

VARIABLES DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA ASOCIADAS CON LA ASISTENCIA A PROGRAMAS DE TRATAMIENTOS DE CONDUCTAS ADICTIVAS

Sandra Lima- Castro¹ , José Luis Carballo-Crespo², Félix Rueda³

¹ Facultad de Psicología, Universidad de Cuenca, Av. 12 de Abril s/n, Cuenca, Ecuador, 010203.

² Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche-España.

³ Fundación Noray, Proyecto Hombre Alicante, España.

Autor para correspondencia: sandra.lima@ucuenca.edu.ec

Fecha de recepción: 17 de julio 2017; aceptación: 20 de septiembre 2017

RESUMEN

Uno de los principales objetivos en el ámbito de tratamiento de los trastornos adictivos es fomentar la asistencia del paciente al tratamiento, esto debido a que la permanencia en el tratamiento está relacionada con su efectividad. Por ello, en este estudio se analizó en qué medida ciertos factores de la relación terapéutica se relacionan con mayor asistencia de los pacientes que acuden a una comunidad terapéutica. Participaron en el estudio un total de 90 pacientes y 8 terapeutas. Los resultados del análisis de regresión lineal revelaron que la percepción de los pacientes de una adecuada *alianza terapéutica*, actitudes positivas de su terapeuta y ciertos factores del *estilo personal* del terapeuta, se asocian a mayor asistencia. Por lo expuesto, el estudio de estas variables debería considerarse para mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias.

Palabras clave: alianza terapéutica, características del terapeuta, asistencia, retención.

ABSTRACT

One of the main objectives in the addictive disorders treatment field is to encourage patient's attendance to the treatment because the permanence in the treatment is related to its effectiveness. Thus, in this study was analyzed the extent to which certain therapeutic relationship factors are related to increased attendance in patients who attending to Therapeutic Community. A total of 90 patients and 8 therapists participated in this study. The results of linear regression revealed that that patient's perceptions of a good therapeutic alliance, positive attitudes of their therapist and specific characteristic of Therapist Personal Style are related with more attendance. For these reasons, the study of these variables could improve retention rates in the treatment of drug addiction.

Keywords: therapeutic alliance, therapist characteristics, attendance, retention.

1. INTRODUCCIÓN

La alianza terapéutica, definida como una relación de cooperación y compromiso entre el paciente y el terapeuta, cuyos componentes son: el vínculo de afecto y la consecuente capacidad de ambos para ponerse de acuerdo, tanto en las acciones o tareas, como en los objetivos del tratamiento (Bordin, 1979), constituye uno de los factores comunes e indispensables en el proceso de la psicoterapia, debido a que es un consistente predictor de éxito de diferentes intervenciones psicoterapéuticas (Beutler, Moleiro, Harwood, & Malik, 2003; Martin, Garske, & Davis, 2000; Lambert, 1992), a pesar de que su valor predictivo es moderado (Martin *et al.*, 2000; Botella & Corbella, 2011).

La alianza terapéutica en población drogodependiente es una de las variables del proceso terapéutico más importantes en la predicción de la asistencia y retención al tratamiento (De Weert-Van

Oene, Schippers, De Jong, & Schrijvers, 2001; Meier, Donmall, McElduff, Barrowclough, & Heller, 2006; Raytek, McCrady, Epstein, & Hirsch, 1999; Simpson, Joe, Broome, *et al.*, 1997), especialmente en pacientes que padecen mayor estrés negativo o angustia clínica (Lambert & Barley, 2001). No obstante resultados mixtos han sido encontrados, así, un estudio que involucró pacientes dependientes a la cocaína determinó que la alianza terapéutica predijo la retención para dos de los tres diferentes tratamientos aplicados (Barber *et al.*, 2001).

Por ello, en diversas problemáticas clínicas, incluyendo las drogodependencias, surge el interés creciente de identificar y analizar rigurosamente determinantes de la alianza terapéutica, ya que aún existen pocos estudios (Meier *et al.*, 2006). Entre las variables analizadas resaltan tanto las variables del paciente (Beutler & Harwood, 1995; Corbella & Botella, 2004a; Lambert & Bergin, 1994), como las variables personales del terapeuta (Fernández-Alvarez, García, & Scherb, 1998; Fernández-Álvarez, García, Bianco, & Santomá, 2003; Lambert, 1989) que podrían interactuar en la construcción de la alianza terapéutica, evitar el abandono del tratamiento, propiciar el cambio y, consecuentemente, estimular óptimos resultados en el tratamiento (Corbella & Botella, 2004a; Karno, Longabaugh, & Herbeck, 2010). Esto, debido a que las altas tasas de abandono en el tratamiento de las personas que padecen problemas adictivos constituyen un gran *hándicap* para la efectividad de estas intervenciones y puesto que se ha demostrado que existe una relación entre permanencia en el tratamiento y mejores resultados, particularmente en comunidades terapéuticas (National Institute on Drug Abuse NIDA, 2012; Simpson, Joe, & Rowan-Szal, 1997). En este sentido, pacientes que invierten el tiempo necesario en el tratamiento logran cambios positivos en cuanto a la frecuencia en el consumo de la sustancia, el estado de salud, actos delictivos, empleo, etc. (NIDA, 2002; Flynn, Kristiansen, Porto, & Hubbard, 1999; Sánchez-Hervás *et al.*, 2010; Simpson *et al.*, 1997). Así, mientras mayor sea el nivel del deterioro de los pacientes, debido a los trastornos adictivos, mayor tiempo se necesitará para obtener mejores resultados (Simpson, 2004; Simpson *et al.*, 1997; McKay, 2006; Waltman, 1995). Por todo esto, y con el afán de obtener mejores resultados, uno de los principales objetivos del tratamiento para drogodependencia es favorecer la asistencia del paciente al tratamiento.

La intervención terapéutica en el ámbito de los trastornos adictivos puede complejizar aún más la interacción de las variables del paciente con las del terapeuta y, por lo tanto, su relación con la asistencia al programa y el éxito terapéutico, puesto que estos trastornos exceden las formas tradicionales de abordaje terapéutico como resultado de un alto número de patologías asociadas y altas tasas de abandono en todas las modalidades de tratamiento. No obstante, la gravedad de la adicción no predice de forma totalmente determinante el abandono del tratamiento, por lo que es necesario nuevas líneas de investigación relacionadas con la formación de los profesionales y sus relaciones con los pacientes (Imel, Baer, Martino, Ball, & Carroll, 2011; Sánchez-Hervás *et al.*, 2010).

En población drogodependiente se ha encontrado que factores cognitivos tales como la intención de dejar de consumir y la motivación para el tratamiento, se correlacionan positivamente con la alianza terapéutica (De Weert-Van Oene *et al.*, 2001). Un estudio de revisión en población clínica, encontró que características personales del terapeuta como ser flexible, honesto, respetuoso, confiable, seguro de sí mismo, amistoso, activo y abierto para entender la experiencia del paciente, contribuyó favorablemente a establecer una adecuada alianza terapéutica (Ackerman & Hilsenroth, 2003), como también mayor permanencia en distintas modalidades de tratamiento para drogodependencias y un mejor funcionamiento psiquiátrico de los pacientes durante un año (Kasarabada, Hser, Boles, & Huang, 2002).

Estudios empíricos que demuestran cómo las variables del terapeuta se asocian a mayor asistencia y mejores resultados en los tratamientos para conductas adictivas destacan especialmente las siguientes características: ser más experimentados y competentes para conducir las sesiones terapéuticas, y poseer mayor habilidad para construir alianzas terapéuticas (Barber *et al.*, 2001; Kasarabada *et al.*, 2002; Raytek *et al.*, 1999). Por otro lado, patrones verbales de interacción del terapeuta pueden promover o inhibir medidas a favor de la recuperación, adoptadas por los pacientes entre sesiones durante el post-tratamiento (Karno *et al.*, 2010). Adicionalmente se encontró que el grado de empatía mostrado por los terapeutas contribuyó con mejores resultados terapéuticos en el consumo de alcohol (Miller & Baca, 1983).

Resulta también interesante conocer que, tanto en población clínica como en los trastornos adictivos, al investigar el ajuste de las características personales del paciente con el estilo de relación e intervención del terapeuta, estas características influyen positivamente en el resultado de la psicoterapia

(Conn, Medrano, & Moretti, 2013; Corbella & Botella, 2004a; Nissen-Lie, Monsen, Ulleberg, & Rønnestad, 2013; Karno, Beutler, & Harwood, 2002; Vides-Porras, Grazioso, & García, 2012).

Resulta llamativo que a pesar de la existencia de evidencia de la contribución de los atributos personales del terapeuta en la variación de la asistencia al tratamiento y resultados en diversos trastornos psicológicos, incluyendo los trastornos adictivos (Crits-Christoph, Beebe, & Connolly, 1990; Karno *et al.*, 2010; Meier *et al.*, 2006; Najavits & Weiss, 1994; Lafferty, Beutler, & Crago, 1989; Raytek *et al.*, 1999), pocas investigaciones han examinado las características sobre el estilo de los terapeutas y la percepción, por parte del paciente, de características favorables del terapeuta, a pesar de que constituye una parte integral de la relación terapéutica y quizás un factor crucial a considerarse en el éxito del tratamiento (Horvath & Luborsky, 1993; Lambert & Barley, 2001; Waltman, 1995). Por otro lado, el hecho de que en el área de tratamiento de los trastornos adictivos las variables del terapeuta estudiadas (y fácilmente medibles), como son el género, raza y edad, demostraron ser de menor relevancia para orientar mejoras en la efectividad del tratamiento, es conveniente ampliar líneas de investigación hacia otras características del terapeuta (Najavits, Crits-Christoph, & Dierberger, 2000).

Por lo expuesto es importante considerar que la asistencia de los pacientes a tratamientos para drogodependencia, y su eficacia, no solo varía en función de las características del paciente, sino también está relacionado con las variables de la relación terapéutica y cómo el terapeuta ofrece el tratamiento. El objetivo general de esta investigación fue estudiar en qué medida las variables de la relación terapéutica se relacionan con la asistencia durante el tratamiento de drogodependencia. Específicamente, como primer objetivo se pretendió analizar si la alianza terapéutica y la percepción del paciente de actitudes positivas del terapeuta, están asociadas con la asistencia al tratamiento. El segundo objetivo específico fue analizar qué factores del estilo del terapeuta están relacionados con mayor asistencia por parte de los pacientes.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio corresponde a un enfoque cuantitativo de tipo transversal con alcance descriptivo y correlacional. Formaron parte del estudio 90 pacientes voluntarios, que asistían a programas ambulatorios de tratamiento que ofrece el Proyecto Hombre Alicante, denominados Altair y Mastil, y se encontraban en las fases iniciales del nivel de tratamiento respectivo. Los 90 pacientes corresponden a la totalidad del universo del estudio, con una media de 36.83 años (DE=8.76), quienes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: (a) ser mayores de 18 años de edad; (b) saber leer y escribir; (c) estar a cargo de los terapeutas que aceptaron formar parte de la investigación; (d) cumplir con los criterios de dependencia a alguna sustancia por la cual se encuentren en tratamiento; (e) no presentar trastornos mentales graves (Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes (N=90).

Característica	N	Porcentaje
Nacionalidad española	88	97.8
Nacionalidad de otros países	2	2.2
Sexo masculino	75	83.3
Sexo femenino	15	16.7

En lo referente a terapeutas, de forma voluntaria formaron parte del estudio seis mujeres y dos varones del Proyecto Hombre Alicante, que se encontraban a cargo de los pacientes brindando terapia de grupo y *counseling*, con una media de 38.62 (DE=8.48) años. Todos los terapeutas con formación en el área de tratamiento de drogodependencia y experiencia en el área de tratamiento de conductas adictivas, de entre 6 y 17 años, con una media de 9.37 (DE=3.96) años.

Tabla 2. Variables relacionadas con el tratamiento.

Variable	N	Porcentaje
Tratamiento solicitado para:		
Cocaína	49	54.4
Alcohol	20	22.2
Heroína	6	6.7
Policonsumo	11	12.2
Cánnabis	4	4.4
Tasa de abandono	9	10
Tasa de permanencia	81	90
Programa de Tratamiento Mástil	53	58.9
Programa de tratamiento Altair	37	41.1
Nivel de tratamiento I	30	33.3
Nivel de tratamiento II	30	33.3
Nivel de tratamiento III	30	33.3

2.1. Instrumentos

Para las características sociodemográficas de los participantes, y variables relacionadas con el problema adictivo, se diseñó un cuestionario de características sociodemográficas de los participantes. Esto, con el fin de obtener de forma sistematizada información socio-descriptiva de los pacientes. Este cuestionario con formato auto administrado de 6 preguntas con alternativas de respuesta evaluó: a) información demográfica nacionalidad, sexo, edad; b) sustancia principal por la que se solicita tratamiento; c) programa de tratamiento y nivel.

El porcentaje de asistencia se calculó dividiendo la suma de los días que cada paciente asistió al tratamiento entre los días que debería haber asistido, obteniéndose un valor entre 0 y 1.

Para obtener una medida de la percepción del paciente de actitudes positivas de su terapeuta se elaboró un cuestionario autoaplicado de Percepción de Actitudes Positivas del Terapeuta, este instrumento se basó en de los planteamientos de Newman (1997) y Ackerman & Hilsenroth (2003), acerca de las actitudes del terapeuta que favorecen la alianza. El instrumento consta de 8 ítems que plantean una serie de afirmaciones respecto a actitudes positivas del terapeuta. El paciente responde al inventario en función de su grado de acuerdo en la escala Likert de 1 al 7, donde 1 representa total desacuerdo y 7 un total acuerdo, además, posee un alfa de Cronbach de 0.75.

Para evaluar el estilo personal del terapeuta, variable que interviene el desarrollo de la calidad de la alianza terapéutica, se utilizó el Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (Fernández-Álvarez *et al.*, 2003). Este es un instrumento autoadministrado de 36 ítems en el que el terapeuta responde al inventario en función de su grado de acuerdo con las afirmaciones propuestas, en una escala Likert que puntúa desde 1, que representa un total desacuerdo, y 7, que indica un total acuerdo. El EPT-C tiene unas propiedades psicométricas satisfactorias en términos de fiabilidad y su estabilidad a través de tiempo. Los coeficientes de alfa Cronbach para cada factor son los siguientes: Instruccional: 0.69; Expresiva: 0.75; Involucración: 0.75; Atencional: 0.80; Operativa: 0.76.

La puntuación global de la escala se obtiene mediante la suma de todos los ítems que la componen. Los rangos de las puntuaciones varían de 36 como mínimo a un máximo de 252. El EPT-C además evalúa los siguientes factores:

- *Instruccional* (8 ítems): se refiere al establecimiento y ajuste del dispositivo terapéutico, es decir, todas acciones del terapeuta concernientes a la regulación del sistema normas, reglas y prescripción de tareas. Los terapeutas fluctúan entre rígidos y flexibles.
- *Expresiva* (9 ítems): tendencia a sostener una comunicación emocional con el paciente. Los terapeutas oscilan entre próximos y distantes en dicha comunicación.
- *Involucración* (6 ítems). Conjunto de conductas explícitas e implícitas que implican el compromiso que está dispuesto asumir el terapeuta frente a sus pacientes. Los terapeutas varían entre mayor o menor grado.

- *Atencional* (6 ítems): el modo en que el terapeuta selecciona información para operar terapéuticamente. Los terapeutas oscilaran entre los extremos de apertura y focalización de la atención.
- *Operativa* (7 ítems): hace referencia a las acciones relacionadas con las intervenciones terapéuticas específicas y las técnicas como es el grado de influencia o de directividad con que el terapeuta opera, o la preferencia por utilizar procedimientos más pautados o más espontáneos.

Como medida de la Alianza Terapéutica se utilizó la versión española del Inventario de la Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (Corbella & Botella, 2004b). Se trata de una escala de tipo Likert del 1 al 7, donde 1 significa total desacuerdo y 7 un total acuerdo. Este inventario consta de 17 ítems, donde se valora los componentes de la alianza terapéutica: tareas, vínculo positivo, metas y teoría del cambio. A partir de la suma de los valores de cada escala se obtiene el índice global de la alianza terapéutica. Este instrumento, tiene fiabilidad interna adecuada, basada en un coeficiente de alfa Cronbach de 0.93. Las escalas que conforman el inventario reportan las siguientes alfas de Cronbach: tareas, 0.91; vínculo, 0.85; metas, 0.86 y teoría del cambio 0.82.

2.2. Procedimientos

Con el objetivo de lograr la participación de los terapeutas y el permiso para tener acceso a los pacientes, en primer lugar, se contactó con la directora y el coordinador terapéutico de la Fundación Noray Alicante Proyecto Hombre. A estos directivos se les presentaron los objetivos del estudio y los requerimientos para su realización, mediante un documento escrito que contenía todos los detalles de la investigación, incluidos los cuestionarios a utilizar y los debidos consentimientos informados, tanto para los pacientes como para los terapeutas. Tras obtener la debida autorización, se estableció un horario para no interrumpir las actividades terapéuticas habituales de los pacientes y se efectuó la aplicación de los cuestionarios de forma grupal en las fases iniciales del nivel de tratamiento respectivo, es decir los pacientes tuvieron como máximo cuatro sesiones individuales con su terapeuta respectivo, para lograr el debido cumplimiento de los criterios de inclusión. Previamente, los pacientes dieron su aceptación de participar, mediante la firma del consentimiento informado. Se manifestó el carácter voluntario de la participación y el respeto estricto a la confidencialidad de la información recolectada. Se enfatizó la necesidad de completar los cuestionarios de forma independiente y, frente a cualquier duda, dirigirse únicamente a la investigadora, quién estuvo presente en todo momento durante la administración. El tiempo aproximado de la aplicación de los cuestionarios fue de 40 minutos. Además, se recogieron los registros diarios de asistencia al tratamiento de los pacientes, tratamientos efectuados en la Fundación Noray Alicante desde el mes de diciembre hasta mayo del 2011.

En cuanto a los terapeutas, la recolección de información se efectuó durante una única ocasión siguiendo el mismo procedimiento de los pacientes.

La investigación propuesta respetó los principios fundamentales de la declaración de Helsinki, y resguardó los derechos humanos de los participantes.

2.3. Análisis de datos

Los datos obtenidos a través de la aplicación de los cuestionarios a los sujetos objeto de este estudio, se codificaron y analizaron con el SPSS. Se realizó un análisis descriptivo mediante la utilización de valores medios, varianzas y desviaciones típicas. Se compararon los resultados obtenidos con cada una de las variables, tomando en cuenta cada nivel de tratamiento, mediante un análisis de varianza de un factor (ANOVA) y χ^2 . Para determinar en qué medida las variables de la relación terapéutica - estilo personal del terapeuta, alianza terapéutica y percepción de actitudes positivas del terapeuta - se relacionan con la asistencia al tratamiento, se efectuó un análisis de regresión lineal utilizando un nivel de confianza del 95%.

3. RESULTADOS

El perfil de los asistentes al tratamiento correspondió a varones y mujeres con un rango de edades de 20 a 65 años, el 100% de los usuarios cumplió con los criterios de padecer un trastorno de dependencia a sustancias psicoactivas. La sustancia/adicción principal por la que solicitaron tratamiento es la cocaína (49%), el alcohol (20%), la heroína (6%) y el cannabis (4%). La media de años de consumo en hombres es de 12.2 años y en mujeres de 9.8 años. La edad media de inicio en el consumo en mujeres fue de 23.7 años y en hombres 20.1 años.

Con el objeto de descartar la influencia del nivel de tratamiento sobre las variables cuantitativas del estudio -porcentaje de asistencia, alianza terapéutica y percepción de actitudes positivas del terapeuta- se efectuó un análisis de varianza de un factor (ANOVA). Los pacientes pertenecientes a diferentes niveles de intervención tuvieron igualdad en las medias, por lo que se descartó los niveles de tratamiento como una covariable que pueda afectar a los datos (Tabla 3).

Tabla 3. Diferencias en las variables relacionadas con el tratamiento y la relación terapéutica en función de los niveles de tratamiento (N=90).

Variable	Nivel de tratamiento	M	DT	F	p
Asistencia	1	0.8523	0.13759	1.638	0.200
	2	0.9037	0.10986	1.638	0.200
	3	0.8950	0.09912	1.638	0.200
Alianza terapéutica	1	96.4000	11.65185	0.362	0.697
	2	96.7000	10.91709	0.362	0.697
	3	94.3448	12.04241	0.362	0.697
Percepción de actitudes positivas	1	48.6667	5.32614	0.519	0.597
	2	47.5333	8.12291	0.519	0.597
	3	46.9333	6.31874	0.519	0.597

3.1. Relación alianza terapéutica y percepción de actitudes positivas del terapeuta sobre la asistencia al tratamiento

Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal donde se estudió la relación de la variable dependiente *asistencia al tratamiento* con las variables independientes *alianza terapéutica* y *percepción de actitudes positivas del terapeuta*, se observó que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables ($F=1576.120$, $p<0.05$). Tanto la variable *alianza terapéutica* ($\beta=0.62$, $p<0.05$) como la variable *percepción de actitudes positivas del terapeuta* ($\beta=0.364$, $p<0.05$) se mostraron estadísticamente significativas en el modelo analizado (Tabla 4).

Tabla 4. Valor predictivo de las variables *percepción de actitudes positivas del terapeuta* y *alianza terapéutica* sobre la asistencia al tratamiento.

Variable	β	t
Percepción de actitudes	0.364	2.699*
Alianza terapéutica	0.625	4.640*

* $p < .05$

3.2. Relación del estilo del terapeuta con la asistencia al tratamiento

Se efectuó un análisis de regresión lineal que estudió la relación de la variable dependiente *asistencia al tratamiento* respecto a las funciones del *estilo personal del terapeuta*, donde se encontró una relación estadísticamente significativa de todos los factores del EPT con la asistencia ($F=41.808$, $p<0.05$). Todos los factores del EPT se mostraron estadísticamente significativos en el modelo analizado. Las variables que tuvieron valores significativos más altos en β fueron los siguientes: *función atencional* (F1)

($\beta=1.069$, $p<0.05$), *función expresiva* (F2) ($\beta=2.056$, $p<0.05$), *función instruccional* (F3) ($\beta=0.954$, $p<0.05$) y *función operativa* (F5) ($\beta=-2.240$, $p<0.05$) (Tabla 5).

Tabla 5. Variables del *estilo personal del terapeuta* y su relación con la asistencia al tratamiento.

Variables	β	t
F1	1.069	4.897 *
F2	2.056	5.375*
F3	0.954	5.981*
F4	-0.833	-3.429*
F5	-2.240	-4.567*

F1=función atencional, F2=función expresiva, F3=función instruccional, F4=función involucración, F5=función operativa; * $p<0.05$

4. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue estudiar en qué medida las variables de la relación terapéutica se relacionan con la asistencia de los pacientes al tratamiento en una comunidad terapéutica. En primer lugar, los análisis descriptivos destacan el hecho de que los pacientes, a pesar de pertenecer a distintos niveles de tratamiento y estar a cargo de diferentes terapeutas, no presentan diferencias significativas en la percepción de *actitudes positivas de los terapeutas*, como tampoco en los niveles de *alianza terapéutica*. Por tanto, podría pensarse que los terapeutas, a pesar de sus características individuales, comparten ciertas similitudes en su *estilo personal*. Este hallazgo puede estar relacionado con otros estudios en el área de intervención de drogodependencias que señalan que el EPT tiende a ajustarse a esta problemática clínica del paciente (Casari, Albanesi, & Maristany, 2012; Casari, Ison, Albanesi, & Maristany, 2017). Por otro lado, acorde a los objetivos planteados, al igual que en otros estudios se encontró que los pacientes que perciben una fuerte *alianza terapéutica* y *actitudes positivas del terapeuta* tienden a acudir con más frecuencia al tratamiento (Barber *et al.*, 2001; De Weert-Van Oene *et al.*, 2001; Meier *et al.*, 2006; Raytek *et al.*, 1999; Kasarabada *et al.*, 2002). En el presente estudio se mostró que las percepciones de los pacientes de características positivas de los terapeutas tales como; atención, confianza, serenidad, seguridad en sí mismo, habilidad para establecer límites, destreza, disponibilidad de ayuda, están relacionadas con la asistencia del paciente a la comunidad terapéutica. Estos resultados tienen implicaciones importantes considerando las altas tasas de abandono de tratamiento, así como que una mayor asistencia del paciente a una comunidad terapéutica está vinculada a mejores resultados, especialmente en pacientes que presentan un deterioro más significativo (NIDA, 2002; Simpson, Joe, & Rowan-Szal, 1997).

El presente estudio evidencia que la habilidad del terapeuta para construir una adecuada alianza terapéutica, corroborada por la percepción de actitudes positivas del terapeuta por parte de los pacientes, favorecería a la eficacia del tratamiento al estimular la permanencia del paciente en una comunidad terapéutica. Resulta interesante que los factores del estilo del terapeuta que están relacionados con mayor asistencia por parte de los pacientes al tratamiento sean las funciones atencional, expresiva, instruccional y operativa. La función atencional indica que el paciente acudirá con mayor frecuencia al tratamiento en la medida que su terapeuta utilice de forma adecuada la escucha activa y movilice activamente sus mecanismos atencionales, buscando que el paciente le proporcione informaciones específicas para operar terapéuticamente. La función expresiva señala que en la medida que el terapeuta opere bajo un tono emocional, que facilite ciertas expresiones emocionales y empatía, también estimula la asistencia al tratamiento. Estos resultados son similares a otros estudios que señalan que terapeutas más experimentados y que generan mayor asistencia de los pacientes al tratamiento, se muestran más empáticos, flexibles y activos para favorecer la expresión de los problemas (Kasarabada *et al.*, 2002; Lafferty *et al.*, 1989; Raytek *et al.*, 1999). Finalmente, las funciones instruccional y operativa señalan que mientras menos directivo sea el terapeuta y a su vez marque límites adecuados en la relación, mayor será la asistencia al tratamiento. Estos resultados están relacionados con otra investigación que

comprueba la influencia de la directividad del estilo del terapeuta sobre el establecimiento de la alianza y resultados del tratamiento con pacientes resistentes (Corbella & Botella, 2004a), pudiendo ser una causa de abandono de terapeutas al extremo confrontativos (Waltman, 1995).

En definitiva el desafío de mejorar los resultados del tratamiento en el campo de las drogodependencias sugiere aportaciones que van desde considerar intervenciones que identifiquen las combinaciones entre las características de los pacientes y los tipos del tratamiento (Secades-Villa & Fernández-Hermida, 2001), hasta las propuestas de última generación que sugieren que no sólo se debe adaptar los tratamientos psicosociales a las necesidades del paciente, sino que se asignen terapeutas que mejor se ajusten a las variables personales de los pacientes, lo que constituiría una gran oportunidad para reducir las tasas de abandono y mejorar resultados del tratamiento (Beutler *et al.*, 2003; Corbella & Botella, 2004a; Lambert & Barley, 2001).

Considerando estos resultados, abordajes como la entrevista centrada en la solución y la entrevista motivacional pretender animar al personal sanitario a adoptar un repertorio de destrezas y estrategias para construir de forma efectiva la relación terapeuta-paciente (Cheng, 2007). No obstante, aún es necesario la adaptación e implementación de innovaciones para configurar o mejorar tratamientos que propicien la participación y retención de los pacientes que padecen problemas adictivos (Laudet, Stanick, & Sands, 2009). Se requiere evidencia científica de cuáles son y cómo desarrollar las mejores habilidades terapéuticas prácticas, que permitan un mejor ajuste, entre el arsenal técnico y habilidades personales del terapeuta, en el abordaje de las particularidades de los pacientes que padecen trastornos adictivos. Lamentablemente, los estudios sobre relación terapéutica en el curso de un tratamiento por adicciones son prácticamente escasos en comparación con la literatura destinada a determinar la eficacia empírica de ciertas técnicas de intervención (Becoña & Cortés, 2008).

Si bien los resultados del estudio son interesantes, es necesario considerarlos con cautela debido al tamaño de la muestra y la dificultad de los investigadores de realizar un estudio longitudinal, por lo que existe la necesidad de un mayor número de instrumentos para valorar la interacción terapeuta-paciente. Además, si bien los resultados obtenidos a través del Cuestionario de Percepción de Actitudes Positivas del Terapeuta muestran la sensibilidad del instrumento propuesto y las propiedades psicométricas adecuadas, la relevancia del constructo debería ser puesta a prueba en estudios con muestras más amplias. Otra de las limitaciones consistió en la ausencia de escalas fiables y validadas, que permitan evaluar el nivel de competencia de los terapeutas y otras características personales. El Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta resultó de gran utilidad ya que la mayoría de las investigaciones relacionadas con la efectividad del terapeuta se han efectuado en el ámbito anglosajón.

En la misma medida que avanza el entendimiento sobre la complejidad de las características de las personas que padecen trastornos adictivos, gracias a los estudios de la neurociencia y psicología, debería avanzar el entendimiento de cómo desarrollar programas de adiestramiento idóneos y específicos para los terapeutas que trabajan en el área de drogodependencia y de ese modo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. A la vista de los resultados de este estudio, sería importante diseñar instrumentos que permitan registrar qué comportamientos específicos del terapeuta se correlacionan con el cambio de los pacientes durante la terapia de grupo, así como también instrumentos que brinden información sobre qué estrategias utiliza el terapeuta para manejar las reacciones emocionales de sus pacientes y la efectividad de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, S. J., Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Barber, J. P., Luborsky, L., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Weiss, R. D., ... Siqueland, L. (2001). Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 119-124.

- Becoña, E., Cortés, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Madrid, Spain: Socidrogalcohol.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., Harwood, M., Malik, M. (2003). A new twist on empirically supported treatments. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud*, 3(3), 423-437.
- Beutler, L., Harwood, T. M. (1995). Prescriptive psychotherapies. *Applied and Preventive Psychology*, 4(2), 89-100. doi: 10.1016/S0962-1849(05)80082-4
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Botella, L., Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, (101), 21-34.
- Casari, L., Albanesi, S., Maristany, M. (2012, August). Análisis de las características del terapeuta en adicciones y de la relación terapéutica, desde la perspectiva de la psicoterapia integrativa. *VIII Congreso Internacional sobre abordaje de las adicciones*. 9-11 de agosto de 2012. San Juan, Argentina.
- Casari, L. M., Ison, M., Albanesi, S., Maristany, M. (2017). Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 7-17. doi: 10.11144/1386
- Cheng, M. K. S. (2007). New approaches for creating the therapeutic alliance: solution-focused interviewing, motivational interviewing, and the medication interest model. *The Psychiatric Clinics of North America*, 30(2), 157-166. doi: 10.1016/j.psc.2007.01.003
- Conn, H., Medrano, L. A., Moretti, L. (2013). Adaptación del cuestionario de alianza de ayuda revisado versión paciente (HAQ-II-P) para la población de cordobeses. *Terapia Psicológica*, 31(2), 165-174. doi: 10.4067/S0718-48082013000200003
- Corbella, S., Botella, L. (2004a). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid, Spain: Editorial Visión Libros.
- Corbella, S., Botella, L. (2004b). Psychometric properties of the Spanish version of the working alliance theory of change inventory (WATOCI). *Psicothema*, 16(4), 702-705.
- Crits-Christoph, P., Beebe, K. L., Connolly, M. B. (1990). Therapist effects in the treatment of drug dependence: implications for conducting comparative treatment studies. *NIDA Research Monograph*, 104, 39-49.
- De Weert-Van Oene, G. H., Schippers, G. M., De Jong, C. A., Schrijvers, G. J. (2001). Retention in substance dependence treatment: the relevance of in-treatment factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(4), 253-264.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Bianco, J. Lo, Santomá, S. C. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(2), 116-125. doi: 10.1002/cpp.358
- Fernández-Alvarez, H. M., Garcia, F. S., Scherb, E. (1998). The research program at 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)
- Flynn, P. M., Kristiansen, P. L., Porto, J. V., Hubbard, R. L. (1999). Costs and benefits of treatment for cocaine addiction in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 167-174. doi: 10.1016/S0376-8716(99)00083-6
- Horvath, A. O., Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Imel, Z. E., Baer, J. S., Martino, S., Ball, S. A., Carroll, K. M. (2011). Mutual influence in therapist competence and adherence to motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 115(3), 229-236. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.010
- Karno, M. P., Beutler, L. E., Harwood, T. M. (2002). Interactions between psychotherapy procedures and patient attributes that predict alcohol treatment effectiveness: a preliminary report. *Addictive Behaviors*, 27(5), 779-797.

- Karno, M. P., Longabaugh, R., Herbeck, D. (2010). What explains the relationship between the therapist structure \times patient reactance interaction and drinking outcome? An examination of potential mediators. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 24(4), 600-607. doi: 10.1037/a0020526
- Kasarabada, N. D., Hser, Y.-I., Boles, S. M., Huang, Y. C. (2002). Do patients' perceptions of their counselors influence outcomes of drug treatment? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 327-334. doi: 10.1016/S0740-5472(02)00276-3
- Lafferty, P., Beutler, L. E., Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: a study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 76-80.
- Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Special Issue: Psychotherapy Process Research*, 9(4), 469-485. doi: 10.1016/0272-7358(89)90004-4
- Lambert, M. J. (1992). *Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists*. In: Handbook of psychotherapy integration. (pp. 94-129). New York, NY, US: Basic Books.
- Lambert, M. J., Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lambert, M. J., Bergin, A. E. (1994). *The effectiveness of psychotherapy*. In: Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.). (pp. 143-189). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Laudet, A. B., Stanick, V., Sands, B. (2009). What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), 182-190. doi: 10.1016/j.jsat.2009.01.001
- Martin, D. J., Garske, J. P., Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- McKay, J. R. (2006). Continuing care in the treatment of addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 8(5), 355-362. doi: 10.1007/s11920-006-0036-9
- Meier, P. S., Donmall, M. C., McElduff, P., Barrowclough, C., Heller, R. F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(1), 57-64. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.10.010
- Miller, W. R., Baca, L. M. (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy*, 14(3), 441-448. doi: 10.1016/S0005-7894(83)80107-5
- Najavits, L. M., Crits-Christoph, P., Dierberger, A. (2000). *Clinicians' impact on the quality of substance use disorder treatment*. In: Galanter, M., Begleiter, H., Deitrich, R., Gallant, D., Gottheil, E., Paredes, A., ... Monti, P. (Eds.), *Recent Developments in Alcoholism: Research on Alcoholism Treatment*. (pp. 53-75). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/0-306-47939-7_6
- Najavits, L., Weiss, R. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. *Addiction*, 89(6), 679-688. doi: 10.1111/j.1360-0443.1994.tb00954.x
- Newman, C. F. (1997). Establishing and maintaining a therapeutic alliance with substance abuse patients: a cognitive therapy approach. *NIDA Research Monograph*, 165, 181-206.
- National Institute on Drug Abuse. (2002). Therapeutic community. Extraído desde <http://www.nida.nih.gov/researchreports/therapeutic/Therapeutic2.html>
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 23(1), 86-104. doi:

10.1080/10503307.2012.735775

- Raytek, H. S., McCrady, B. S., Epstein, E. E., Hirsch, L. S. (1999). Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 24(3), 317-330. doi: 10.1016/S0306-4603(98)00085-9
- Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Gómez, F. J. S., Romaguera, F. Z., García-Rodríguez, O., Yanez, E. M., ... Fernández, G. G. (2010b). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 22(1), 59-64. doi: 10.20882/adicciones.215
- Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Romaguera, F. Z., Fernández, G. G., Gómez, F. J. S., García-Rodríguez, O. (2010a). Terapia conductual para adictos a la cocaína: Resultados de un estudio de seguimiento a seis meses. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(2), 159-167.
- Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Simpson, D., Joe, G., Broome, K., Hiller, M., Knight, K., Rowan-Szal, G. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 279-293. doi: 10.1037/0893-164X.11.4.279
- Simpson, D., Joe, G., Rowan-Szal, G. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 47(3), 227-235.
- Simpson, D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 99-121
- Vides-Porras, A., Grazioso, M., García, C. (2012). El estilo personal del terapeuta guatemalteco en el interior del país. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 33-43.
- Waltman, D. (1995). Key ingredients to effective addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(6), 429-439. doi: 10.1016/0740-5472(95)02018-7