

ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN PSICÓLOGOS QUE TRABAJAN EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL

THERAPIST'S PERSONAL STYLE OF PSYCHOLOGISTS IN INTELLECTUAL DISABILITY WORK

Leandro Martín Casari

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0139-0798>

INCIHUSA CONICET CCT Mendoza / Facultad de Humanidades y Ciencias Económicas,
Pontificia Universidad Católica Argentina. Argentina

María Florencia Rivas Ganem

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1374-1804>

Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Argentina

Federico Richard

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4986-4075>

Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Casari, L. M., Rivas, M. F. y Richard, F. (2022). Estilo personal del terapeuta en psicólogos que trabajan en discapacidad intelectual. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 205-222. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1104>

Resumen

El objetivo de este artículo es describir el estilo personal del terapeuta (EPT) en psicólogos clínicos que trabajan con pacientes con discapacidad intelectual, y analizar el efecto del enfoque teórico y de los años de experiencia profesional. Se trabajó con 104 psicoterapeutas de Argentina divididos en dos grupos iguales: 52 que trabajan con personas con discapacidad intelectual y 52 que trabajan con población clínica general en consultorio privado. Como resultado se encontraron diferencias significativas en tres dimensiones del EPT: Operativa, Involucración, Expresiva, las cuales obtuvieron puntajes superiores en el primer grupo de terapeutas. Por otro lado, el enfoque teórico no mostró un efecto diferencial sobre los grupos de terapeutas excepto en la función Expresiva, y se encontró una diferencia significativa en los años de experiencia profesional en los terapeutas de discapacidad intelectual. Se discuten estos resultados con investigaciones previas y se reflexiona acerca de la importancia de estudiar el perfil de los terapeutas.

Palabras claves: *psicoterapia, terapeutas, discapacidad intelectual, enfoque teórico*

Abstract

The objective of this article is to describe the personal style of the therapist (EPT) in clinical psychologists working with patients with intellectual disabilities, and to analyse the effect of the theoretical approach and years of professional experience. We worked with 104 psychotherapists from Argentina divided into two equal groups: 52 who work with people with intellectual disabilities and 52 who work with the general clinical population in private practice. As a result, significant differences were found in three dimensions of EPT: Operational, Involvement, Expressive, which obtained superior scores in the first group of therapists. On the other hand, the theoretical approach did not show a differential effect on groups of therapists except in expressive function, and a significant difference was found in years of professional experience in therapists with intellectual disabilities. These results are discussed with previous research and the importance of studying the profile of therapists is reflected.

Keywords: *psychotherapy, therapists, intellectual disability, theoretical approach*

Fechas de recepción: v1: 26-11-2021. v2: 24-12-2021. v3: 6-1-2022. Fecha de aceptación: 22-1-2022.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: leandromartincasari@gmail.com

Dirección postal: Av. Dr. Ruiz Díaz Leal s/n. INCIHUSA, CONICET CCT Mendoza. (5500) Mendoza, Argentina

© 2022 Revista de Psicoterapia



Una de las dimensiones que influye en la eficacia terapéutica está dado por los factores del terapeuta (Lambert, 2013), donde entre el 5 % al 9 % de la varianza en los resultados se explica por la figura del terapeuta (Johns et al., 2019). Sin embargo, es complejo enfatizar por qué algunos terapeutas logran mejores resultados que otros, ya que se ha visto que no depende del tipo de pacientes vistos, efectos de las diadas terapéuticas o inclusive el tipo de intervención que aplican (Johns et al., 2019).

Aparentemente los terapeutas terminan desarrollando cierto dominio para el tratamiento de determinados problemas específicos, que los vuelven más eficaces en situaciones clínicas similares o para la atención de pacientes con determinados niveles de gravedad sintomatológica (Johns et al., 2019). Por ello, es que hay un debate acerca de qué características terminan siendo las que mayormente determinan la eficacia de un terapeuta, básicamente se han dividido entre aquellas demográficas o personales y aquellas profesionales o producto del entrenamiento personal (Heinonen y Nissen-Lie, 2019). Sin embargo, hay estudios que demuestran que las características relacionadas al éxito de un terapeuta dependen más bien de la interacción entre factores personales y profesionales (Nissen-Lie et al., 2017), tales como: empatía, habilidades de comunicación verbal y no verbal, habilidad para reparar alianza terapéutica, calidez, apego seguro, y la capacidad de dudar acerca de sus intervenciones (Heinonen y Nissen-Lie, 2019). En la misma línea, muchas de estas características se han denominado habilidades interpersonales o relacionales, las cuales pueden ser entrenadas o desarrolladas fruto de experiencias en sus vidas privadas (Hill et al., 2017).

Es por ello, que también se ha buscado estudiar cómo son los terapeutas más allá de los recursos técnicos que aplican en sus tratamientos. Un estudio reciente realizado con más de 10000 psicoterapeutas de diferentes países encontró que los terapeutas tienden a actuar de una manera cálida y cercana en relaciones interpersonales, se perciben como tolerantes, contenedores, receptivos, intuitivos y optimistas (Orlinsky et al., 2019)

En este sentido, se ha propuesto el concepto de estilo terapéutico como una variable que integra aspectos profesionales y personales. Recientemente ha sido definido como “la manera habitual de trabajar” (p. 6, traducción de autores), que está influenciado por factores como la personalidad y el entrenamiento (Zhou et al., 2021). Si bien no es la única definición de lo que sería el estilo terapéutico, es una conceptualización reciente basada tanto en aportes teóricos como en entrevistas a expertos. De este modo, sería una intersección entre variables personales y profesionales.

Por otro lado, una línea de investigación con mayor desarrollo empírico es el concepto del Estilo Personal del Terapeuta (en adelante, EPT). Se define al EPT como: (...) un conjunto de condiciones singulares que llevan a un terapeuta a trabajar en un modo particular en su trabajo. Se refiere a las características normales que cada terapeuta imprime a su trabajo como resultado de su

particular manera de ser, más allá del foco de su trabajo y de los requerimientos específicos de la tarea. (Fernández-Álvarez et al., 1998, p. 352, traducción de los autores)

Si bien en dicha definición, el EPT pareciera ser únicamente producto de la personalidad del terapeuta, los autores posteriormente agregan que el concepto puede modificarse en función de factores profesionales, como las condiciones de trabajo y el entrenamiento (Fernández-Álvarez et al., 2003). Es un modelo que se plantea a partir de cinco dimensiones divididas entre aspectos técnicos, motivacionales y emocionales, así como aspectos relacionados a la estructuración del encuadre terapéutico. En función de ello, las dimensiones son: Atencional, Operativa, Expresiva, Involucración, Instruccional.

Paralelamente al surgimiento del concepto teórico se propuso un instrumento de autorreporte para evaluar el EPT, llamado *Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta* (en adelante, EPT-C). El EPT-C ha demostrado una coherencia con su desarrollo teórico, evaluando las funciones antes descritas y evidenciando propiedades psicométricas satisfactorias (Castañeiras et al., 2008).

A partir de la congruencia teórica y empírica entre el constructo del EPT y su medida de evaluación, se han desarrollado diversas líneas de investigación, entre ellas el estudio del EPT cuando se trabaja con poblaciones específicas de pacientes. Así se ha estudiado cómo son los perfiles de los terapeutas a través de la comparación de dos o más grupos: uno abocado a la atención clínica de personas con determinadas patologías o circunstancias clínicas y otro grupo de terapeutas que trabaja en clínica de adultos en general sin especificar una condición clínica determinada. Hasta el momento se ha estudiado el EPT de terapeutas abocados a la atención de: pacientes severamente perturbados (Rial et al., 2006), padres de niños internados en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (Vega, 2006), pacientes drogodependientes (Casari et al., 2019), niños con trastorno del espectro autista (Casari et al., 2017a), familias en situación de maltrato infantil (Casari et al., 2014), y pacientes con cáncer (Vera Cano, 2018). Las cinco funciones del EPT han demostrado poder discriminar el ámbito de trabajo y/o las condiciones clínicas de los pacientes con los cuales se trabaja. Es decir, aparentemente los terapeutas que trabajan con determinados pacientes desarrollan un perfil idiosincrático. Una población sobre la que aun no se han realizado estudios específicos, son los terapeutas que trabajan con pacientes con discapacidad intelectual (en adelante, DI).

Peredo (2016) refiere que “la discapacidad intelectual se ubica como uno de los problemas de mayor incidencia dentro de las dificultades generales o globales del desarrollo y el aprendizaje” (p.103). Siguiendo con la misma autora, no existe consenso acerca del término que se debería utilizar para describir a las personas que presentan problemas globales de aprendizaje. Se ha intentado fijar un acuerdo sobre la terminología, sin embargo, los términos *retardo mental* o *discapacidad intelectual* aún son de empleo común. De igual modo, se debe mencionar que el concepto retardo mental actualmente resulta inapropiado, por lo que se hablará de

discapacidad intelectual (en adelante, DI).

La noción actual de DI se enmarca en la noción general de discapacidad que: centra su atención en la expresión de las limitaciones del funcionamiento individual dentro de un contexto social y representa una desventaja sustancial para el individuo. La discapacidad tiene su origen en un trastorno del estado de salud que genera deficiencias en las funciones del cuerpo y en sus estructuras, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación dentro de un contexto de factores medioambientales y personales. (Schalock, 2009, pp. 22-23)

El tema de la discapacidad ha sido abordado desde diversos paradigmas o modelos que han dictado el modo de brindar atención a personas con esta condición. Aunque en la literatura se encuentran diversas denominaciones para estas concepciones, se pueden mencionar los tres paradigmas que engloban las posturas más habituales hacia el tema de la discapacidad: el paradigma tradicional, el paradigma médico-biológico y el paradigma social. Es dentro de este último que se concibe a la persona con discapacidad desde un enfoque biopsicosocial y se apunta hacia una integración real y efectiva de esta población en todas las esferas de la vida en la sociedad. Esta visión obliga a replantear los abordajes, que, hasta hace poco tiempo, eran bien vistos y promovidos por los profesionales que se relacionaban laboralmente con esta población. La psicología no escapa a esta influencia y, por tanto, se ve en la necesidad de revisar algunas de sus prácticas tradicionales a la luz del nuevo paradigma, que propone trascender la atención centrada exclusivamente en la persona para incidir en el contexto social. Esto implica, por ejemplo, el surgimiento de nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de los profesionales en psicología y, por tanto, una nueva planificación y orientación de los sistemas de atención (Alfaro-Rojas, 2013).

Uno de los desafíos con que se encuentran los psicólogos que trabajan en DI es la necesidad del trabajo interdisciplinario, especialmente con médicos que son quienes generalmente determinan el diagnóstico de DI. Sin embargo, los terapeutas tienden a desconfiar de los diagnósticos cuando son realizados por médicos, especialmente los terapeutas noveles (Wodrich et al., 2010). También los terapeutas tienden a diferir con relación a sus concepciones sobre el origen de la DI (Hogan, 2018).

A su vez, el rol del psicólogo también es importante en el abordaje de la DI debido a las comorbilidades psiquiátricas que suelen observarse en personas con DI (Stünkel-Grees et al., 2018). La psicoterapia es una alternativa eficaz para el abordaje de la DI, donde los objetivos están puestos en el desarrollo personal, autodescubrimiento y en el logro de cambios positivos. También se abordan temáticas como la discapacidad, dependencia y duelos, sin olvidar que se debe promover una visión positiva de sí mismo y focalizarse sobre las habilidades del paciente. Esto implica que los terapeutas deben realizar ciertos ajustes a los formatos tradicionales de la psicoterapia, es decir, ser flexibles para adaptar las intervenciones en función de los déficits cognitivos de los pacientes (Porcelan et al., 2019).

En cuanto a abordajes específicos, aquellas que han demostrado su eficacia son la psicoterapia de apoyo, la terapia cognitivo conductual y la entrevista motivacional (Porcelan et al., 2019). En esta última se destacan la importancia de ciertas cualidades de los terapeutas como empatía, honestidad y confiabilidad (Frielink y Embregts, 2013).

También se han encontrado evidencias de eficacia para las terapias narrativas grupales con personas con DI (McKenzie-Smith, 2020), donde el rol del terapeuta ha sido destacado como un aspecto clave de la terapia (Westerhof et al., 2016).

Enfoques más tradicionales como el psicodinámico han demostrado su evidencia, aunque en menor escala que las terapias cognitivo-conductuales (Himmerich, 2020). En el primero se enfatiza la necesidad de una base segura como condición para el tratamiento, donde los terapeutas actúan en tres fases: recolección de información, formulación y recontextualización, comunicación de interpretaciones. Tal como se mencionó anteriormente, se vuelve a comentar la necesidad de flexibilidad el terapeuta en el encuadre terapéutico y trabajar con sesiones breves (Himmerich, 2020).

Muchas veces los terapeutas cuando comienzan a trabajar en DI sienten que las personas no son aptas para psicoterapia porque cognitivamente no están en condiciones (Capri, 2014), por eso se recomienda nuevamente que los terapeutas sean flexibles en cuanto a sus abordajes y metas propuestas. También es una tarea que demanda elevados recursos personales y lidiar con contextos institucionales, por eso se sugiere supervisión, terapia personal y trabajar en otras tareas para mitigar el estrés del propio terapeuta (McInnis, 2016).

En síntesis, la figura del terapeuta parece ser clave en el abordaje clínico de personas con Discapacidad Intelectual. La literatura señala la necesidad de una idiosincrasia particular, destacándose la importancia de la flexibilidad para adecuar los objetivos y evitar caer en la frustración, así como no centrar la mirada en los déficits y promover un trabajo que revalorice el desarrollo personal de las personas. Estas cualidades que se señalan como recomendables en los terapeutas involucran tanto a aspectos personales como profesionales. Por ello, el concepto del EPT es una base teórica acorde al estudio de estos profesionales, debido a que en el constructo confluyen tanto factores personales (como la personalidad de los terapeutas) y factores profesionales (orientación teórica y años de experiencia). En este sentido y continuando con una tradición de investigaciones previas, el conocimiento del EPT de acuerdo con el trabajo con determinadas condiciones clínicas, puede permitir conocer cómo actúan los profesionales, y eventualmente, el resultado al cual conduce su accionar (Fernández-Álvarez et al., 2003). De este modo, se favorecería el entrenamiento de futuros aspirantes al trabajo en esta temática, promoviendo estilos terapéuticos específicos.

En función de los aspectos desarrollados, los objetivos del presente trabajo fueron: 1) Comparar el Estilo Personal del Terapeuta en dos muestras de psicoterapeutas: una abocada al trabajo con personas con discapacidad intelectual, y

otra muestra dedicada a la atención de población clínica en general; 2) Analizar si los años de experiencia y el enfoque teórico tienen un efecto significativo en las funciones del EPT al interior de cada grupo de psicoterapeutas.

Método

Participantes

Los participantes fueron reclutados a través de un muestreo por accesibilidad, no intencional y no aleatorizado. Se trabajó con una muestra compuesta por 104 psicoterapeutas de Mendoza, Argentina, divididos en dos grupos: Grupo Discapacidad (en adelante GD) (n= 52) y Grupo Clínico (en adelante GC) (n= 52). El primero de estos grupos, está abocado al trabajo clínico con pacientes que presentan discapacidad intelectual. En tanto que, el segundo subgrupo, corresponde a una muestra de psicoterapeutas que trabajan con población clínica general. La distribución por edad, sexo y años de experiencia clínica pueden visualizarse en la tabla 1.

Tabla 1.

Descripción de Variables Demográficas y Profesionales en cada Grupo de Terapeutas (n= 104)

	Grupo Discapacidad (n= 52)	Grupo Clínico (n= 52)
Edad		
Mínimo – Máximo	24 - 53	24 – 64
Media (DE)	34 (6,18)	33, 30 (9,49)
Sexo		
Femenino %	98,1 %	88,5 %
Masculino %	1,9 %	11,5 %
Años de experiencia clínica		
Noveles (< 5 años)	51,9 %	67,3%
Intermedios (> 5, < 15 años)	42,3%	21,2%
Expertos (> 15 años)	5,8%	11,5%
Enfoque teórico		
Integrativo	26 %	30,8 %
Cogn – Cond.	40 %	9,6 %
Psicoanalítico	16 %	25 %
Sistémico	12 %	19,2 %
H. Existencial	6 %	5,8 %
Cogn-Postracionalista	0 %	9,6 %

Nota: DE = Desviación Estándar; H. Existencial = Humanístico Existencial; Cogn – Cond = Cognitivo-Conductual; Cogn – Postracionalista = Cognitivo Postracionalista.

Instrumentos

Encuesta Ad Hoc: se utilizó para relevar información demográfica, tal como sexo, edad, años de práctica clínica, enfoque teórico.

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

El EPT-C es un instrumento auto-administrado que consta de 36 ítems presentados como afirmaciones a las que cada terapeuta debe responder según su grado

de acuerdo en una escala de tipo Likert, que va desde 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 7 (*totalmente de acuerdo*). Los 36 ítems se agrupan en cinco funciones, con dos extremos:

- **Función Atencional:** relacionada a la búsqueda de información terapéutica, donde las polaridades oscilan entre atención amplia o abierta (bajos puntajes) hacia atención focalizada o estrecha (altos puntajes).
- **Función Operativa:** está vinculada con las intervenciones terapéuticas, pero no así con las técnicas propiamente dichas, sino más bien con el tipo de abordaje que cada terapeuta tiende a implementar. Es decir, si trabaja de un modo espontáneo sin seguir un plan de tratamiento (bajos puntajes) o si prefiere hacerlo de una manera más estructurada de acuerdo con las pautas de un tratamiento establecido (altos puntajes).
- **Función Expresiva:** Es la forma en que el terapeuta trabaja la comunicación emocional con sus pacientes, permitiendo así una exploración más profunda de aspectos emocionales, y tolerando estas expresiones durante la sesión. Las polaridades oscilan aquí entre trabajar con distancia emocional (bajos puntajes) o de manera más cercana (altos puntajes).
- **Función de Involucración:** Implica cuánto se compromete el terapeuta en su labor diaria, y en qué forma la psicoterapia tiene un impacto sobre su vida cotidiana. Las polaridades pueden oscilar desde bajo compromiso (bajos puntajes) hacia alta involucración (puntajes elevados).
- **Función Instruccional:** es la manera en que el terapeuta establece el encuadre terapéutico entendiendo a las reglas del contrato terapéutico, tales como horarios, honorarios, frecuencia de las sesiones, etc. De este modo, los terapeutas pueden ser flexibles en la manera de pautar el encuadre (bajos puntajes) o rígidos (altos puntajes).

Las primeras dos funciones, corresponden a los aspectos técnicos del rol psicoterapéutico, en tanto que, las funciones Expresiva y de Involucración, se relacionan con aspectos motivacionales y emocionales. La función Instruccional sería un aspecto diferente, que integra ambas características (Castañeiras et al., 2008).

La versión original del EPT – C fue desarrollada en Argentina, y cuenta con propiedades psicométricas satisfactorias a nivel de validez y confiabilidad. La validez de contenido fue explorada a través del criterio interjueces (Fernández-Álvarez y García, 1998). En cuanto a validez de constructo se han realizado análisis factoriales exploratorios, encontrando una estructura empírica coherente con el modelo teórico planteado (Fernández-Álvarez et al., 2003); así como también análisis factoriales confirmatorios, que evidencian un buen ajuste del modelo teórico para la versión original de cinco factores (Castañeiras et al., 2008). También se han reportado evidencias de validez convergente con la actividad verbal de los terapeutas, evaluada a través de la Guía para la Observación y Clasificación de la Conducta Verbal de los Terapeutas (Fernández-Álvarez et al., 2017). Por otro lado, el EPT-C cuenta con índices satisfactorios de confiabilidad reportados a través del

Alpha de Cronbach, así como estabilidad temporal test – retest (Castañeiras et al., 2006, 2008, Fernández-Álvarez et al., 2003).

Procedimiento

Los terapeutas del GD fueron contactados a través de instituciones específicas abocadas al tratamiento de personas con discapacidad intelectual, en la provincia de Mendoza, Argentina. Se envió un correo comentando el objetivo de la investigación, y solicitando que, en caso de estar de acuerdo, se difundiera el cuestionario entre su plantel de profesionales. Previamente, el EPT-C más la encuesta Ad Hoc fueron transcritas a un formulario online para poder ser respondido de manera digital. Allí se agregó al inicio una descripción de la investigación, más un formulario de consentimiento informado.

Por otro lado, los terapeutas del GC fueron reclutados a través de páginas específicas de psicoterapeutas, invitándolos a colaborar en un estudio sobre el Estilo Personal del Terapeuta. Del mismo modo, la información del EPT-C y la encuesta Ad Hoc, fue transcrita a un formulario online, anexando los propósitos de la investigación más el consentimiento informado correspondiente.

La recolección de datos se realizó en los meses de agosto y septiembre del año 2020.

Análisis de Datos

En primer lugar, se corroboró que la distribución de las variables del EPT-C, es decir las cinco funciones que integran el instrumento, presenten una distribución normal. Para ello se analizó la asimetría y curtosis de ambas variables. De acuerdo con George y Mallery (2007) la presencia de valores superiores a $\pm 2,00$ señalan una distribución no normal. Aquí se encontraron valores inferiores a $\pm 1,00$ los cuales son considerados excelentes (George y Mallery, 2007).

Para corroborar el primer objetivo, se realizó la prueba *t* para muestras independientes, fijando un nivel de significación de 0,05. Se analizó también el tamaño del efecto empleando la *d* de Cohen, tomando como referencia los siguientes valores: efecto pequeño (0,25), efecto mediano (0,50) y efecto grande (0,80) (Cárdenas Castro y Arancibia Martini, 2014).

Para cumplir el segundo objetivo, los subgrupos fueron analizados por separado. Allí se exploró mediante el Análisis Univariado de la Varianza (Anova) el efecto de dos variables específicas sobre las funciones del EPT: años de experiencia profesional y enfoque teórico. El tamaño del efecto fue estimado a través del cálculo del Eta cuadrado (η^2), donde los tamaños del efecto 0,10, 0,25, y 0,40 son considerados pequeños, medianos y grandes, respectivamente (Cárdenas Castro y Arancibia Martini, 2014).

Resultados

En primer lugar, se menciona en qué medida ambos grupos de terapeutas son homogéneos en su distribución en cuanto a variables demográficas. Como puede observarse en la tabla 1, el promedio de edad fue prácticamente similar en ambos grupos, siendo mayor el rango en el Grupo Clínico. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta variable empleando la prueba *t* para muestras independientes: $t_{(102)} = ,441, p = ,660$. En cuanto al género, se observó una gran prevalencia de terapeutas mujeres en ambas muestras parciales, sin observar la presencia de asociaciones significativas entre ambos grupos empleando la prueba Chi Cuadrado: $X^2 (1) = 3,829, p = ,050$. Los años de experiencia fueron clasificados usando las categorías de trabajos previos sobre el EPT (Castañeiras et al., 2006): nóveles (hasta 5 años de experiencia profesional), intermedios (entre 6 a 15 años de experiencia profesional), y expertos (más de 15 años de experiencia profesional). Siguiendo esta clasificación tampoco se observó una asociación significativa entre las variables empleando la prueba Chi Cuadrado: $X^2 (2) = 5,699, p = ,058$. Por último, se consignó el enfoque teórico como variable profesional, habiendo mayoría de terapeutas que adhieren a la corriente Cognitivo Conductual en el GD, e Integrativos en el GC. Aquí no se reportó una independencia de las variables, ya que se encontró una asociación significativa entre pertenecer a determinado subgrupo (GD, GC) con la variable enfoque teórico empleando la prueba Chi Cuadrado: $X^2 (5) = 16,48, p < .01$.

Análisis del Objetivo 1

En función del primer objetivo, el cual planteaba comparar el Estilo Personal del Terapeuta en dos muestras de psicoterapeutas: una abocada al trabajo con personas con discapacidad intelectual, y otra muestra dedicada a la atención de población clínica en general, se realizó una prueba *t* para muestras independientes (ver tabla 2). Se ingresaron las funciones del EPT como variables de prueba y el tipo de grupo al que pertenecían los terapeutas como variable de agrupación (GD, GC). Como puede observarse, se encontraron tres diferencias significativas en las funciones Expresiva, Involucración y Operativa. En los tres casos los puntajes superiores fueron obtenidos por el grupo abocado al tratamiento de DI, lo cual significa: una mayor cercanía emocional, un nivel superior de compromiso con la tarea, y preferencia por intervenciones estructuradas más que espontáneas. En el caso de la función de Involucración el tamaño del efecto fue grande ($d > .80$), mientras que en las demás funciones el efecto fue de pequeño a moderado.

Tabla 2

Comparación de Medias entre Terapeutas del Grupo Discapacidad (n= 52) y Terapeutas del Grupo Clínico (n= 52)

Funciones del EPT	Grupo Discapacidad	Grupo General	t	p	d
	M (DE)	M (DE)			
Atencional	19,26 (4,67)	18,28 (5,51)	0,97	0,33	0,19
Expresiva	41,23 (6,94)	37,53 (7,60)	2,58	0,01*	0,50
Instruccional	28,40 (7,28)	31,11 (6,84)	-1,95	0,05	-0,38
Involucración	29,03 (6,19)	24,34 (5,26)	4,16	< ,001*	0,81
Operativa	24,05 (5,72)	21,29 (5,92)	2.42	0,01*	0,47

Nota. los valores señalados con asteriscos indican diferencias estadísticamente significativas.

Análisis del objetivo 2

Para cumplir el segundo objetivo, el cual establecía analizar si los años de experiencia y el enfoque teórico tienen un efecto significativo en las funciones del EPT al interior de cada grupo de psicoterapeutas, se aplicó la prueba Anova al interior de cada grupo de terapeutas.

Para corroborar el efecto del enfoque teórico, se realizó un Análisis Univariado de la Varianza (Anova) separando cada grupo de terapeutas (GD y GC). Como variables dependientes se introdujeron las cinco dimensiones del EPT-C y como factor la orientación teórica. Debido a que se trata de un análisis univariado no se incluyó la interacción entre las variables. A pesar de que el análisis se condujo separando la muestra de terapeutas por grupos (quedando un n de 52 casos por análisis), a los fines didácticos, se presentan los resultados en una única tabla mostrando el análisis realizado al interior de cada muestra parcial: GD y GC (ver tabla 3).

Tabla 3

Comparación del EPT Según Enfoque Teórico en Terapeutas que Trabajan en Discapacidad Intelectual y Terapeutas que no Trabajan en Discapacidad Intelectual (n= 104)

Funciones del EPT	Grupo Discapacidad (n= 52)			Grupo Clínico (n=52)		
	F	p	η^2	F	p	η^2
Atencional	4,129	0,006*	0,268	2,990	0,020*	0,245
Expresiva	0,936	0,452	0,077	3,302	0,012*	0,264
Instruccional	0,691	0,602	0,058	2,089	0,084	0,185
Involucración	0,815	0,522	0,068	1,372	0,252	0,130
Operativa	3,591	0,013*	0,242	3,466	0,010*	0,274

Nota. los valores señalados con asteriscos indican diferencias estadísticamente significativas.

Mediante la prueba post hoc Bonferroni, se pudo observar entre qué grupos de terapeutas se producían las diferencias significativas. En el Grupo de terapeutas que trabajan en Discapacidad Intelectual, las diferencias en las funciones Atencional y Operativa se registraron entre terapeutas cognitivos conductuales y terapeutas psicoanalíticos ($p < .01$), en ambos casos los primeros poseen valores superiores.

Mientras que, en el Grupo de Terapeutas Clínicos, surgieron nuevas diferencias al interior de cada función del EPT: tanto en la función Atencional como en la función Operativa, las diferencias se registraron entre terapeutas psicoanalíticos con terapeutas sistémicos ($p < .05$) y con terapeutas integrativos ($p < .05$). Aquí los puntajes más elevados fueron obtenidos por terapeutas integrativos y sistémicos, en tanto que, los terapeutas psicoanalíticos registraron los valores inferiores. Por otro lado, dentro del GC, en la función Expresiva nuevamente los terapeutas psicoanalíticos se diferenciaron significativamente de sus pares sistémicos ($p < .05$) y terapeutas cognitivos post racionalistas ($p < .05$); los valores inferiores fueron obtenidos por terapeutas psicoanalíticos.

Seguidamente, se analizó si los años de experiencia ejercían un efecto diferencial sobre los factores del EPT, al interior de cada subgrupo de terapeutas (ver tablas 4 y 5). Al igual que en el análisis anterior, se ingresaron como variables dependientes las cinco dimensiones del EPT-C y como factor los años de experiencia profesional. Como resultado solo se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el GD, en la Función Expresiva (ver tabla 4). Aunque los puntajes tienden a aumentar conforme se incrementan los años de experiencia profesional, el análisis post hoc (DSM) arrojó que las diferencias significativas se producían entre los primeros dos grupos de terapeutas ($p < .05$): terapeutas noveles y terapeutas intermedios.

Tabla 4

Comparación de las Funciones del EPT de Acuerdo con los Años de Experiencia en el Grupo de Terapeutas que Trabajan en Discapacidad Intelectual (n= 52)

Funciones del EPT	Años de experiencia profesional			F	p	η^2
	Noveles (n= 27)	Intermedios (n= 22)	Expertos (n= 3)			
Atencional	20 (4,40)	18,68 (5,11)	17 (3,60)	0,851	0,433	,034
Expresiva	38,96 (6,29)	43,5 (7,33)	45 (1,73)	3,377	0,044*	0,12
Instruccional	28,18 (6,20)	29,18 (8,68)	24,66 (5,50)	0,523	0,596	,021
Involucración	28,07 (6,39)	30 (6,27)	30,66 (2,51)	0,688	0,508	,027
Operativa	24,66 (4,94)	23,54 (6,82)	22,33 (4,04)	0,368	0,694	,015

Nota. los valores señalados con asteriscos indican diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 5

Comparación de las Funciones del EPT de Acuerdo con los Años de Experiencia en el Grupo de Terapeutas que Trabajan en Clínica General (n= 52)

Funciones del EPT	Años de experiencia profesional			F	p	η^2
	Noveles (n= 35)	Intermedios (n= 11)	Expertos (n= 6)			
Atencional	19,14 (5,74)	17,27 (5,06)	15,16 (3,97)	1,603	0,212	,061
Expresiva	36,25 (7,52)	39,09 (8,10)	42,13 (5,61)	1,885	0,163	,071
Instruccional	30,50 (7,15)	34,63 (5,06)	28,16 (6,11)	2,258	0,115	,084
Involucración	24,45 (4,87)	23,81 (7,22)	24,66 (3,93)	0,072	0,931	,003
Operativa	21,71 (5,77)	21,81 (6,77)	17,83 (4,75)	1,164	0,321	,045

Discusión

En función del primer objetivo, se encontraron diferencias significativas en tres funciones del EPT: Expresiva, Involucración y Operativa. En los tres casos los puntajes superiores fueron obtenidos por el grupo abocado al tratamiento de DI. Los resultados aquí encontrados coinciden en modo parcial con estudios anteriores sobre poblaciones específicas del EPT.

En primer lugar, la función Expresiva aquí resultó ser significativamente más elevada que en el GC. Esta función está relacionada con la expresión e intensidad emocional que el terapeuta facilita durante los encuentros terapéuticos, así como también su tolerancia a los intercambios emocionales. Se considera que las polaridades entre las cuales oscilan los valores posibles están representadas por distancia emocional (nivel inferior) y cercanía emocional (nivel superior) (Fernández-Álvarez et al., 2003).

En investigaciones similares sobre terapeutas que trabajan con poblaciones específicas de pacientes, la función Expresiva ha tendido a ser inferior, es decir, los terapeutas demostraron mayor distancia emocional. Esto ha ocurrido tanto en los psicólogos clínicos que tratan a pacientes severamente perturbados (Rial et al., 2006) como con aquellos psicoterapeutas que se dedican a la atención clínica de casos de maltrato infantil (Casari et al., 2014). Por lo tanto, los resultados aquí encontrados no coinciden con dos estas investigaciones.

En segundo lugar, la función de Involucración también resultó significativamente más elevada en la comparación con el grupo de psicólogos clínicos. Esta función, está relacionada con el compromiso del terapeuta con sus pacientes y en su rol profesional en general, es decir, qué tan importante es la psicoterapia como actividad en su vida personal. Aunque esto haría pensar que la función de Involucración debería ser elevada, en ciertas situaciones de elevada demanda emocional o laboral, los terapeutas tienden a tomar mayor distancia como una medida protectora del desgaste profesional (Rial et al., 2006). De este modo, las polaridades de esta función oscilan desde el bajo hacia el alto grado de involucración (Fernández-Álvarez et al., 2003).

La función de Involucración ha obtenido resultados diferentes en tres estudios que emplearon metodologías similares, pero con distintas poblaciones. En el caso de terapeutas de pacientes con adicciones (Casari et al., 2019) y de terapeutas de pacientes con trastorno del espectro autista (TEA), los valores tienden a ser elevados, denotando mayor compromiso en su rol profesional (Casari et al., 2017a). Sin embargo, cuando se estudiaron terapeutas de pacientes severamente perturbados, los resultados fueron opuestos: menor grado de involucración (Rial et al., 2006). Entonces, los resultados del presente estudio coinciden con las investigaciones más recientes (Casari et al., 2017a; Casari et al., 2019) que señalan un mayor grado de compromiso en la tarea.

Por último, la función Operativa también arrojó diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre terapeutas, donde los psicólogos abocados

al abordaje de pacientes con DI se inclinaron por intervenciones más pautadas que espontáneas.

Esta función está relacionada con la forma de intervenir de los terapeutas, de manera libre o intuitiva, o bien, siguiendo los pasos de tratamientos e intervenciones ya estructuradas. Por lo tanto, las polaridades oscilan entre espontaneidad y sujeto a pautas (Fernández-Álvarez et al., 2003).

En coincidencia con la investigación de Rial et al. (2006) sobre terapeutas de pacientes severamente perturbados, aquí también se encontró un mayor desarrollo de la función Operativa.

Como conclusión del primer objetivo, puede decirse que las funciones del EPT que aparentemente se diferencian o son específicas para el trabajo en Discapacidad Intelectual son: Expresiva, Involucración y Operativa. Ahora bien, tal como se ha planteado en la tradición de estudios del EPT en poblaciones clínicas, tener un determinado perfil no significa que el mismo sea eficaz (Casari et al., 2018). De acuerdo a la teoría del EPT, ciertos perfiles pueden resultar ser más idóneos para determinadas tareas (Fernández-Álvarez et al., 2003), coincidiendo con investigaciones posteriores que afirmaban que los terapeutas terminan desarrollando cierto dominio para el tratamiento de determinados problemas específicos, ya sea en situaciones clínicas similares o para trabajar con pacientes que presentan determinados niveles de gravedad sintomatológica (Johns et al., 2019).

¿Por qué el perfil de estos terapeutas podría estar caracterizado por mayor desarrollo en las funciones de Involucración, Expresiva y Operativa? Se recuerda que, de las tres funciones, aquella con mayor tamaño del efecto fue la primera: Involucración.

El trabajo en DI es una tarea que demanda elevados recursos personales y lidiar con contextos institucionales (McInnis, 2016; Wodrich et al., 2010), así como trabajar con pacientes que suelen presentar comorbilidades psiquiátricas (Stünkel-Grees et al. 2018) y que cognitivamente no poseen la misma capacidad de abstracción que adultos con desarrollo cognitivo normal (Capri, 2014). En función de estos aspectos, se recomienda ser flexible en sus abordajes y fijar metas acordes a las posibilidades de sus pacientes con DI (Capri, 2014). Puede ocurrir que estos aspectos incidan en el mayor desarrollo de la función de Involucración.

La función Expresiva se ha visto relacionada a la función Involucración (Casari et al., 2017b) y ha sido incluida dentro de los aspectos motivacionales y emocionales del EPT (Fernández-Álvarez et al., 2003). Por ello es esperable en cierta medida que el desarrollo de la función Expresiva esté asociado al mayor desarrollo de la función de Involucración, posiblemente sean los mismos factores del trabajo en DI los que puedan explicar este resultado. La mayor comunicación emocional observada en los terapeutas quizás se deba a la necesidad de empatía para la utilización de intervenciones como la entrevista motivacional (Frielink y Embregts, 2013). Si bien la función Expresiva ha sido relacionada teóricamente a la empatía (Fernández-Álvarez et al., 2003), recientemente se ha detectado su

vinculación empírica con aspectos cognitivos de la empatía (Tabullo et al., 2021).

Por otro lado, en la psicoterapia con pacientes que tienen DI, también se trabajan aspectos relacionados al desarrollo personal, autodescubrimiento y al logro de cambios positivos (Porcelan et al., 2019). Este tipo de objetivos, parecerían estar más asociados a técnicas emocionales de exploración que a técnicas conductuales, por lo que podrían incidir en la función Expresiva.

En cuanto a la función Operativa, la misma también ha demostrado su asociación con la función Expresiva en estudios empíricos (Casari et al., 2017b), a pesar de que teóricamente pertenece a los aspectos técnicos del EPT (Fernández-Álvarez et al., 2003). Puede inferirse que el hecho de contar con terapias basadas en evidencia disponibles para trabajar con pacientes con DI (Porcelan et al., 2019) pueda hacer que los profesionales se inclinen hacia tratamientos pautados en lugar de actuar de un modo más espontáneo. A diferencia de lo que puede ocurrir en la clínica general, donde se vean pacientes con una amplia heterogeneidad de síntomas o bien en búsqueda de desarrollo personal (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004). También pueden estar influyendo los factores antes mencionados, como la comorbilidad psiquiátrica y el trabajo en institucional, que direccionen a los profesionales a trabajar de manera más estructurada (McInnis, 2016; Stünkel-Grees et al. 2018; Wodrich et al., 2010).

Seguidamente, se analizó el efecto que tenían dos variables sobre el EPT al interior de cada subgrupo: enfoque teórico y años de experiencia profesional.

Aquí se encontró que en el enfoque teórico se observaban diferencias en las funciones Atencional y Operativa en ambos grupos de terapeutas (GD, GC). Sin embargo, la función Expresiva solo arrojó diferencias significativas al interior del GC.

El enfoque teórico es una de las variables más estudiadas dentro de las investigaciones del EPT y la mayoría de las funciones, incluyendo la Atencional, Operativa y Expresiva, han evidenciado diferencias significativas de acuerdo con los enfoques teóricos de los profesionales (Casari et al., 2018).

Hasta aquí, podría pensarse que, si las mismas funciones del EPT arrojan diferencias significativas en los dos grupos de trabajo, se trataría de una variable que no es específica o sensible de modificarse de acuerdo con el tipo de pacientes con el cual trabaja el profesional. O, dicho de otro modo, el enfoque teórico produce diferencias en el EPT más allá del grupo clínico de trabajo.

Sin embargo, en el análisis post hoc pudo observarse que las diferencias se producen entre distintos subgrupos de terapeutas al interior cada muestra parcial: terapeutas Cognitivo-Conductuales con terapeutas Psicoanalíticos en el grupo de terapeutas que atienden a personas con GD; psicólogos Psicoanalíticos con psicólogos sistémicos y psicólogos integrativos en el GC. Se recuerda que, en este caso, no se observó una distribución homogénea entre los distintos enfoques teóricos con los grupos de terapeutas, por lo que este resultado puede estar sesgado debido a la representación heterogénea de terapeutas al interior de cada muestra parcial.

Dentro de la psicoterapia con DI se han propuesto abordajes tanto cognitivo

conductuales como psicodinámicos (Himmerich, 2020; Porcelan et al., 2019; Shepherd y Beail, 2017). Estos resultados mostrarían que el perfil del EPT no estaría únicamente influenciado por trabajar con poblaciones específicas, sino también por adherir a determinados marcos teóricos de abordaje. Aunque a diferencia del resultado anterior, aquí el tamaño del efecto fue entre pequeño y moderado para las distintas funciones del EPT, lo que haría suponer una influencia superior del grupo de trabajo sobre las orientaciones teóricas de los profesionales.

Por último, el análisis de los años de experiencia arrojó una diferencia estadísticamente significativa en la Función Expresiva en el GD, donde se observa una tendencia en ascenso a medida que aumentan los años de experiencia profesional, coincidiendo con estudios previos (Casari et al., 2019; Castañeiras et al., 2006). En contraposición al análisis del enfoque teórico, aquí sí se observó una distribución homogénea de los años de experiencia profesional en los dos grupos de terapeutas comparados.

Las características previamente mencionadas que podrían estar relacionadas a la función Expresiva, como la empatía, trabajo sobre el desarrollo personal y autodescubrimiento (Frielink y Embregts, 2013; Porcelan et al., 2019) aparentemente tienden a incrementarse con el tiempo. Este dato es llamativo, porque no es una correlación estadísticamente significativa que se replique también en el GC, lo que haría pensar que se trata de una característica idiosincrática del perfil de estos terapeutas. No obstante, el tamaño del efecto es pequeño lo cual haría suponer que no se trata de una interacción significativamente relevante.

En síntesis, los resultados aquí encontrados tienen las siguientes implicancias:

- Se trata en primer lugar de un aporte disciplinar, el EPT tiende a adecuarse al contexto de trabajo. Esto significa que el trabajo en el área de la DI no puede ser una extensión de la formación básica en psicoterapia, se necesitan habilidades terapéuticas específicas.
- En segundo lugar, al poder aislarse un perfil prototípico de EPT, se pueden desarrollar programas de entrenamiento profesional basados en competencias terapéuticas asociadas a las funciones del EPT. Por ejemplo, sabiendo que la función Expresiva predomina en este grupo de terapeutas y que la misma está asociada a la empatía (Tabullo et al., 2021), un programa de habilidades terapéuticas para trabajar en discapacidad intelectual debería incluir un entrenamiento en empatía. Así como también el conocimiento de intervenciones basadas en evidencia (por su vínculo con la función Operativa).
- Por último, y con respecto a la función de Involucración la cual está asociada al compromiso terapéutico, no significa que siempre deba ser elevado como garantía de eficacia terapéutica. De hecho, puede ocurrir que el mayor compromiso se manifieste como una manera de lidiar con una actividad terapéutica que excede a los propios recursos de los profesionales, llevando a consecuencias negativas en el mediano y largo

plazo, como deserción profesional o burnout (Casari et al., 2019). En este sentido, una aplicación de estos resultados podría derivarse en programas de bienestar para profesionales, donde se brinden espacios de contención y supervisión.

Para finalizar, se comentan las limitaciones del presente estudio. En primer lugar, el tipo de muestreo utilizado (no aleatorio y por conveniencia) puede influir en que solo participantes interesados en la investigación hayan colaborado, lo cual implica un sesgo de selección. Por otro lado, el uso de medidas auto-informadas puede conducir a un sesgo de reporte, donde los terapeutas por deseabilidad social tiendan a mostrar una imagen más adecuadamente esperable. La investigación posee un carácter transversal, de modo que no puede afirmarse que este perfil de EPT sea estable en el tiempo. También puede mencionarse que las conclusiones aquí arribadas están influenciadas por el contexto sociocultural, los profesionales también están inmersos en una cultura y pueden diferenciarse de psicoterapeutas de otros países, ya que se han encontrado divergencias transculturales en el EPT (Quiñones et al., 2020). Por último, actuar de una determinada manera no significa que necesariamente esté relacionado a la eficacia terapéutica (Casari et al., 2018), por lo que en futuros estudios podrían agregarse otro tipo de medidas que evalúen el desempeño de los terapeutas. Aunque teniendo en consideración que un trabajo con este tipo de pacientes, pueden influir determinados factores contextuales que exceden la labor terapéutica.

Referencias

- Alfaro-Rojas, L. (2013). Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(1), 60-71.
- Capri, C. (2014). On developing an intersubjective frame for intellectual disability work [Sobre el desarrollo de un marco intersubjetivo para el trabajo con discapacidad intelectual]. *Disability and Rehabilitation*, 36(5), 418-423. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.793407>
- Cárdenas Castro, M. y Arancibia Martini, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G* Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud & Sociedad*, 5(2), 210-224.
- Casari, L. M., Assennato, F. y Grzona, S. (2017a). Estilo personal del terapeuta de psicólogos que trabajan en Autismo. *Revista de Psicoterapia*, 108(28), 169 – 188. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i108.164>
- Casari, L. M., Ison, M. S. y Gómez, B. (2018). Estilo personal del terapeuta: estado actual (1998 – 2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(3), 466-477. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1082>
- Casari, L. M., Ison, M. S. y Gómez, B. (2019). Estilo personal del terapeuta en profesionales que trabajan en instituciones de adicciones. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(1), 57 – 74. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v38i01.04>
- Casari, L. M., Magni, X. y Morelato, G. S. (15-18 octubre, 2014). *Estilos personales del terapeuta en profesionales que trabajan en situaciones de maltrato infantil* [Conferencia]. Primer Congreso Latinoamericano de la Ciencia Psicológica, Buenos Aires, Argentina
- Casari, L. M., Morán, V. E. e Ison, M. S. (2017b). Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta: análisis factorial confirmatorio de modelos rivales con psicoterapeutas argentinos. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 11(2), 69-84. <https://dx.doi.org/10.21500/19002386.2725>

- 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 [Efecto modulador de la experiencia y orientación técnico teórica sobre el Estilo Personal del Terapeuta]. *Psychotherapy Research*, 16(5), 587-593. <https://doi.org/10.1080/10503300600802867>
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación del estilo personal del terapeuta: presentación de una versión abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica*, 26(1), 5-13. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100001>
- 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., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q [Cuestionario de valoración sobre el estilo personal del terapeuta PST-Q]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(2), 116 – 125. <https://doi.org/10.1002/cpp.358>
- Fernández-Álvarez, H. M., García, F. S. y Schreb, E. (1998). The research program at AIGLE [El programa de investigación de AIGLE]. *Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 343-359. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199804\)54:3<343::AID-JCLP5>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199804)54:3<343::AID-JCLP5>3.0.CO;2-Q)
- Fernández-Álvarez, H. y Opazo, R. (2004). Introducción. En H. Fernández-Álvarez y R. Opazo Castro (Comps.), *La integración en psicoterapia* (pp. 13-32). Paidós.
- 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. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18238>
- Frielink, N. y Embregts, P. (2013). Modification of motivational interviewing for use with people with mild intellectual disability and challenging behaviour [Modificación de la entrevista motivacional para su uso con personas con discapacidad intelectual leve y comportamiento desafiante]. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 38(4), 279-291. <https://doi.org/10.3109/13668250.2013.809707>
- George, D. y Mallery, P. (2007). *SPSS for windows: Step by step 14.0 update [SPSS para windows: Actualización 14.0 paso a paso]* (7ª Ed.). Allyn & Bacon.
- Heinonen, E. y Nissen-Lie, H. A. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review [Las características profesionales y personales de los psicoterapeutas efectivos: una revisión sistemática]. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., Jr. y Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited [Revisión de la experiencia del terapeuta en psicoterapia]. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 7–53. <https://doi.org/10.1177/0011000016641192>
- Himmerich, J. (2020). Psychodynamic psychotherapy in severe and profound intellectual disability [Psicoterapia psicodinámica en la discapacidad intelectual severa y profunda]. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 14(3), 45-60. <https://doi.org/10.1108/AMHID-11-2019-0037>
- Hogan, A. J. (2018). The “two cultures” in clinical psychology: constructing disciplinary divides in the management of mental retardation [Las “dos culturas” en psicología clínica: construyendo divisiones disciplinarias en el manejo del retraso mental]. *Isis*, 109(4), 695-719. <https://doi.org/10.1086/701062>
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S. y Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to Baldwin and Imel’s (2013) review [Una revisión sistemática de los efectos del terapeuta: una actualización narrativa crítica y un refinamiento de la revisión de Baldwin e Imel (2013)]. *Clinical Psychology Review*, 67, 78–93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy [La eficacia y efectividad de la psicoterapia]. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed., pp. 169–219). Wiley.
- McInnis, E. E. (2016). Resistance to the new paradigm from the other? Personal reflections on becoming a disability psychotherapist [¿Resistencia al nuevo paradigma desde el otro? Reflexiones personales sobre convertirse en un psicoterapeuta de discapacidad]. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 10(3), 199 – 206. <https://doi.org/10.1108/AMHID-09-2015-0048>
- McKenzie-Smith, L. (2020). Are narrative therapy groups effective for people with intellectual disabilities? A critical review of the literature [¿Son efectivos los grupos de terapia narrativa para personas con discapacidad intelectual? Una revisión crítica de la literatura]. *Tizard Learning Disability Review*, 25(4), 213-222. <https://doi.org/10.1108/TLDR-05-2020-0008>

- Nissen-Lie, H. A., Ronnestad, M. H., Hoglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C. y Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? [¿Amarte a ti mismo como persona, dudar de ti mismo como terapeuta?]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 48–60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., Hartmann, A., Heinonen, E. y Willutzki, U. (2020). The personal self of psychotherapists: Dimensions, correlates, and relations with clients [El yo personal de los psicoterapeutas: dimensiones, correlatos y relaciones con los clientes]. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 461-475. <https://doi.org/10.1002/jclp.22876>
- Peredo, R. (2016). Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. *Revista de Investigación Psicológica*, 15, 101-122.
- Porcelan, J. A., Caujolle-Alls, K. E. y Gentile, J. P. (2019). Dismantling fears associated with intellectual disability psychotherapy: an evidence-based practice [Desmontando los miedos asociados a la psicoterapia de la discapacidad intelectual: una práctica basada en la evidencia]. *Innovations in clinical neuroscience*, 16(11-12), 14-18.
- Quiñones, A., Ugarte, C., Ceric, F., Cimbolli, P., García, F. y De Pascale, A. (2020). El estilo personal del terapeuta en profesionales chilenos e italianos. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 191-203. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.345>
- Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(98), 191-208.
- Schalock, R. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 40(1), 22-39.
- Stünkel-Grees, N., Clausen, J. y Wunsch, A. (2018). Ambulante psychotherapie für kinder und jugendliche mit geistiger behinderung [Psicoterapia ambulatoria para niños y jóvenes con discapacidad mental]. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 67(3), 224-238. <https://doi.org/10.13109/prkk.2018.67.3.224>
- Tabullo, A. J., Casari, L. M. y Putrino, N. (26-28 julio 2021). *Estilo personal del terapeuta, empatía y mentalización en psicoterapeutas de argentina* [Conferencia]. Presentación realizada en el marco del XXXVIII Congreso Interamericano de Psicología.
- Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología. Rol y estilo personal*. Lugar editorial.
- Vera Cano, C. S. (2018). *Ansiedad rasgo-estado y estilo personal del terapeuta en psicólogos que trabajan con pacientes oncológicos en Lima Metropolitana* (Trabajo fin de grado, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Perú). <http://hdl.handle.net/20.500.12404/13081>
- Westerhof, G. J., Beernink, J. y Sools, A. (2016). Who am I? A life story intervention for persons with intellectual disability and psychiatric problems [¿Quién soy? Una intervención de historia de vida para personas con discapacidad intelectual y problemas psiquiátricos]. *Intellectual and developmental disabilities*, 54(3), 173-186. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-54.3.173>
- Wodrich, D. L., Tarbox, J., Balles, J. y Gorin, J. (2010). Medical diagnostic consultation concerning mental retardation: An analogue study of school psychologists' attitudes [Consulta de diagnóstico médico sobre retraso mental: un estudio análogo de las actitudes de los psicólogos escolares]. *Psychology in the Schools*, 47(3), 246-256. <https://doi.org/10.1002/pits.20468>
- Zhou, S., Hou, Y., Liu, D., Xu, D. y Zhang, X. (2021). Psychotherapy Style Scale: development and validation [Escala de Estilo de Psicoterapia: desarrollo y validación]. *Frontiers in Psychology*, 12, 543989. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.543989>