéutico. Clínica en las Fronteras* (pp. 147-156). Brujas.
- Giraudó, M., Herrera, N., Brugger, N., y Machado., R (2012) Acompañamiento Terapéutico en el ámbito judicial. En P. Dragotto y M. Frank. (Eds.), *Acompañantes: Conceptualizaciones y experiencias en AT* (pp. 219-239). Brujas.
- Golpe, L. I., y Yuni, J. A. (2012). *Cuidado de personas mayores. Dones, responsabilidad y compromiso*. Encuentro Grupo Editor.
- Gómez, B. (2008). Psicoterapia y cáncer. En H. Fernández-Álvarez (Ed.), *Integración y salud mental* (pp. 423-454). Desclée de Brouwer.
- Gómez, B. (2010). La Relación Terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 5, 1-21.
- Gómez, B. (2015). *El Estilo Personal del Terapeuta en Psicooncología*. Tesis de doctorado. Universidad del Salvador, Ciudad de Buenos Aires.
- Goyeneche, R. y Piccinini, M. (2013). *El arte de acompañar niños y adolescentes*. Letra Viva.
- Graño, C. y Fernández, V. (2015). *Acompañante Terapéutico. Historia Institucional y Perspectiva Clínica*. Asociación Civil Línea de Vida. Acompañantes Terapéuticos Bahía Blanca. IFAD - Plataforma virtual.
- Gruska, V. y Dimenstein, M. (2015). Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. *Psicología Clínica*, 27(1), 101-122.

- Gueglio Paez, J. P. (2021). *¿Qué atendemos cuando ATendemos? Una génesis posible de Acompañamiento Terapéutico*. Autores de Argentina.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. y Black, W. C. (1999). *Análisis Multivariante*. Prentice Hall Iberia.
- Heinonen, E. y Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-432.
- Heinonen, E., Knekt, P., Jääskeläinen, T. y Lindfors, O. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis. *European Psychiatry*, 29(5), 265-274.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. y Strupp, H. H. (1990). Introyecto de paciente y terapeuta, proceso interpersonal y resultado de psicoterapia diferencial. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 58 (6), 768.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. 4^{ta} ed. México DF, México: McGraw Hill.
- International Test Commission (2005). *International Test Commission guidelines for translating and adapting tests*. Recuperado de http://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation.pdf
- Jennings, K. S., Goguen, K. N., Britt, T. W., Jeffirs, S. M., Wilkes, J. R. I., Brady, A. R. y DiMuzio, D. J. (2017). The role of personality traits and barriers to mental health treatment seeking among college students. *Psychological Services*, 14(4), 513-523.
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 141-151.
- Kinsella, C. y Chaloner, C. (1995). Attitude to treatment and direction of interest of forensic mental health nurses: a comparison with nurses working in other specialties. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2(6), 351-357.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. The Guilford Press.
- Kreitman, N. (1962). Psychiatric orientation: a study of attitudes among psychiatrists. *Journal of Mental Science*, 108(454), 317-328.
- Kuder, F. (1952). *Kuder Preference Record: Form A*. Science Research Associates
- Kuran, J. (2013) Rol del Acompañante Terapéutico en el adulto mayor. Trabajo presentado en el 1er Congreso Regional Acompañantes Terapéuticos del NOA. Salta, Argentina.

- Kuras de Mauer, S. (2017). Acompañamiento Terapéutico. Un espacio Vincular. En M. L. Frank, M. Costa y D. Hernández (Eds.), *Acompañamiento Terapéutico. Clínica en las Fronteras* (pp. 91-98). Brujas.
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2005). *Territorios del acompañamiento terapéutico*. Letra Viva
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2011). *El acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Letra Viva
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2013). *Acompañantes terapéuticos: Actualización teórico-clínica*. Letra Viva.
- La Arena (30/09/2023). Proyecto para regular actividad del acompañante terapéutico. Piden incluir a cuidadores «idóneos». *La Arena*. Recuperado de <https://www.laarena.com.ar/nota/2020-9-19-7-27-0-piden-incluir-a-cuidadores-idoneos>.
- Legislatura de la Provincia de Córdoba. (2009). *Ley N° 9848: Regulación del Ejercicio Profesional de Acompañantes Terapéuticos*. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba. Recuperado de https://www.academia.edu/36553534/No_LA_LEGISLATURA_DE_LA_PROVINCIA_DE_C%3%93RDOBA_SANCIONA_CON_FUERZA_DE_LEY_Ley_de_Regulaci%3%B3n_del_Ejercicio_Profesional_de_Acompa%3%B1antes_Terap%3%A9uticos
- Legislatura de la Provincia de Río Negro. (2010). *Ley N° 4624: Regulación del Ejercicio Profesional de Acompañantes Terapéuticos*. Boletín Oficial de la Provincia de Río Negro. Recuperado de <https://web.legisrn.gov.ar/legislativa/legislacion/ver?id=8494>
- Legislatura de la Provincia de San Juan. (2006). *Ley N° 7697: Regulación del Ejercicio Profesional de Acompañantes Terapéuticos*. Boletín Oficial de la Provincia de San Juan. Recuperado de <https://www.hcdmza.gob.ar/eweb/E-77000/E-77145/E-77145.html>
- Legislatura de la Provincia de San Luis. (2007). *Ley N° III-0599-2007: Regulación del Ejercicio Profesional de Acompañantes Terapéuticos*. Boletín Oficial de la Provincia de San Luis. Recuperado de <https://www.saij.gob.ar/599-local-san-luis-acompanantes-terapeuticos-lpd1000599-2007-12-12/123456789-0abc-defg-995-0001dvorpyel>
- Llarena Nuñez, S. (2021) Tareas intersesiones en estimulación cognitiva con personas mayores. En D. Tolosa (Ed.), *Tareas intersesiones y cotidianidad en terapia cognitivo – conductual. Manual integrado para terapeutas y acompañantes terapéuticos* (pp. 351-370). Akadia.
- Loyden, L. (2019). *Acompañamiento terapéutico: actualidad, notas y reflexiones*. Tinta Libre.

- Lutz, W., Martinovich, Z., Lyons, J. S., Leon, S. C. y Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology, 54*(1), 32-39.
- Magni, X. B. (2013). *Estilo personal del terapeuta en profesionales que trabajan en maltrato infantil*. Tesis de grado. Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Manson, F., Rossi, G., Pulice, G., Frank, M. L., Alderete, S., Leblebidjian, L. y Dragotto, P. (2002). *Eficacia Clínica del Acompañamiento Terapéutico*. Polemos.
- Mowbray, R. M. y Davies, B. (1971). Personality factors in choice of medical specialty. *Medical Education, 5*(2), 110-117.
- Myers, I. B. (1962). *The Myers-Briggs Type Indicator Manual*. Princeton, NJ: Educational Testing Service.
- Olivares, V. G. (2016). Acompañamiento terapéutico en el ámbito escolar: autismo: una luz en el túnel. *Praxis Investigativa ReDIE: Revista Electrónica de la Red Durango de Investigadores Educativos, 8*(14), 185-197.
- Orlinsky, D. y Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association.
- Panziera, J. (2014). *Algunas Reflexiones para pensar el Acompañamiento Terapéutico Centrado en la Persona*. Tesis de Grado. Universidad de Mar Plata, Mar del Plata.
- Pérez, E., Medrano, L. A. y Sánchez Rosas, J. S. (2013). El Path Analysis: conceptos básicos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 5*(1), 52-66.
- Pollio, S. (2021). *Epistemología del acompañamiento terapéutico, praxis de una disciplina posible*. Autores de Argentina
- Resnizky, S. (2017). Dispositivos en la Frontera. En M. L. Frank, M, Costa y D. Hernández (Eds.). *Acompañamiento Terapéutico, Clínica en las Fronteras* (pp. 21 - 25). Brujas.
- Rial, V., García, F., Castañeiras, C., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal del terapeuta que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuanti y cualitativo. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría, 2*(98), 191-208.
- Roberts, M. (2021). *Acompañamiento Terapéutico. Miradas en movimiento*. Laborde.
- Rosales, G. y Keegan, E. (2021). Tareas intersesiones para el dolor crónico. En D. Tolosa (Ed.), *Tareas intersesiones y cotidianidad en terapia cognitivo – conductual. Manual integrado para terapeutas y acompañantes terapéuticos* (pp. 309-335). Akadia.
- Rosique, M. T., González de Vega, C. y Sanz, T. (2014). Acompañamiento terapéutico: práctica y clínica en un hospital psiquiátrico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 34*(123), 583-587.

- Rossi C. (2012). Acompañamiento terapéutico en el ámbito educativo. En P. Dragotto y M. Frank (Eds.), *Acompañantes: Conceptualizaciones y experiencias en AT* (pp. 205-2018). Brujas.
- Rossi, G. (2007). *Acompañamiento terapéutico: Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Polemos.
- Rossi, G. (2012). Usos y variaciones del “encuadre” en el Acompañamiento Terapéutico. En A. S. Tavares da Silva (Ed.), *E-Book AT: conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico* (pp. 91-124). SiteAT.
- Ruiz, D. (2021) El acompañamiento terapéutico en los trastornos adictivos y tareas con intervención cotidiana. En D. Tolosa (Ed.), *Tareas intersesiones y cotidianidad en terapia cognitivo – conductual. Manual integrado para terapeutas y acompañantes terapéuticos* (pp. 301-308). Akadia.
- Safran, L. y Muran, J. (2005). *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional*. Desclée de Brouwer.
- Sagi, A. (1990). Attachment theory and research from a cross-cultural perspective. *Human Development*, 33(1), 10-22.
- Salguero, M. (2015). La función del AT en dispositivos terapéuticos para trastornos mentales severos. En D. Tolosa (Ed.), *Del acompañamiento al auxiliar terapéutico. Bases conceptuales, teóricas, y clínicas de un modelo cognitivo – integrativo* (pp. 184-193). Akadia.
- Sánchez, L. y Zapata, N. (2017). Creación de la Carrera de Acompañamiento Terapéutico en la Facultad de Psicología de la Universidad de Córdoba. En M. L. Frank, M. Costa y D. Hernández (Eds.), *Acompañamiento Terapéutico, Clínica en las Fronteras* (pp. 267-270). Brujas.
- Sarbia, S. y Lindel, N. (2010). *Diversidades en la práctica del acompañamiento terapéutico*. Letra Viva.
- Schaffer, H. R. y Emerson, P. E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 29(3), 1-77.
- Shapiro, D., Hardy, G., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C. y Reilly, S. (1999). Therapist Responsiveness to Client Attachment Styles and Issues Observed in Client-Identified Significant Events in Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(1), 36–53.
- Suárez S. (2023). *Acompañante Terapéutico. Nuevos escenarios, nuevas miradas*. Servicop.
- Takahashi, K. (1990). Are the key assumptions of the ‘Strange Situation’ procedure universal? A view from Japanese research. *Human Development*, 33(1), 23-30.

- Tolosa, D. (2013). *Análisis bibliométrico de los modelos teóricos del Acompañante Terapéutico en Argentina*. Material de distribución interna. Programa de formación continua del Acompañante Terapéutico. PECUNSE, Universidad Nacional de Santiago del Estero.
- Tolosa, D. (2014a). *Estilos Personales de los Acompañantes Terapéuticos: construcción de instrumento de para su evaluación integrativa*. Trabajo presentado en el I Congreso Internacional de Psicología - IV Congreso Nacional de Psicología. Córdoba, Argentina.
- Tolosa, D. (2014b). *Proceso Relacional Terapéutico del Acompañamiento Terapéutico*. Trabajo presentado en el 10° Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico. San Juan, Argentina.
- Tolosa, D. (2014c). *Terapia Cognitiva - Conductual y función del Acompañante Terapéutico*. Trabajo presentado en el X Congreso Iberoamericano, IX Congreso Internacional y I Congreso Uruguayo de Acompañamiento Terapéutico. Montevideo, Uruguay.
- Tolosa, D. (2015a). *Manual práctico del Acompañamiento al Auxiliar Terapéutico. Bases conceptuales, teóricas y clínicas de un modelo cognitivo-integrativo*. Akadia.
- Tolosa, D. (2015b). Modelo Cognitivo Integrativo del Acompañamiento Terapéutico. Bases Conceptuales y Teóricas. *Revista de Psicología de Tucumán*, 18(18), 42-51.
- Tolosa, D. (2015c). *Avances en la Construcción de un Instrumento para evaluar el Estilo Personal del Acompañante Terapéutico*. Trabajo presentado en el Congreso Internacional de Psicología de la Universidad Católica Boliviana. Tarija, Bolivia.
- Tolosa, D. (2015d). *El Acompañante Terapéutico Cognitivo Integrativo en Equipos de Salud Mental*. Trabajo presentado en el Congreso Internacional de Psicología de la Universidad Católica Boliviana. Tarija, Bolivia.
- Tolosa, D. (2016). *Modelo Cognitivo Integrativo del Acompañamiento Terapéutico en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Trabajo presentado en el XII Congreso Hispano Latinoamericano de Trastorno de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Barcelona, España.
- Tolosa, D. (2018a). *Recursos Psicoeducativos y Cognitivo-Conductuales para Esquizofrenia*. Akadia.
- Tolosa, D. (2018b). El camino de lo categorial a la perspectiva en diversidad. Aportes del modelo cognitivo-integartivo con acompañamiento terapéutico. En N. Barqui, G. Genise y D. Tolosa. *Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans. Recursos teóricos y clínicos para profesionales de la salud y educación*. (pp. 295-319). Akadia.
- Tolosa, D. (2019a). *Manual do modelo cognitivo integrativo do Acompanhamento Terapêutico. Bases conceituais teóricas, técnicas e clínicas*. Conscientia.

- Tolosa, D. (2019b). Espectro esquizofrénico en la niñez y la adolescencia. En L. Crocarno, N. Genise N. y G. Genise. *Manual de Psicoterapia y Psicopatología de Niños y Adolescentes* (pp. 237-261). Akadia.
- Tolosa, D. (2021). *Tareas intersesiones y cotidianidad en terapia cognitivo – conductual. Manual integrado para terapeutas y acompañantes terapéuticos*. Akadia.
- Tolosa, D. (2025). *Terapia basada en procesos y tareas intersesiones*. En impresión.
- Tolosa, D. y Ferraris Mukdise, G. (2017). *Guía práctica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria para Acompañantes Terapéuticos*. Akadia.
- Tolosa, D. y Jozami, M. (2016). *Manual Práctico de Técnicas y Estrategias de Modificación de Conducta para Acompañantes Terapéuticos*. Akadia.
- Vázquez, L. y Gutiérrez de Vázquez, M. (2015). Orientación teórico-técnica y estilo personal del terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV (2), 133-142.
- Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología, rol y estilo personal*. Lugar.
- Vides Porras, A., Grazioso, M. D. y García de la Cadena, C. (2012). El Estilo Personal del Terapeuta Guatemalteco en el Interior del País. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI (1), 33-43.
- Walton, H. J. (1966). Differences between physically-minded and psychologically-minded medical practitioners. *British Journal of Psychiatry*, 112(492), 1097-1102.
- Walton, H. J. (1969). Personality correlates of a career interest in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 115(519), 211-219.
- Walton, H. J., y Hope, K. (1967). The effect of age and personality on doctors' clinical preferences. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(1), 43-52.
- Walton, H. J., y Last, J. M. (1969). Young doctors aiming to enter different specialties. *British Medical Journal*, 2(5659), 752-754.
- Winter, D. A. y Viney, L. L. (2005). *Personal construct psychotherapy: Advances in theory, practice and research*. Whurr Publishers.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Este cuestionario es parte de un trabajo de investigación que se está realizando en la Facultad de Psicología de la Universidad de Mar del Plata con el objetivo de conocer el estilo personal de los Acompañantes Terapéuticos y su relación con dirección de intereses y estilos de apego.

Su participación es voluntaria y la información brindada anónima. Asimismo, se puede dejar de participar en el momento que lo desee.

En esta investigación se le solicita que responda una serie de preguntas. Se calcula que la duración es de aproximadamente 30 minutos. No hay respuestas correctas o incorrectas, por lo tanto, se le pide que sea sincero/a.

Por favor, al finalizar seleccione “listo” y tenga en cuenta que se incluirán en la investigación sólo los cuestionarios completos. Por eso, le solicitamos que complete todas las preguntas hasta el final.

Ante cualquier duda puede comunicarse con el doctorando Dante Tolosa (dante.tolosa@comenzardenuevo.net).

Al completar este cuestionario acepto participar voluntariamente de la investigación.

¡Muchas gracias por su participación!

	Acepto
	No Acepto

Anexo 2. Cuestionario de obtención de datos socio-demográficos y del ejercicio de la práctica diseñado especialmente para esta investigación

Género:

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Femenino

Edad: años

Fecha de nacimiento:de.....de.....

Lugar de Nacimiento:

País:..... Provincia:..... Pueblo o Ciudad:.....

Lugar de Residencia:

País:..... Provincia:..... Pueblo o Ciudad:.....

Estado Civil:

<input type="checkbox"/>	Soltero/a
<input type="checkbox"/>	Casado/a-Concubino/a
<input type="checkbox"/>	Separado/a-Divorciado/a
<input type="checkbox"/>	Viudo

¿Tiene hijos?

<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí

¿Cuántos hijos tiene?.....

¿Cuál es el nivel de estudios más alto que alcanzó?

<input type="checkbox"/>	Educación primaria sin finalizar
<input type="checkbox"/>	Educación primaria finalizada
<input type="checkbox"/>	Educación secundaria sin finalizar
<input type="checkbox"/>	Educación secundaria finalizada
<input type="checkbox"/>	Educación terciaria sin finalizar
<input type="checkbox"/>	Educación terciaria finalizada
<input type="checkbox"/>	Educación universitaria sin finalizar
<input type="checkbox"/>	Educación universitaria finalizada

A continuación, se le preguntará si realizó alguna carrera y/o curso para ejercer como Acompañante Terapéutico.

¿Realizó alguna carrera para ejercer como Acompañante Terapéutico?

<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí

Si realizó Carrera:

Denominación de la Carrera:.....
Año de ingreso:.....
Año de egreso:.....
Institución otorgante:.....

¿Realizó algún curso para ejercer como Acompañante Terapéutico?

<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí

Si realizó Curso:

Denominación del Curso:.....
Año de ingreso:.....
Año de egreso:.....
Institución otorgante:.....

¿Es miembro de alguna Asociación que nuclea Acompañantes Terapéuticos?

<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí

¿De qué Asociación/es es miembro?

(marque todas las opciones correspondientes)

<input type="checkbox"/>	Red Argentina de Asociaciones y Agrupaciones de Acompañantes Terapéuticos
<input type="checkbox"/>	Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA)
<input type="checkbox"/>	Asociación de Acompañantes Terapéuticos Universitarios de San Juan (AATU)
<input type="checkbox"/>	Asociación Sanluisense de Acompañantes Terapéuticos (ASAT)
<input type="checkbox"/>	Asociación de Acompañantes Terapéuticos de Ciudad de Buenos Aires (AATECBA)
<input type="checkbox"/>	Asociación de Acompañantes Terapéuticos Humanistas de Argentina
<input type="checkbox"/>	Asociación de Acompañantes Terapéuticos Cognitivo - Integrativos de Cognitivos del NOA
<input type="checkbox"/>	Asociación de Acompañantes Terapéuticos de Santiago del Estero (THANIYAI)
<input type="checkbox"/>	Asociación de Acompañantes Terapéuticos de Jujuy (TATJU)
<input type="checkbox"/>	Asociación Civil de Acompañantes Terapéuticos Comunitarios de Chubut
<input type="checkbox"/>	Asociación de Acompañantes Terapéuticos de Salta (A.A.TE.S.A)
<input type="checkbox"/>	Asociación de Acompañantes Terapéuticos de Santa Fe
<input type="checkbox"/>	Asociación de Acompañantes Terapéuticos de San Luis (ESTAR)
<input type="checkbox"/>	Asociación Cordobesa de Acompañantes Terapéuticos
<input type="checkbox"/>	Asociación de Acompañantes de Río Negro (Unidos para Acompañarte)
<input type="checkbox"/>	Asociación de Acompañantes Terapéuticos del Paraná
<input type="checkbox"/>	Asociación Marplatense de Acompañantes Terapéuticos (AMAT)
<input type="checkbox"/>	Asociación Regional de Acompañantes Terapéuticos de Mar del Plata (AREAT)
<input type="checkbox"/>	Otra/s

¿Hace cuánto tiempo comenzó a trabajar como Acompañante Terapéutico?

Años:..... Meses:.....

Históricamente, ¿cuántos pacientes acompañó (sin contar los actuales)?

.....

Actualmente, ¿cuántos pacientes tiene asignados como Acompañante Terapéutico?

.....

Actualmente, ¿cuántas horas semanales trabaja con pacientes como Acompañante Terapéutico?

.....

¿En qué población concentra su mayor actividad como Acompañante Terapéutico?

	Trastornos mentales (Depresión, Esquizofrenia, Adicciones, Trastornos Alimentarios, otros)
	Trastornos del desarrollo y discapacidad
	Enfermedades médicas (Cáncer, ACV, otros)
	Sujetos en proceso judicial
	Otra/s

¿Cuál/es?.....

¿Cuál es la etapa evolutiva de los pacientes en los que concentra su mayor actividad como Acompañante Terapéutico?

	Niños
	Adolescentes
	Adultos
	Tercera Edad
	Otra/s

¿Cuál/es?.....

¿Qué gravedad tienen los pacientes en los que concentra su mayor actividad como Acompañante Terapéutico?

	Leve
	Moderada
	Alta

¿Cuál es su orientación teórica - técnica como Acompañante Terapéutico?

	Psicoanalítica
	Conductual
	Cognitiva
	Cognitiva – Conductual
	Integrativa
	Sistémica
	Gestáltica
	Humanista
	Comunitaria
	Otra/s

¿Cuál/es?.....

Mi trabajo se enmarca en:
(marque todas las opciones correspondientes)

<input type="checkbox"/>	Institución pública
<input type="checkbox"/>	Obra social
<input type="checkbox"/>	Práctica privada o particular
<input type="checkbox"/>	Otros

Especificar:.....

¿En qué institución trabaja?
(marque todas las opciones correspondientes)

<input type="checkbox"/>	Institución asistencial de salud
<input type="checkbox"/>	Institución vinculada a la educación
<input type="checkbox"/>	Institución vinculada al área judicial
<input type="checkbox"/>	Institución vinculada al área comunitaria
<input type="checkbox"/>	Institución de Acompañantes Terapéuticos
<input type="checkbox"/>	Institución integrada por diferentes tipos de profesionales
<input type="checkbox"/>	Profesional de práctica privada
<input type="checkbox"/>	Otros

Especificar:.....

Anexo 3. Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C, Fernández Álvarez et al., 2003) adaptado y validado para la población de acompañantes terapéuticos (EPAT-C)

EPAT-C
(adaptación de Fernández-Álvarez et al., 2003)

El presente cuestionario está destinado a conocer su estilo personal como acompañante terapéutico (AT). 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, le pedimos 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.

Marque su nivel de acuerdo con la afirmación en la escala que va desde "Total desacuerdo" a "Total acuerdo". Todos los intermedios reflejan matices en su opinión.

	Total desacuerdo						Total acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7
1. Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva que concentrada y focalizada.							
2. Procuo que los pacientes se adecuen al formato habitual de mi trabajo.							
3. Como AT prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada tarea terapéutica.							
4. Mantengo un bajo nivel de involucración con los pacientes para actuar con más objetividad.							
5. Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre.							
6. Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento.							
7. Me siento más inclinado a acompañar al paciente en su exploración que a señalarle los caminos a seguir.							
8. Evito comunicarme a través de gestos y expresiones muy emotivas.							
9. Tiendo a exigir cumplimiento estricto con el encuadre.							
10. Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración.							
11. La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio.							
12. Muchos cambios importantes en el curso de un tratamiento requieren que el AT opere con un bajo tono emocional.							
13. Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes.							
14. Cambios no justificados del lugar del tratamiento afecta negativamente al mismo.							

	Total desacuerdo						Total acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7
15. Los verdaderos cambios se producen en el curso de tareas terapéuticas con un clima emocional intenso.							
16. Me considero un AT que trabaja con un encuadre flexible.							
17. Me resulta útil revelar algunos de mis aspectos personales en las tareas terapéuticas.							
18. Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas.							
19. Suelo trabajar con los pacientes fuera del lugar donde realizo habitualmente las intervenciones como AT.							
20. Las mejores intervenciones en un tratamiento surgen de modo espontáneo.							
21. Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal.							
22. En mis intervenciones soy predominantemente directivo.							
23. Pienso bastante en mi trabajo, aún en mis horas libres.							
24. Evito revelar a mis pacientes mis estados emotivos.							
25. Puedo planear la totalidad de las intervenciones que implementaré en el tratamiento desde que éste se inicia.							
26. La distancia emocional con los pacientes favorece los procesos de cambio.							
27. Nunca modifico la duración de las tareas terapéuticas, a menos que sea imprescindible.							
28. Si algo me irrita durante una tarea terapéutica puedo expresarlo.							
29. Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos.							
30. Prefiero saber de antemano a qué cosas debo prestar atención en las tareas terapéuticas.							
31. Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir.							
32. Me interesa trabajar con pacientes que presentan problemas focalizados.							
33. Procuero dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las tareas terapéuticas.							
34. Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá del momento en el cual estoy con ellos.							
35. Soy bastante laxo con los horarios.							
36. Desde el comienzo de las tareas terapéuticas me dispongo a dejar flotar mi atención.							

Anexo 4. Cuestionario de Estilos de Apego (CEA, versión argentina: Casullo y Fernández Liporace, 2004)

CEA
(Casullo y Fernández Liporace, 2004)

Lea las siguientes frases. Marque su respuesta pensando en su forma de ser y sentir. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sea sincera/o al responder.

Responda pensando en sus amigos, parientes, o relaciones no románticas

	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
	1	2	3	4
1. Aunque quiera, es difícil para mí confiar en otra persona.				
2. Deseo relacionarme afectivamente con alguien, pero en general me siento rechazado.				
3. Me siento bien cuando evito compromisos emocionales con otra persona.				
4. Pienso que las relaciones afectivas pueden lastimarme.				
5. Siento que los demás no me valoran como yo los valoro a ellos.				
6. Necesito sentirme independiente, sin compromisos afectivos.				
7. Me preocupa poco estar sola/o, sin relaciones sentimentales estables.				
8. Comprometerme en relaciones afectivas me da miedo.				
9. Me siento mal cuando no tengo relaciones afectivas duraderas.				
10. Me incomoda depender emocionalmente de otra persona y que dependan de mí.				
11. Me preocupa poco sentirme rechazado/a por otra persona.				

Responda pensando en una relación romántica que tenga, haya tenido o desee

	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
	1	2	3	4
1. Aunque quiera, es difícil para mí confiar en mi pareja.				
2. Deseo relacionarme románticamente con alguien, pero en general me siento rechazado.				
3. Me siento bien cuando evito compromisos emocionales románticos con otra persona.				
4. Siento que mis parejas no me valoran como yo las valoro a ellas.				
5. Necesito sentirme independiente, sin compromisos afectivos.				
6. Me preocupa poco estar sola/o, sin relaciones sentimentales estables.				
7. Comprometerme en relaciones románticas afectivas me da miedo.				
8. Me incomoda depender emocionalmente de mi pareja y que esta dependa de mí.				
9. Me preocupa poco sentirme rechazado/a por mi pareja.				

Anexo 5. Cuestionario de Dirección de Intereses (DIQ, versión original: Caine et al., 1981, versión en español: Corbella et al., 2000)

DIQ

(Caine et al., 1981)

En el cuestionario encontrará una lista de frases. Marque la frase que crea que es más verdadera en general. En algunos casos usted puede pensar que las dos o ninguna de las dos frases son realmente ciertas. En estos casos procure escoger la que usted crea que es más acertada en general. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo es cuestión de lo que usted prefiere. No es necesario que emplee mucho tiempo pensando cada pregunta; no hay tiempo límite, pero las decisiones rápidas, a menudo, son las mejores. Intente contestar cada uno de los puntos, aunque le sea difícil decidir.

Prefiero ver películas con una trama bien definida _____	1	Prefiero ver películas que dejen cosas a mi imaginación _____
Creo que soy realista _____	2	Creo que soy idealista _____
Tienden a irritarme las personas que siempre discuten sobre teorías _____	3	Tienden a irritarme las personas que sólo están interesadas en los problemas prácticos _____
Me interesan más los detalles que el ambiente de los sitios que visito _____	4	Me interesa más el ambiente que los detalles de los sitios que visito _____
Preferiría asistir a clases sobre las ideas subyacentes a distintas religiones _____	5	Preferiría asistir a clases sobre la química del cuerpo humano _____
Me llevo mejor con gente realista _____	6	Me llevo mejor con gente imaginativa _____
Prefiero las conversaciones sobre el sentido de la vida _____	7	Prefiero las conversaciones sobre los problemas prácticos o cosas de cada día _____
Me gustaría ser conocido como persona con intuición _____	8	Me gustaría ser conocido como persona con sentido común _____
Si fuese profesor me gustaría enseñar ingeniería o ciencia aplicada _____	9	Si fuese profesor me gustaría enseñar filosofía _____
Me gustan las vacaciones que no tienen un plan definido _____	10	Me gustan las vacaciones bien planeadas y llenas de actividades alternativas _____
Prefiero la manera convencional de hacer las cosas _____	11	Prefiero hacer las cosas a mi manera _____
Generalmente prefiero la gente que no se preocupa mucho por "encajar" _____	12	Generalmente prefiero la gente que se preocupa mucho por "encajar" _____
Prefiero pasarme una tarde leyendo un libro sobre los conflictos emocionales de una persona _____	13	Prefiero pasarme una tarde leyendo un libro sobre la vida de un famoso millonario _____
Preferiría ser conocido como una persona que hace cosas _____	14	Preferiría ser conocido como una persona que tiene ideas originales _____
Estas preguntas han sido fáciles de responder _____	15	Estas preguntas no han sido fáciles de responder _____