

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y

CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**EMPATÍA Y ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN LA FORMACIÓN
DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN PSICÓLOGOS**

Tesis presentada por el bachiller:

CACERES RIVERA, JAIRO LINCOL

Para optar el Título Profesional de Psicólogo

Asesora:

DRA. MARÍA ELENA ROJAS ZEGARRA

AREQUIPA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

*A Freud y Jung, los dos sanadores del alma
de los que más he aprendido, quienes conocían
claramente esta compleja interrelación entre sanación y heridas.
Oigo el eco de estas palabras porque mi propia experiencia las confirma.*

Jairo Lincol Cáceres Rivera

AGRADECIMIENTO

A todos los psicólogos terapeutas del Cusco que participaron en esta investigación e hicieron posible vislumbrar las fortalezas de la díada paciente-terapeuta en la relación terapéutica sanadora desde la práctica de la psicoterapia.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN.

**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR. II. Y CS. DE LA
COMUNICACIÓN.**

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA.

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR.

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tengo el honor de dirigirme a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de tesis titulada: “Empatía y estilo personal del terapeuta en la formación de la alianza terapéutica en psicólogos”, el mismo que tras su revisión y dictamen favorable, me permita optar el Título Profesional de Psicólogo.

Arequipa, diciembre del 2019

Bachiller:

CÁCERES RIVERA, JAIRO LINCOL

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar la relación de la empatía y el estilo personal del terapeuta en la formación de la alianza terapéutica en psicólogos. La investigación corresponde al enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal, y tipo correlacional. El método de muestro es no probabilístico de tipo intencional conformada por 20 psicólogos, cuyas edades son 24 a 61 años. Se aplicaron tres instrumentos: Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA), Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C), y el Inventario de Alianza Terapéutica (WAI). Los resultados encontrados en esta investigación no muestran relación significativa alguna entre las tres variables de estudio; pero si aportan información relevante entorno a las características sociodemográficas de los psicólogos de la muestra y sobre los instrumentos. Como la preferencia de orientación teórica humanista-existencial; tendencia al nivel medio de empatía, estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica en los psicólogos de estudio. Puntuaciones más elevadas en las medias de; empatía cognitiva que en empatía afectiva; función expresiva, operativa e instruccional que en la función atencional e involucrativa del EPT; componente vínculo y tareas que en objetivos de la alianza terapéutica. Los motivos principales de consulta son conflictos intrafamiliares, pareja y salud.

Palabras clave: Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA), Estilo Personal del Terapeuta (EPT), Alianza Terapéutica, Psicólogos.

ABSTRACT

The present study has as main objective to determine the relationship of empathy and the personal style of the therapist in the formation of the therapeutic alliance in psychologists. The research corresponds to the quantitative approach, non-experimental cross-sectional design, and correlational type. The method of sampling is non-probabilistic of an intentional type consisting of 20 psychologists, whose ages are 24 to 61 years. Three instruments were applied: Cognitive and Affective Empathy Test (TECA), Therapist's Personal Style Questionnaire (EPT-C), and The Therapeutic Alliance Inventory (WAI). The results found in this research show no significant relationship between the three study variables; but if they provide relevant information around the sociodemographic characteristics of the psychologists in the sample and about the instruments. As the preference of theoretical humanist-existential orientation; tendency to the average level of empathy, personal style of the therapist and therapeutic alliance in the study psychologists. Higher scores in the means of; cognitive empathy than in emotional empathy; expressive, operational and instructional function than in the attention and involvement function of the EFA; component link and tasks that in objectives of the therapeutic alliance. The main reasons for consultation are intrafamily, couple and health conflicts.

Keywords: Cognitive and Affective Empathy (TECA), Therapist's Personal Style (PST), Therapeutic Alliance, Psychologists.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
PRESENTACIÓN.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

LA INVESTIGACIÓN

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
A. Objetivo General.....	9
B. Objetivos Específicos.....	9
III. HIPÓTESIS.....	9
IV. JUSTIFICACIÓN.....	10
V. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	12
VI. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	13
VII. VARIABLES E INDICADORES.....	14

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

I. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
II. TEORÍA Y CONCEPTUALIZACIÓN.....	24
A. Empatía.....	24

1. Antecedentes.....	24
2. Definición.....	25
3. Características y principios.....	26
4. Dimensiones.....	29
5. Funciones.....	37
B. Estilo Personal del Terapeuta.....	39
1. Antecedentes.....	39
2. Definición.....	43
3. Características y principios.....	44
4. Dimensiones.....	46
5. Funciones.....	49
C. Alianza Terapéutica.....	60
1. Antecedentes.....	60
2. Definición.....	64
3. Características y principios.....	65
4. Dimensiones.....	67
5. Funciones.....	69

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

I. TIPO, MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	72
II. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	73
A. Población.....	73
B. Muestra:.....	73
III. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS.....	74

A. Ad-hoc (Ficha socio-demográfica).....	74
B. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA).....	75
C. Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C).....	79
D. Inventario de Alianza de Trabajo (WAI).....	83
IV. PROCEDIMIENTOS.....	90

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

RESULTADOS.....	91
DISCUSIÓN.....	100
CONCLUSIONES.....	108
SUGERENCIAS.....	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
ADDENDA.....	119
CASO.....	129

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1

Prueba de normalidad para empatía, estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica en psicólogos.....92

Tabla 2

Orientación teórica y motivos de consulta en la práctica del psicólogo.....93

Tabla 3

Ejercicio de actividad, número de clientes y carga horaria por sesión en psicólogos.....94

Tabla 4

Rango, media, desviación típica y alfa de empatía, estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica en psicólogos.....95

Tabla 5

Significación de puntuaciones según percentiles de empatía, estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica en psicólogos, expresado en porcentajes.....97

Tabla 6

Correlación entre empatía, estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica en psicólogos.....98

Tabla 7

Correlación entre estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica en psicólogos.....99

INTRODUCCIÓN

Todo modelo psicoterapéutico implica la negociación para el tratamiento entre el terapeuta y el paciente, en los cuales se hace visible la capacidad de resolución del profesional de salud para abordar adecuadamente la problemática que acarrea el consultante. Es por ello que se hace evidente la importancia de reconocer la díada paciente-terapeuta y todo lo que implica su relación como posibilitadores de cambio.

Es así que en las últimas décadas como lo refiere Safran & Muran (2005, citado por Salgado, 2016), se han ido desarrollando investigaciones en torno a la relación terapéutica en las diferentes orientaciones teóricas de la psicoterapia; analizando los alcances de los diversos modelos de intervención para poder determinar las fortalezas, limitaciones y deficiencias propias de su implementación; que en algunos casos producen resultados ineficientes, rupturas o abandonos terapéuticos por parte del paciente.

Siendo crítico lo observado en el presente que, en algunos terapeutas, prima los intereses de sus características de personalidad o de su orientación teórica por encima de la relación terapéutica paciente-terapeuta. Como lo encontrado por el Ministerio de Salud del Perú (2005), que algunos terapeutas correspondientes a la atención integral en salud mental, prestan servicios a sus pacientes donde no siempre se les proporciona información o explicación adecuada sobre las enfermedades o las dolencias que padecen conforme a su grado de estudio, su sistema de valores sociales y culturales; tampoco se respetan sus ideas o creencias, las que muchas veces pueden ser desvalorizadas, llegando incluso a obviar un manejo de trato amable y cordial.

En concordancia con Labrador, Vallejo, Matellane & et. al. (2002) la terapia implica, entre otras cosas, escuchar con atención lo que el paciente tiene que decir y buscar que aspectos personales, sociales, familiares, etc., son responsables del problema; e informar al paciente sobre cómo puede resolver los problemas planteados y emplear técnicas psicológicas específicas. En relación a lo señalado por Malinowski, 1948 y Cernadas, 2006; que los pacientes manejan su propia comprensión de la salud-enfermedad, que pueden ser explicadas desde diferentes planos de interpretación simbólica.

Pertinente a ello, comprender al paciente implica reconocer la importancia de la empatía que comience por una empatía común, ascienda a una empatía afectiva, cognitiva, afectiva-cognitiva y alcance la empatía terapéutica que tanto reclama Bermejo (2012), que empatía no solo es comprender, ni sentir al paciente, sino actuar frente al conflicto sin caer en la identificación, desde la mirada más sana posible que reduzca las proyecciones del terapeuta y trabaje a partir de las concepciones del paciente.

Asimismo, a esta importancia se vincula lo señalado por Bordin (1976, citado en Corbella, 2003) respecto a la alianza terapéutica que implica el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta entorno al acuerdo en los objetivos, tareas y vínculo de calidad que permita resultados positivos en la psicoterapia.

Haciéndose obvio que la empatía y la alianza terapéutica se verán reflejados en el estilo personal del terapeuta, que para Fernández-Álvarez et al. (2003) tiene un impacto relevante en los resultados del tratamiento; al ser un conjunto de características del terapeuta influidos por la personalidad y también por su orientación teórica que imprimen en su trabajo una forma particular de proceder en la terapia (Fernández-

Álvarez, et. al., 1998, citado por Casari et al., 2018); llegando a posibilitar condiciones singulares en la relación terapéutica paciente-terapeuta, más allá de la orientación teórica, el foco del tratamiento o los requerimientos específicos de la tarea.

Es por ello que surge el interés de identificar las relaciones entre la “empatía y el estilo personal del terapeuta en la formación de la alianza terapéutica en psicólogos”. Debido a que las investigaciones nos puedan llevar a posibilitar una comprensión más amplia de la díada paciente-terapeuta. Con ello poder determinar el estilo personal del terapeuta más adecuado para el tratamiento que dé resultados con cada uno de nuestros pacientes, desde una actitud empática que permita sostener la alianza terapéutica para fortalecer el vínculo paciente-terapeuta, y establecer objetivos y tareas comunes, disminuyendo rupturas y abandonos del tratamiento por parte del paciente.

Para lo cual en esta investigación se emplearon tres instrumentos tipo escala Likert, una de ellas validada por expertos para ser considerada en nuestro medio, para este estudio, la de alianza terapéutica. Cabiendo señalar que todos estos instrumentos presentan dimensiones e indicadores que nos permiten medir más detalladamente las variables y encontrar resultados específicos de forma más completa.

En la Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA) nos permitirá conocer la empatía en los psicólogos terapeutas. En la dimensión cognitiva se podrá ver la capacidad de Adopción de perspectivas (AP), cuya competencia intelectual o imaginativa es fundamental para ponerse uno mismo como terapeuta en el lugar de otra persona, desde la propia perspectiva del cliente, reduciendo las proyecciones del terapeuta; en Comprensión emocional (CE), se advertirá la habilidad intrapersonal de regulación emocional del

terapeuta, así como su capacidad para reconocer y comprender los estados emocionales de sus clientes en la manifestación del comportamiento verbal y no verbal. Mientras que en la dimensión afectiva se percibirá el componente de Estrés empático (EE), vinculado a la capacidad de no encontrar grandes dificultades en distinguir sus necesidades y emociones personales de las de los demás, para no llegar a la dispatía como enjuiciar o denigrar al paciente; y en Alegría empática (AE), se podrá ver el porte del terapeuta para alegrarse de acontecimientos positivos que les suceden a los demás, pero sin llegar a confundir la empatía con la simpatía.

En el Estilo Personal del Terapeuta (EPT), conocer las funciones del EPT en los psicólogos terapeutas nos permitirá ubicarlos como idóneos para realizar terapias breves, intermedias o prolongadas que posibiliten resultados exitosos en psicoterapia; en relación a las funciones requeridas por el paciente para su mejoría. Tal como lo señala Corbella y Botella (2004a), las funciones del EPT son; función instruccional, vinculado a la instalación y ajuste del dispositivo terapéutico, fluctuando los terapeutas entre rígidos y flexibles; atencional, relacionado con la selección de los elementos necesarios para avanzar en el trabajo terapéutico, donde los terapeutas fluctúan entre activos y receptivos; expresiva, la manera de relacionarse afectivamente con el paciente, donde los terapeutas fluctúan entre próximos y distantes; operacional, que es el modo de cumplimiento de las tareas, en los que los terapeutas fluctúan entre pautados y espontáneos; involucración, referente al modo en que el terapeuta se involucra en su tarea, pudiendo fluctuar los terapeutas entre muy comprometidos y poco comprometidos; y evaluativa, considerando el juicio sobre el modo en que se logran los objetivos, en que los terapeutas fluctúan entre estimuladores y críticos.

En la Alianza terapéutica se verá el manejo de sus componentes en los psicólogos terapeutas, en relación a lo señalado por Edward Bordin (1979, citado por Friedlander et al., 2009) que puntualiza la importancia de los componentes de la alianza terapéutica en la terapia, desde el encaje y colaboración entre el cliente-terapeuta desde tres componentes; el acuerdo entre el terapeuta y el cliente acerca de las metas del tratamiento; el acuerdo de ambos paciente-terapeuta sobre las tareas necesarias para conseguir esos objetivos; y los lazos afectivos necesarios entre ellos paciente-terapeuta para sostener el a veces arduo trabajo que representa el cambio terapéutico.

Esta investigación está organizada en cuatro capítulos: en el Capítulo I, presentamos el planteamiento del problema, los objetivos, las hipótesis, justificación, las limitaciones del estudio, definición de términos y operacionalización de variables e indicadores. En el Capítulo II, se desarrolla el marco teórico correspondiente a la empatía, el estilo personal del terapeuta y la alianza terapéutica desde conceptos teóricos científicos que admiten justificar nuestros resultados. El Capítulo III expone el marco metodológico, donde se señala el enfoque, diseño y tipo de investigación utilizada, así como la población y muestra, los instrumentos y el procedimiento de recolección de datos. En el Capítulo IV se presentan los resultados de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteada para su análisis, interpretación y finalmente se despliega la discusión, conclusiones y sugerencias; además de referir la bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

LA INVESTIGACIÓN

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de la relación terapéutica fue originalmente mencionada por Sigmund Freud en sus documentos iniciales sobre la transferencia. Aunque originalmente se refería a convertir en “colaborador” al paciente en el proceso terapéutico (Breuer & Freud, 1893-1895, citado por Safran & Muran, 2005), fue el inicio de la noción e importancia de la alianza terapéutica. Freud (1913, citado por Andrade, 2005) aunque no utilizó este concepto de alianza terapéutica como tal, dio a conocer que antes de que el terapeuta proporcione al paciente sus primeras interpretaciones, debe establecerse en la relación un adecuado rapport, siendo la adherencia del paciente al tratamiento y al analista el primer objetivo de la intervención. Es así que según Jiménez (2005, citado

por Fossa, 2012), el punto inicial de toda psicoterapia tiene que ver con que el paciente logre expresar su malestar psíquico y el terapeuta pueda acogerlo empáticamente. Por lo cual un tratamiento psicológico para Labrador, Vallejo, Matellane & et. al. (2002) implica, entre otras cosas, escuchar con atención lo que el paciente tiene que decir y buscar que aspectos personales, sociales, familiares, etc., son responsables del problema. También supone informar al paciente sobre cómo puede resolver los problemas planteados y emplear técnicas psicológicas específicas. Observando el Ministerio de Salud del Perú (2005) que, en la prestación de servicio de salud algunos terapeutas no siempre atienden a las personas de manera amable y cordial; ni se les proporciona información o explicación adecuada sobre las enfermedades o las dolencias que padecen conforme a su grado de estudio, su sistema de valores sociales y culturales; y tampoco se respetan sus ideas o creencias, las que también pueden ser desvalorizadas.

Quedando claro que cuando un paciente acude a un terapeuta es porque requiere de su fundamento para posibilitar mejorías de salud; aconteciendo que el primer contacto con el terapeuta servirá de base para determinar la fluidez de la relación interpersonal entre el cliente y terapeuta. La generación del vínculo terapéutico admitirá mantener el compromiso de ambos paciente-terapeuta, para desarrollar las próximas sesiones de terapia; así en la relación terapéutica, el cliente mantiene la confianza de no ser juzgado por sus ideas o creencias, sentirse respetado, comprendido y apoyado por el profesional, originándose lo que denominamos alianza terapéutica. (Corbella & Botella, 2003)

Existiendo diversos estudios (Corbella & Botella, 2003; Andrade, 2005; Baringoltz, 2005; Etchevers, 2012) que refuerzan la importancia de la alianza terapéutica en la mejoría de los pacientes. Entre las diversas escuelas psicológicas, coinciden en la distinción de la trascendencia de la primera sesión; ubicándose los primeros antecedentes en la mirada psicodinámica de brindar seguridad, sensación de apoyo y trabajo conjunto; por su parte la escuela humanista sostiene que el terapeuta acepte incondicionalmente al cliente, sea empático y congruente con su persona; y el cognitivismo destaca la alianza terapéutica para mantener el proceso de terapia.

Sumado a la alianza terapéutica y la empatía, es importante el estilo personal del terapeuta (EPT), el cual no responde solo al enfoque teórico de trabajo de su preferencia o a los requerimientos específicos que le exija la intervención; sino que es su propio estilo personal de exteriorizar sus condiciones singulares de operar en su tarea (Corbella, 2009). El EPT conjuntamente con la empática amplía la observación de las diversas ideas, creencias y comportamientos propios de los pacientes entorno a la comprensión de la salud-enfermedad-atención; que son explicadas desde diferentes planos de interpretación simbólica (Malinowski, 1948; Cernadas, 2006).

En definitiva, es necesario e importante investigar la relación de la empatía, el estilo personal del terapeuta y la alianza terapéutica; debido a que su aplicación es relevante para la permanencia del paciente en la terapia desde el manejo de rupturas y abandonos de tratamiento. Por lo expuesto hasta aquí, lo que plantea este estudio responder es:

¿En qué medida se relacionan la empatía y el estilo personal del terapeuta en el establecimiento de la alianza terapéutica en los psicólogos con sus clientes?

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A. Objetivo General

Identificar la relación que existe entre la empatía, el estilo personal del terapeuta y la alianza terapéutica en psicólogos.

B. Objetivos Específicos

1. Conocer las características sociodemográficas de los psicólogos.
2. Evaluar la empatía, estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica en psicólogos.
3. Correlacionar empatía, estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica en psicólogos.

III. HIPÓTESIS

Hi: Alto nivel de empatía y estilo personal del terapeuta aumenta la alianza terapéutica de los psicólogos con los clientes.

H2: Los psicólogos presentan una tendencia mayor hacia la empatía cognitiva que en empatía afectiva.

H3: Los psicólogos presentan una tendencia mayor en las funciones expresiva, operativa e instruccional del estilo personal del terapeuta, que en las funciones atencional e involucrativa.

IV. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha llevado a prueba los alcances de la psicoterapia analizando los diferentes enfoques terapéuticos y modelos de intervención para poder determinar las limitaciones y deficiencias que producen resultados ineficaces, rupturas y abandonos terapéuticos; como resultado la terapia cognitivo conductual ha ido incorporando progresivamente en su modelo a los factores de la alianza terapéutica (Safran & Muran, 2005, citado por Salgado, 2016). Es así que Sharf, Primavera & Diener (2010) identificaron en un meta-análisis que los pacientes con mayor probabilidad de declinar en el tratamiento eran aquellos que presentaban una alianza terapéutica débil, encontrando una relación moderadamente fuerte entre el abandono del tratamiento y la relación terapéutica. Sucediendo que hoy es muy importante en las visiones contemporáneas de psicoterapia la relación paciente-terapeuta, donde se produce la negociación interpersonal y resolución de conflictos de la relación terapéutica. Los conflictos que se presentan pueden surgir a partir de los elementos que Bordin (1979, citado por Safran & Muran, 2005) trazó en su definición transteórica de la alianza terapéutica: los objetivos planteados, las tareas y el vínculo afectivo entre el paciente y terapeuta. De esta manera, es de relevancia clínica estudiar los procesos dinámicos de fluctuación de la alianza terapéutica. (Manubens, Roussos, Olivera, & Gómez, 2018)

De los diversos componentes de la psicoterapia la alianza terapéutica es considerado de particular relevancia debido a que gran porcentaje de los individuos que acuden a terapia están afectados o limitados en sus relaciones interpersonales (Horowitz, 1979). Por lo cual la relación que se desarrolla en el espacio terapéutico entre el paciente-

terapeuta permite al cliente realizar mejoras que posteriormente los transmitirá a otros vínculos de su vida (Safran et al., 2002); siendo estas oportunidades únicas para que el paciente alcance logros terapéuticos valiosos a través del aprendizaje de las capacidades del terapeuta en su manejo personal, interrelacional y la resolución de episodios de ruptura de alianza (Safran & Muran, 2006). A su vez dentro del tratamiento, en la negociación de la alianza terapéutica, se dará a conocer las habilidades que presentan tanto el terapeuta y el paciente para sobrellevar conflictos (Safran et al., 2009). (Manubens, Roussos, Olivera, & Gómez, 2018)

Conocer los componentes de la alianza terapéutica que se superpone a las distintas orientaciones y técnicas psicológicas permitirá mejorar los consensos de actuación entre los diversos terapeutas, así como en la relación terapéutica para reducir abandonos unilaterales del tratamiento por parte de los pacientes, y obtener una mayor efectividad psicoterapéutica. Tal como lo señala Orlinsky, Ronnestad & Willutzki (2004, citado por Santibáñez, Román y Vinet, 2009) que hoy se puede evidenciar y afirmar a través de diversas investigaciones que existe una fuerte relación entre la calidad de la alianza terapéutica y el resultado del proceso de psicoterapia.

Mientras que determinar la empatía (Fernández-Pinto et al., 2008; Olivera, Braun, Roussos, 2011; Piedrabuena, 2007) y el estilo personal del terapeuta (García, 2008; Hermosa, 2010; Moya, 2015; De la Fuente & Del Castillo, 2017; citado por Casari, Gómez, & Ison, 2019) en relación con la alianza terapéutica permitirá percibir en los psicólogos potencialidades ejecutadas o a ser implementadas en el proceso terapéutico.

Definitivamente, para el psicólogo clínico y psicoterapeuta el presente estudio contribuirá a comprender cómo se conforma la alianza terapéutica a partir del establecimiento de una relación empática y desde el estilo personal del terapeuta como parte integrante del sujeto que analiza e influencia a la hora de establecer un vínculo terapéutico con el otro, que es una individualidad propia. Aportando con ello una visión que valore al individuo que conforma la díada terapeuta–paciente; el cual es capaz de influir en la relación terapéutica para aportar en el tratamiento de su propio sufrimiento; permitiendo una comprensión más amplia e integral del sujeto. Por otra parte, estos hallazgos pueden servir como referentes para la toma de decisiones institucionales entorno a la formación profesional de psicólogos en nuestro medio; además para conocer en mayor profundidad a los estudiantes de la escuela de Psicología.

V. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio tuvo las siguientes limitaciones:

- A.** Para realizar este estudio hubo que viajar a la ciudad del Cusco, asignar un monto de viáticos para la estadía; los cuales determinan el tiempo de permanencia en la ciudad para desarrollar todo el proceso de recolección de datos.
- B.** Conocer la ciudad, los centros de salud donde refieren el servicio de psicología; así como los consultorios privados que brindan psicoterapia.

- C. Los trámites documentarios necesarios para realizar las evaluaciones a los psicólogos en los centros de salud, al igual que en algunos consultorios privados; los cuales tuvieron un tiempo de espera, y en algunos casos los permisos fueron denegados
- D. La negación de algunos psicólogos a participar en el estudio.
- E. La devolución de las pruebas por parte de los psicólogos que accedieron a participar en el estudio; algunos de los cuales no contestaron, se demoraron más de lo previsto alargando el tiempo de la investigación, o nunca llegaron a entregar las pruebas.

VI. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

A. Empatía

Existen múltiples definiciones de este término, aunque hoy en día la más aceptada es la de Davis (1996, citado Fernández-Pinto et al., 2012, p.287), quien la definió como el "conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas" (p. 12).

B. Estilo Personal del Terapeuta (EPT)

Para Fernández-Álvarez (2008, en Oblitas, 2008, p.16) "el EPT [Estilo Personal del Terapeuta] se refiere, a las características habituales que cada terapeuta impone a su tarea como resultado de su peculiar manera de ser, más allá del enfoque de trabajo que utilice y de los requerimientos específicos que le exija cada intervención."

C. Alianza Terapéutica

Bordin, (1976, citado en Corbella, 2003, p.208) definió la alianza terapéutica como “el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos.”

VII. VARIABLES E INDICADORES

A. Identificación de Variables

Variable 1: Empatía.

Variable 2: Estilo Personal del Terapeuta.

Variable 3: Alianza Terapéutica.

B. Operacionalización de Variables:

VARIABLES	NOMBRE DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN
A	Empatía	Empatía Cognitiva	Adopción de Perspectivas (AP)	Ordinal
			Comprensión Emocional (CE)	
		Empatía Afectiva	Estrés Empático (EE)	
			Alegría Empática (AE)	
B	Estilo Personal del Terapeuta	Instruccional	Rigidez	Ordinal
			Flexibilidad	
		Atencional	Focalizada	
			Abierta	
		Expresiva	Próximo	
			Distante	
		Involucración	Alta	
			Baja	
		Operativa	Pautado	
			Espontáneo	
C	Alianza Terapéutica	Tareas		Ordinal
		Objetivos		
		Vínculo		

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

I. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Heppner & Dixon (1980, citado por Ojeda, 2010), dan a conocer que dentro de los factores sociales que afectan la relación terapéutica se han formado hipótesis que afilian las impresiones del cliente sobre el terapeuta como una persona “experta”, “confiable” y “atractiva” con el vehículo para suscitar el cambio terapéutico.

Beutler (1994) sostiene que la relación terapéutica, se puede evaluar teniendo en cuenta tres perspectivas: la del terapeuta, la del paciente y la de un observador independiente; sin embargo, de las tres la calidad de la relación terapéutica puede predecir el resultado de la terapia. Investigaciones realizadas por Elliott, Clark y

Kemeny (1991) con pacientes que emitieron sus criterios en cuanto a las cualidades del terapeuta, expresaron que el buen terapeuta es sutilmente atento a lo que dice el paciente, interesado, benévolo, cálido, que comparte el lenguaje del cliente, reflexivo, discreto, prudente y que es muy difícil que exprese enojo. (Piedrabuena, 2007)

Horvarth y Greenberg (1989) observaron que el factor “vínculo” de la escala WAI de la Alianza terapéutica se encuentra asociado a la escala de empatía del Relationship Inventory, que evalúa la demostración de empatía, congruencia entre paciente y terapeuta y atención positiva al comparar los puntajes de los terapeutas en ambos inventarios. En una revisión bibliográfica, Patterson (1984) observó que el 47% de 15 estudios que analizaron las condiciones necesarias para un terapeuta, concluyen que mayores niveles de empatía se correlacionan positivamente con un resultado favorable. De acuerdo con los resultados, se observa que la mayoría de los terapeutas consideran relevante la alianza terapéutica para los resultados del tratamiento en diferentes patologías. Los resultados indican que los terapeutas tienden a valorar positivamente la empatía, la flexibilidad del encuadre y una intervención activa en terapia. (Etchevers, Simkin, Putrino, Giusti y Helmich, 2014)

Desde la perspectiva cognitiva la empatía promueve la exploración y la creación de significados y facilita el reprocesamiento emocional (Bohart, Elliot, Greenberg & Watson, 2002) Por otra parte, la persona del terapeuta modera de manera muy significativa la implementación terapéutica. En un estudio sobre la percepción del paciente acerca de la empatía del terapeuta (Bachelor, 1988) se encontró que lo que se concibe como significativamente empático varía en los pacientes. Alrededor del 44% de

los consultantes valoraban una respuesta del tipo cognitiva, es decir que veían al terapeuta como una persona que reconoce con precisión su experiencia, sus estados y motivaciones internas. (Gómez, 2010)

Horvath, 2001; Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble, & Wong, 2004; indican que el resultado de la psicoterapia con independencia del enfoque de tratamiento, está influido por la calidad de la alianza terapéutica, siendo una variable importante en el proceso de la terapia, con un 10-17% de afectación en los resultados; en tanto que Kirschenbaum & Jourdan (2005), mencionan que, en la terapia cognitiva de Beck, la relación terapéutica es considerada de particular relevancia. (Etchevers, González y Simkin, 2012). Mientras que para Corbella y Botella (2003) los estudios de Arnkoff, 1995; Goldfried y Davidson, 1994; Newman, 1998; Safran, 1998, de la llamada “revolución cognitiva” revitalización la relación terapéutica; considerando la alianza terapéutica importante para el desarrollo del proceso terapéutico de orientación cognitiva, y más específicamente de las perspectivas constructivistas.

Corbella y Botella (2004), indican que los componentes de la relación terapéutica, esto es, tareas, objetivos y vínculos están estrechamente relacionados. Como también para Botella & Corbella (2005) existe una relación significativa que se da entre la compatibilidad de las características personales del paciente y el estilo personal del terapeuta que influyen en el establecimiento de la alianza terapéutica, y luego ésta sobre los resultados. De este modo, concebir la psicoterapia sin la relación cliente-terapeuta es insostenible. Eaton, Abeles y Gutfreund (1988) y Frank y Gunderson (1990) hallaron que la alianza terapéutica se relacionaba con la aceptación de la farmacología y la

disminución de los abandonos en pacientes con esquizofrenia (Corbella y Botella, 2011). Además, hay estudios de la importancia de la alianza terapéutica en el tratamiento del alcoholismo (Dundon, Pettinati, Lynch, Xie, Varillo, Makadon, & Oslin, 2008, citado por Etchevers, et al., 2012).

Wampold (2001, citado por Norcross & Wampold, 2011), enfatiza que la alianza terapéutica junto con los efectos del terapeuta es uno de los factores validados más fuertemente que influyen en el éxito de la terapia. A su vez, Norcross & Wampold (2011) por medio de un meta-análisis realizado de los estudios presentes de alianza terapéutica, vio que entre un 75% a un 80% de los pacientes en las intervenciones de niños, adolescentes, adultos y familias se han favorecido con una relación terapéutica empática; haciendo posible una mayor contribución a la terapia, mayor naturalidad, y resultando ser ventajosa más allá de las tipologías del paciente. A la postre Norcross; Norcross y Wampold (2011; 2011, citado por Gimeno, Coto, Barrio, & et al., 2015) mediante un metanálisis sobre la eficacia de la empatía del terapeuta obtuvieron resultados positivos; concluyendo que, por encima de las diferentes orientaciones teóricas, formatos individuales o grupales y pacientes de diversa gravedad la empatía goza de apoyo empírico para ser considerado un predictor de los resultados de la terapia.

Bachelor y Horvath, (1999, citado por Corbella & Botella, 2003) aclaran que la empatía y la calidez del terapeuta son dos de las cualidades que la mayoría de investigadores coinciden en considerar relevantes para establecer una buena alianza terapéutica. Como Campagne (2014) da a conocer que la empatía percibida por el paciente es relevante hasta en un 67% de la varianza en un estudio con alcohólicos;

siendo así que los terapeutas más eficaces muestran más conductas positivas de afecto o cariño, entendimiento y afirmación; y menos negativas de desprecio o desconsideración, culpar, ignorar o negar, atacar y rechazar. Por lo cual Fernández-Pinto, López-Pérez & Márquez (2008) afirman que la empatía incluye procesos cognitivos y afectivos, denominados como “adopción de perspectiva” y “comprensión emocional” respectivamente, pudiendo darse estos dos procesos juntos o separados y que no sólo corresponden al ámbito privado de un sujeto, sino que involucra al otro en una relación social.

Corbella, Balmaña, Fernández-Álvarez, et al. (2009), plantea que la teoría de la mente o las distintas habilidades mentalistas son los fundamentos de la empatía para el establecimiento de la relación terapéutica; así como los precursores de actitudes terapéuticas y de distintos recursos para la intervención más conveniente. El desarrollo óptimo de la teoría de la mente del terapeuta facilita la habilidad terapéutica de entender y anticiparse a cómo el paciente procesa la información, piensa, siente y actúa. Estas habilidades desempeñan una función esencial para autorregular la interacción del terapeuta con su paciente.

Luego de realizar una revisión sistemática de 115 estudios, Orlinsky, Grawe y Parks (1994) encontraron una correlación positiva entre empatía y resultado del tratamiento en el 54% de los casos. Un meta-análisis de 47 estudios que incluyó diferentes poblaciones de pacientes y mediciones del resultado (Bohart et al., 2002) indicó que la empatía explica alrededor del 4% de la varianza del resultado, lo cual refleja un tamaño de efecto pequeño a moderado. En este mismo trabajo, se observó que la alianza terapéutica,

considerada el predictor más robusto y consistente de la mejoría de los pacientes (Castonguay, Constantino, & Gross Holtforth, 2006; Horvath & Bedi, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000) explicaba un porcentaje similar del resultado del tratamiento. (Etchevers, Simkin, Putrino, Giusti y Helmich, Cantaro, Tabullo y Argibay, 2015)

Hasta ahora la empatía del terapeuta (evaluada por sus clientes) presenta correlaciones positivas con el establecimiento de una alianza de trabajo fuerte (Feller y Rocco Cottone, 2003) y con la obtención de resultados de psicoterapia positivos (Marci, Ham, Moran, Orr; 2007). (Olivera, 2010)

Parra (2017) realizó un estudio sobre la relación entre la empatía y pensamiento mágico en la formación de la alianza terapéutica en psicólogos y tarotistas, con una muestra de 42 psicólogos y 37 tarotistas. Respecto a los resultados sobre la alianza terapéutica, se encontraron correlaciones muy significativas entre alianza y empatía en los tarotistas ($p < .001$), pero ninguna relación en los psicólogos ($r = .16$)

El Proyecto BCN-Bs.As. con la participación de terapeutas acreditados como psicoterapeutas ($N=48$) y una muestra de pacientes externos adultos que acudieron a uno de los centros psicoterapéuticos colaboradores ($N = 401$) fueron los siguientes: (a) Los terapeutas con un estilo más flexible consiguen establecer una mejor alianza terapéutica con sus pacientes, (b) influencia estadísticamente significativa de la directividad del Estilo del terapeuta en el efecto de la resistencia del paciente sobre la alianza y resultado de la terapia (Corbella, 2003; Corbella, Fernandez Álvarez, Saúl, Garcia y Botella, 2008; Corbella et al, 2009; Botella y Corbella, 2005; citado por Casari, et al., 2019).

Casari, et al. (2019) refieren que en el segundo periodo del Estilo Personal del Terapeuta (EPT) (a partir de 2009), surgieron más estudios tratando de estudiar el vínculo entre el EPT y alianza terapéutica, donde la primera de ellas contó con 4 terapeutas y 14 pacientes de Buenos Aires, a los cuales se les administró el EPT-C, el Inventario de Alianza de Trabajo y Teoría del Cambio, y el Synthom Check List -90 R. En dicho estudio los resultados solamente pudieron extraer conclusiones sobre cada instrumento en particular y sobre la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta y el vínculo positivo de la alianza terapéutica, donde se pudo relacionar el nivel motivacional- emocional del estilo del terapeuta con la calidad del vínculo con el paciente. Así, las funciones expresiva e involucración, que actúan al servicio de la relación y la alianza terapéutica, han sido más altas en las terapeutas cuyos pacientes han establecido un mayor vínculo positivo (García Rizzo, 2008). También, se han podido encontrar elementos que apoyan lo planteado por Corbella & Botella, (2004a, citado por García Rizzo, 2008) sobre la importancia de la función instruccional en la construcción de la alianza en una fase inicial del tratamiento. Esto se observa ya que todas las terapeutas de la muestra tienen mayor valor en esta función y casi todos los tiempos de tratamiento de los pacientes son menores a los seis meses de duración.

Por otro lado, Hermosa Bosano (2010, citado por Casari, et al., 2019) realizó una investigación similar en Ecuador. Trabajó con 16 estudiantes del último año académico de la carrera de Psicología que habían concluido con horas de práctica pre-profesional clínica. Participaron 48 pacientes atendidos por estos terapeutas aprendices. Se incluyeron como medidas de evaluación: EPT-C versión abreviada, el Inventario de los 16 Factores de Personalidad de Cattell y el Inventario de Alianza de Trabajo.

Empleando análisis de regresión lineal se encontró que las funciones Atencional e Instruccional del EPT predicen de manera positiva la alianza reportada por el cliente (es decir, a mayor focalización atencional y rigidez en el encuadre se lograría mejor percepción de alianza terapéutica). Mientras que a la hora de predecir la alianza reportada por el terapeuta con sus pacientes se encontró que la función Operativa (de forma negativa) y la función Instruccional (de forma positiva) predecían de manera significativa la alianza terapéutica.

También, Moya Cortés (2015, citado por Casari, et al., 2019) realizó una investigación con 48 terapeutas de España. Allí se les solicitó que además de completar el EPT-C (versión abreviada), evaluaran la alianza terapéutica de al menos dos pacientes (es decir, se evaluó la alianza desde la perspectiva del terapeuta). Como resultado se encontró que la función Expresiva podía predecir la varianza de la alianza terapéutica en un 1,2%.

El último estudio registrado por Casari, et al., (2019) dentro de esta línea temática fue realizado por De la Fuente y Del Castillo (2017) con terapeutas mexicanos (n= 50). Empleando dos subescalas de la versión abreviada del EPT-C (Función Expresiva y Función de Involucración), no se encontraron resultados significativos en la predicción de alianza terapéutica.

Finalmente, Casari, et al. (2019) aseguran que una conclusión que podemos hacer de esta línea de investigación es que, a excepción de la función de Involucración, las demás funciones del EPT parecerían estar relacionadas con variables del paciente, alianza terapéutica o resultados en psicoterapia.

II. TEORÍA Y CONCEPTUALIZACIÓN

A. Empatía

1. Antecedentes

A lo largo de la historia la empatía ha sido un constructo teórico investigado desde corrientes muy diversas, forjando debates teóricos sobre su naturaleza. Entre ellas, para Hogan (1969, citado por López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008), la empatía es una capacidad cognitiva para comprender lo que pasa por la mente de los demás. Mientras que teóricos como p.ej., Bryant, (1982); Mehrabian y Epstein, (1972); (citado por López-Pérez et al., 2008) describen a la empatía destacando la importancia del componente afectivo, como una respuesta afectiva a las emociones ajenas. Aunque Mehrabian (1976, citado por López-Pérez et al., 2008) reconoce que para que se cultive el proceso empático es imprescindible el aspecto cognitivo como una condición para comprender a la otra persona, es decir, ponerse en su lugar, sin la cual no se puede hablar de empatía. Asimismo, Kerem, Fishman y Josselson (2001, citado por López-Pérez et al., 2008) confirman que para poder hablar de empatía es necesario el componente cognitivo. Por tanto, se puede decir que es la antesala de la dimensión afectiva. Finalmente, estas dos perspectivas serán integradas a partir de la década de 1980 cuando Davis (1983, citado por López-Pérez et al., 2008) formule una visión más completa que vislumbra tanto el componente cognitivo como el afectivo.

2. Definición

López-Pérez et al. (2008) acentúan que no se puede hablar de empatía si solo se encuentra el componente afectivo, sino de otros procesos psicológicos como la hipersensibilidad emocional o el contagio emocional. Por tanto, al componente cognitivo por sí solo se le puede reconocer como empatía, aunque es preciso remarcar que ello produciría una “empatía menos profunda”. Así, en la actualidad, una definición consensuada de empatía es la propuesta por Davis (1996, citado por Fernández-Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008, p.207): “conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas (p.12)”.

En esta misma línea Ortega, Tirapu y López-Goñi (2012) caracterizan una definición más extensa sobre la empatía, reconociendo que:

“...la empatía se puede considerar como una diagonal que atraviesa todos los sub-constructos que la componen, teniendo especial influencia sobre los aspectos relativos a la teoría de la mente y el procesamiento emocional. Dentro de la primera, la empatía se relaciona con el establecimiento de juicios morales, como ha sido demostrado en numerosas investigaciones que han empleado dilemas morales para la medición de este componente. En estas tareas el sujeto puede activar su capacidad de ponerse en el lugar de otra persona, valorando la situación ya no desde su propio punto de vista, sino analizando a su vez los motivos, pensamientos o intereses del otro y tomando una decisión al respecto. Su relación con el procesamiento de las emociones

se manifiesta cuando una determinada situación requiere comprender los sentimientos de los otros, lo que genera en el observador una respuesta afectiva acorde con la experiencia emocional ajena y le lleva a "sentir lo que la otra persona siente"." (p.43)

3. Características y principios

Desde la visión integradora establecida por, Davis (1980, citado por citado por Fernández-Pinto et al., 2008) la empatía es un constructo multidimensional que incluye cuatro componentes diferentes, aunque relacionados entre sí:

a) Por un lado, dentro de la ***dimensión cognitiva*** se distingue:

- **Fantasía**, que se refiere a la tendencia a identificarse con personajes de ficción.
- **Adopción de perspectivas**, que es la capacidad de representarse los pensamientos y motivos del otro.

b) En relación a la ***dimensión afectiva***, Davis propone dos escalas:

- **Angustia empática**, que es la tendencia a experimentar sentimientos de compasión y preocupación por el otro.
- **Aflicción Personal**, que se refiere a la ansiedad que se experimenta al ser testigo de un suceso desagradable para otro. Esta subescala ha mostrado unos resultados un tanto confusos. Tras la revisión de los ítems se puede decir que esta subescala se refiere no tanto a empatía, sino a una alta emocionabilidad (Fernández-Pinto et al., 2008).

Tras la introducción de una definición multidimensional de la empatía por la Davis (1980), Eisenberg (en Eisenberg y Strayer, 1987, citado por Fernández-Pinto et al., 2008) realiza la distinción formal entre la adopción de perspectiva perceptual, cognitiva, y afectiva, tal como se señala en lo siguiente:

- **Adopción de perspectiva perceptual**, se le ha entendido como la capacidad de representarse la visión que tiene el otro en función de su localización.
- **Adopción de perspectiva cognitiva**, que se explica como la capacidad de representarse los pensamientos y motivos del otro.
- **Adopción de perspectiva afectiva**, que compete a la inferencia de los estados emocionales ajenos (Davis, 1996, citado por Fernández-Pinto et al., 2008).

En esta misma línea Fernández-Pinto et al. (2008) diseñaron un nuevo modelo de la empatía, bastante cercano al modelo integrador de Davis (1980), que contempla una definición más completa de la empatía incluyendo tanto procesos cognitivos como afectivos a partir de cuatro escalas distintas, pero relacionadas entre sí:

- a) Por una parte, la ***dimensión cognitiva*** que agrupa las escalas que se han denominado:
 - **Adopción de Perspectivas (AP)**; capacidad intelectual o imaginativa de ponerse uno mismo en el lugar de otra persona.
 - **Comprensión Emocional (CE)**; capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y las impresiones de los otros.

b) Por otro lado, la *dimensión afectiva* que engloba las escalas que se han llamado:

- **Estrés Empático (EE);** capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona o resonancia emocional negativa.
- **Alegría Empática (AE);** resonancia emocional positiva.

De los componentes de la empatía mencionados, los valores esperados estarán en relación a la persona evaluada y su ámbito de ocupación. Siendo necesario en el ámbito psicoterapéutico diferentes grados de valores para cada una de las escalas de la empatía. En Estrés Empático, los valores bajos serían adecuados, pero no muy bajos, donde la implicación emocional del terapeuta con el paciente debe ser mínima (Giordani, 1997, citado por Fernández-Pinto et al., 2008); para no encontrar grandes dificultades en distinguir sus necesidades y emociones personales de las de los demás. Mientras que, en Alegría Empática los valores altos serían adecuados, pero no muy altos que confunda la empatía con la simpatía; brindando una red social de buena calidad, desde la facilidad de alegrarse con los éxitos o acontecimientos positivos que les suceden a los demás. En Adopción de Perspectivas es esperado un valor alto, pero no muy alto; de tal forma que las personas puedan adaptar su modo de pensar a diferentes situaciones. De igual forma en Comprensión Emocional es favorable un valor alto, pero no muy alto; así a nivel intrapersonal poseer una mayor regulación emocional, como tener una gran facilidad para lectura emocional ante el comportamiento verbal y no verbal de los otros (López & Fernández, 2007, citado por Fernández-Pinto et al., 2008).

4. Dimensiones

Kerem, Fishman y Josselson (2001, citado por Fernández-Pinto et al., 2008), ratifican que solo se puede hablar de empatía si se dan los procesos cognitivos, con o sin su correlato afectivo. Debido a ello, se pueden encontrar tres tipos de procesos de empatía distintos como contagio emocional, empatía cognitiva y empatía cognitiva-afectiva. Describiendo cada uno de ellos a continuación:

- a) **Contagio Emocional:** Señala Hoffman (1982, citado por Fernández-Pinto et al., 2008) que el contagio emocional constituye una de las formas de empatía más superficial que se produce por medio del lenguaje no verbal. Mientras que, si se hace uso del lenguaje verbal pasaría a ser el fenómeno de “comunicación social de la emoción” (Rime, 1995, citado por Fernández-Pinto et al., 2008). Las reacciones de la empatía vía contagio emocional únicamente producen resonancia emocional, y estas dependen del signo negativo o positivo de la emoción experimentada por la persona objetivo, aunque existen características que impiden a la persona que va empatizar “ponerse en el lugar del otro” y comprender qué es lo que siente (Smither, 1977, citado por Fernández-Pinto et al., 2008).
- b) **Empatía Cognitiva:** En este tipo de proceso empático según Fernández-Pinto et al. (2008) la persona se pone en el lugar del otro desde la adopción de perspectivas y la comprensión emocional, pero no resuena emocionalmente con la persona objetivo, como por ejemplo en el contexto psicoterapéutico

(Giordani, 1997). Alcanzando así, a nivel intrapersonal un incremento de interés hacia la otra persona, mientras que en el nivel interpersonal se da la comprensibilidad de la interacción social.

c) Empatía Cognitiva-Afectiva: Fernández-Pinto et al. (2008) puntualizan que en la empatía cognitiva-afectiva se dan todos los procesos conjuntamente. Comenzando por la activación de los mecanismos cognitivos (Adopción de Perspectivas y Comprensión Emocional) que darán inicio a los mecanismos emocionales (Estrés Empático o Alegría Empática, dependiendo del signo negativo o positivo de la emoción experimentada por la persona objetivo). Es así que, dentro de este tipo de proceso empático se consideran importantes algunos aspectos como las variables disposicionales de la persona que empatiza y su capacidad de regulación emocional para dar respuesta cognitiva-afectiva de empatía ante una emoción que se convertirá en algo psicológica y socialmente saludable o, todo lo contrario.

d) Empatía terapéutica: La incorporación de la empatía en la psicoterapia se debe en gran parte a las aportaciones de la psicología humanista constituida por Carl Rogers (1957, 1975, citado por Mateu, Campillo, González y Gómez, 2010), junto a su equipo de adeptos. A partir desde entonces el concepto de empatía no ha dejado de evolucionar en psicoterapia desde sus inicios. Sin embargo, durante los años 80 disminuyó su investigación debido a que el foco de la atención parece haberse desplazado de la teoría de Rogers al constructo psicoanalítico de la alianza terapéutica (Bordin, 1979; Horvath y Greenberg,

1986; Horvath y Symonds, 1991, citado por Mateu et al, 2010). Pero nuevamente en las últimas décadas presenta un acelerado desarrollo y la certificación recibida por la 29 Task Force División del APA, al reconocerla junto a la alianza de terapéutica como una de las variables que reciben mayor apoyo empírico (Norcross, 2002, citado por Mateu et al, 2010). Así, recientemente se acentúa el interés por identificar las relaciones que existen entre empatía y alianza terapéutica (Corbella y Botella, 2004, citado por Mateu et al, 2010).

Cabe entender que la empatía es uno de los pocos conceptos que se han socializado rápidamente en los diversos contextos donde se dan relaciones de ayuda. Sin embargo, ligado con la socialización del concepto, se ha derivado también una inflación o vulgarización del mismo. Debido a lo cual está evolucionando en un concepto polisémico, y, por lo mismo, es necesario una distinción de esa otra empatía, de carácter más simple y vulgarizado, mínimo necesario del entramado personal. Manuel Marroquín sostiene que la clarificación del concepto no supone el reconocimiento de dos clases de empatía, sino la intención de estudiar los grados de su existencia más compleja; en su trabajo se centra en el aspecto de la empatía que denomina “empatía terapéutica” (Bohart y Greenberg, 1997, citado por Bermejo, 2012.), refiriendo que, “la empatía terapéutica es un proceso interactivo destinado a conocer y comprender a otra persona con el fin de facilitar su desarrollo, su crecimiento personal y su capacidad para resolver sus problemas”. (p.438)

La complejidad de la definición de la empatía se ve reflejada entre muchos autores, como por ejemplo en el “Diccionario de counselling” italiano (Giusti E., 1995, citado por Bermejo, 2012) donde se la define como la:

“Actitud y habilidad de seguir, captar y comprender lo más plenamente posible la experiencia subjetiva del cliente, poniéndose en su mismo punto de vista. Comunicar al cliente que el counsellor se siente experiencialmente a su lado y que está usando toda la propia sensibilidad para comprender lo que él siente o se esfuerza por expresar. No es, en cambio, la identificación con el cliente, ofrecerle simpatía, bloquear el proceso de comprensión de sí o presumir implícitamente que se sabe comprenderlo (falsa empatía)”. (p.120)

Bermejo (2012) hace visible que la empatía trasciende la afirmación habitual de “ponerse en el lugar del otro” o “sentir lo mismo que el otro”, reivindicando que el terapeuta asuma una sana actitud de comprensión de significados que no comporte dar la razón a nuestro interlocutor. En esta línea menciona a Rogers (1981):

“El estado de empatía o de ser empático consiste en darse cuenta con precisión del cuadro de referencias interno de la otra persona, justamente con los componentes emocionales y los significados a ella pertenecientes, como si fuéramos la otra persona, sin perder nunca la

condición de “como si”. Significa por tanto sentir las amarguras y las alegrías de la otra persona de la misma manera que ella las siente y percibir sus causas de la misma manera que ella las percibe, pero sin perder la noción de que es “como si” estuviéramos tristes o alegres, etc. Si perdemos esta condición de “como si” tendremos un estado de identificación”. (p. 86)

Como actitud la empatía resalta la capacidad que lleva la persona para comprender el mundo interior de otra, su punto de vista desde donde define una situación a través de sus significados que las experiencias adquieren para él. Pero no es suficiente la mera comprensión si uno no es capaz de transmitírselo, estos mensajes percibidos encuentran en su interior de la persona que empatiza un eco o referente que facilita la comprensión, conservando la atención centrada en la persona del otro (Brazier, 1997, citado por Bermejo, 2012). Esta clase de comprensión demanda tiempo para desarrollarse progresivamente y deriva del propio nivel de crecimiento cognitivo y de maduración afectiva de la persona que empatiza, y del mismo modo ayuda el tener una amplia variedad de experiencias vitales (Elías, Tobías y Friedlander 1999, citado por Bermejo, 2012).

La actitud empática no es otra cosa que renunciar a la proyección de significados y adoptar el marco de referencia interior del otro, tal como lo describe Benjamín (1980, citado por Bermejo, 2012):

“esto requiere el que hagamos a un lado todo, excepto nuestro sentido de humanidad y con solo este tratar de comprender con la otra persona cómo piensa, siente y ve el mundo que le rodea. Significa librarnos de nuestro marco interno de referencia y adoptar el de ella. Aquí, el punto no está en estar o no de acuerdo con ella, sino en comprender qué se siente siendo ella.” (p. 67)

Durante las relaciones interpersonales por supuesto que no es raro que se crea haber comprendido al otro solo en base a lo que se aprecia superficialmente. Pero lo peor puede ser confrontar la perspectiva del otro y no advertir más allá de la nuestra o lo evidente. Es así que, para alcanzar una comprensión de la conducta de otra persona, Rogers (1975, citado por Bermejo, 2012) insiste es desde una actitud empática, lo cual explicará así:

“La única persona que podía conocer plenamente su campo de experiencia era el individuo mismo. Por lo tanto, parecía que se puede comprender mejor la conducta alcanzando, en la medida de lo posible, el marco de referencia de la propia persona, y percibiendo el mundo de la experiencia a través de sus ojos... Si pudiéramos experimentar empáticamente todas las sensaciones sensoriales y viscerales del individuo, todo su campo fenoménico, incluyendo tanto los elementos conscientes como las experiencias que no alcanzan el nivel consciente, tendríamos una base perfecta para comprender la significación de su conducta y para predecir su conducta futura...” (p. 419-420)

Bermejo (2012, p.19) persevera en acentuar que una persona empática es:

“alguien que cuenta con una buena capacidad de escucha, diestra en leer pistas no verbales, artista en la combinación del arte de saber hablar y saber callar, todo lo cual le facilita el camino para influenciar y regular de manera constructiva las emociones de los demás, beneficiando así sus relaciones interpersonales.”

A su vez, Bermejo (2012, p.19) recuerda que las personas poco desarrolladas en la actitud empática tienen “dificultades para leer e interpretar correctamente las emociones de los demás, no saben escuchar, y muchas veces son ineficientes leyendo las señales no verbales, razón por la cual pueden evidenciar una torpeza social, al aparecer como sujetos fríos e insensibles”. Por lo que, en ocasiones, sin proponérselo empeoran la intimidad emocional de quienes tratan.

Bermejo (2012) insiste en puntualizar que proceder con empatía no es asumir como propias las ideas del otro, renunciando a nuestras propias convicciones; sino es más se puede estar en completo desacuerdo, sin por ello dejar de ser empáticos y respetar su posición. Por lo cual, resalta que una legítima presentación del desacuerdo con otra persona debe partir de una actitud empática, donde puedo decir que pienso de otra manera solo cuando he captado bien cómo piensa el otro, o puedo contradecirlo solo cuando le he comprendido.

Bermejo (2012) resalta que la parte más visible de la empatía es el elemento conductal, sumándose con ello a las visiones que consideran a la empatía como una capacidad que incluye elementos cognitivos y afectivos, así como elementos comunicativos o conductuales que asientan la parte visible de la empatía (Fortuna y Tiberio, 1999). Ciaramicoli y Ketcham (2000, citado por Bermejo, 2012) considera que la comprensión o el conocimiento no es suficiente como expresión de la empatía, debido a que la empatía requiere que nuestras ideas se transformen en acción de manera constructiva, siempre con la intención de ayudar al prójimo.

Por ello, para Bermejo (2012, p.13) la empatía terapéutica “es un proceso activo, consciente e intencional y que, por tanto, puede ser activado voluntariamente”. Siendo unidireccional, “yo estoy en actitud empática contigo”, y no es correcto asignarlo en dependencia del otro como “entre nosotros hay una buena empatía” o “generar empatía”, o “entrar en empatía”. Debido a que se suele concebir la empatía como algo que se produce entre las personas, esa experiencia de “caerse bien”. Si fuera así tendríamos muchas dificultades de empatizar con personas de diversos caracteres, conductas o biografías que no sean aceptadas desde nuestra idiosincrasia o los términos éticos. Con ello, según Bermejo (2012) no se necesita vivir las mismas emociones de la persona a la que se quiere comprender. A su vez no debemos confundir empatizar con “comprender” lo que le pasa, que es mucho más habitual, como cuando decimos “es normal”, “entiendo qué estás sintiendo y

pensando”, “comprendo qué es lo que le hace actuar así”, “no es para tanto”, “esto le pasa a mucha gente”, etc. (Rogers, 1994, citado por Bermejo, 2012).

En el fondo, el desarrollo de un sentido moral y el desarrollo de la empatía van unidos. Para Carkhuff (1969, p. 83, citado por Bermejo, 2012) es una clave esencial: “Sin empatía no existe base para la ayuda. En ella se apoya el uso adecuado y significativo de todas las otras variables y últimamente la resolución de los problemas del asesorado”, en efecto, Carkhuff (1969) considera la empatía como: “la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta otra persona, en este caso el cliente, y comunicar esta percepción en un lenguaje acomodado a los sentimientos de ésta”.

5. Funciones

Bermejo (2012) hace referencia que durante la actitud de empatía terapéutica es necesario que el terapeuta ponga su experiencia entre paréntesis y evite todo tipo de proyección. Expresiones como, “te comprendo perfectamente porque a mí me ha pasado lo mismo”, se pierden en un enunciado vacío. En cambio, mientras haya apertura hacia la comprensión se posibilitan beneficios en el paciente a través de la empatía terapéutica. Tal como lo señala Tausch y Tausch (1987, citado por Bermejo, 2012), los beneficios de esta actitud serían los siguientes:

- Suscita sentimientos y experiencias relevantes.
- Estimula la autoexploración.
- Favorece la autoconfrontación.
- Transforma constructivamente a los interlocutores.

Por su parte, Dietrich (1985, citado por Bermejo, 2012) habla de los siguientes beneficios de la empatía:

- Favorece el dinamismo psíquico y el desarrollo constructivo de la personalidad.
- Intensifica el diálogo crítico con sus propias vivencias.
- Alivia al exteriorizar la carga afectiva.
- Favorece la aceptación de sí mismo.
- Despoja de las apariencias y las máscaras.

También, Madrid Soriano (1997, p. 52s., 2005, pp. 370-372, citado por Bermejo, 2012), desarrolla los siguientes efectos positivos de la comunicación empática:

- 1) El ayudado se siente valorado y aceptado como persona.
- 2) El ayudado se siente reafirmado en su propia existencia como persona original, autónoma y valiosa.
- 3) El ayudado aprende a aceptar los propios sentimientos.
- 4) Enseña al ayudado a confiar en su propia experiencia.
- 5) Ayuda a que el ayudado explore su problema con libertad y se autoexplora más profundamente.
- 6) Fomenta la responsabilidad del ayudado.
- 7) Contribuye eficazmente a superar la soledad del ayudado.
- 8) Crea una base sólida que consolida los procesos de la relación de ayuda.
- 9) Mejora el nivel de autoconocimiento del propio agente de ayuda.

Rogers y Rosenberg (1982 p. 101-102., citado por Bermejo, 2012), expresando de los efectos de la empatía sobre el ayudado dicen: “Podemos afirmar que cuando una persona se siente comprendida de manera correcta y sensible, desarrolla un conjunto de actitudes promotoras de crecimiento o terapéuticas en relación a sí misma.”

B. Estilo Personal del Terapeuta

1. Antecedentes

La psicoterapia ha sido descrita como una intervención psicológica que busca modificar ciertas experiencias de sufrimiento psíquico desde acciones conjuntas de factores específicos e inespecíficos que repercuten en los resultados (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986, citado por Fernández-Álvarez, 2008). Generando algunos dilemas de gran interés la relación entre ambos factores (Karasu, 1986, citado por Fernández-Álvarez, 2008). Los factores específicos son las técnicas que el terapeuta emplea. Donde su aplicación esta mediado por instrucciones relativamente precisas y en los que se puede anticipar sus efectos en mayor medida en comparación con otros. Mientras que los factores inespecíficos se refieren al conjunto de fenómenos que componen las condiciones interpersonales y contextuales de la psicoterapia. Castonguay (1993, citado por Fernández-Álvarez, 2008) introdujo un aporte significativo enfocado a determinar los factores inespecíficos. Donde el “estilo personal del terapeuta” (EPT) es uno de los elementos importantes de los fenómenos que conforman los factores inespecíficos.

Desde los inicios de la psicoterapia se ha ido incorporando el estudio de la influencia de las condiciones personales del psicoterapeuta en su práctica (Etchegoyen, 1986, citado por Fernández-Álvarez, 2008), dentro de la relación terapéutica y también desde la perspectiva global de la persona del terapeuta (Fuller Torrey, 1986; Guy, 1987; Kottler, 1993; Semerari, 1991, citado por Fernández-Álvarez, 2008). En la orientación psicodinámica, las condiciones personales del psicoterapeuta han estado relacionado casi siempre al estudio de la contratransferencia (Holmqvist y Armelius, 1996, citado por Fernández-Álvarez, 2008).

La recuperación del paciente mediante la psicoterapia de cualquier tipo de orientación psicológica es el resultado de una gran cantidad de factores. Una clasificación bien conocida (Lambert, 1992, citado por Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003) identifica cuatro de ellos: técnicas, expectativas, cambios extra-terapéuticos y la relación terapéutica.

El último factor puede representar el 30% de los resultados obtenidos en cualquier tratamiento. En los últimos años se han realizado numerosos esfuerzos para estudiar esta relación, especialmente en el aspecto central de la alianza terapéutica (Asay y Lambert, 1999; Bachelor y Horvath, 1999; Constantino, Castonguay y Schut, 2001; Gaston y Marmar, 1994; Horvath, 1995; Horvath y Greenberg, 1994, citado por Fernández-Álvarez et al., 2003).

En el Modelo Genérico de Psicoterapia (Orlinsky et al., 1994, citado por Fernández-Álvarez et al., 2003), el acto terapéutico es el resultado de la interacción entre la demanda (el papel del paciente) y la oferta (el papel del terapeuta) que se lleva a cabo en un contrato, una relación e intervenciones específicas. El terapeuta participa en esta acción, aportando su estatus profesional y experiencia. Esto incluye su estado sociodemográfico, su situación de vida y su estilo personal. Aunque no se ofrece una definición detallada del estilo personal, obviamente se refiere a rasgos establecidos que expresan varios aspectos de la personalidad del terapeuta que tienen un impacto en la relación terapéutica e influyen en los resultados del tratamiento.

Siendo así que el Modelo Genérico de Psicoterapia (Orlinsky y Howard, 1986a; Orlinsky, Grawe y Parks, 1994; citado por Fernández-Álvarez et al., 2003) incluye amplios detalles sobre los hallazgos de las características significativa de los involucrados en la relación del vínculo terapéutico (pacientes, terapeutas) y la correspondencia entre ellos. Los datos relevantes relacionados con la variable terapeuta incluyen, entre otros: compromiso, confiabilidad y confianza, direccionalidad, empatía, expresividad y manejo de situaciones terapéuticas en sus dos facetas: comprensión experta e intervención del terapeuta, y autenticidad.

Beutler, Machado y Allstetter Neufeldt (1994, citado por Fernández-Álvarez et al., 2003) presentaron un diagrama bidimensional que permite una clasificación de los atributos descriptivos del terapeuta. El esquema utilizado por los autores aplica una representación a lo largo de dos ejes: uno de ellos divide la variable en aspectos

subjetivos y objetivos, y la otra diferencia entre rasgos trans-situacionales y estados específicos dentro de la terapia. Las variables más destacadas son: aspectos demográficos, patrones de personalidad, bienestar emocional del terapeuta, factores cognitivo-afectivos (valores, actitudes y creencias), actitudes de influencia social, factores profesionales y estilo terapéutico. Los autores sostienen que el estilo del terapeuta constituye un estado objetivo específico dentro de la terapia y, aunque todavía no hay suficientes datos empíricos sobre su *modus operandi*, es altamente estable en el tiempo y modula la forma específica en que se aplica cualquier procedimiento o técnica en particular.

Por tanto, el Estilo Personal del Terapeuta (EPT) tiene sus raíces en dos fuentes: las contribuciones sobre las variables del terapeuta desarrolladas por Beutler, Machado y Allstetter Neufeldt (1994, citado por Casari, Ison y Gómez, 2018) y la concepción de los aportes del terapeuta en el acto terapéutico que propone el Modelo Genérico de Psicoterapia (Orlinsky, Grawe y Parks, 1994, citado por Casari et al., 2018). Orlinsky et al. (1994, citado por Casari et al., 2018) consideraban que el estilo del terapeuta se refería a rasgos establecidos vinculados a su personalidad, que tendrían un impacto en la relación terapéutica e influenciarían los resultados del tratamiento. Mientras que, en el mismo año, Beutler et al. (1994, citado por Casari et al., 2018) postularían que el estilo del terapeuta sería un estado objetivo altamente estable en el tiempo y que modularía la forma específica en que cualquier procedimiento o técnica es aplicada.

Fernández-Álvarez y García (1998, citado por Casari et al., 2018) postularían un concepto diferente pero relacionado al anterior, llamado Estilo Personal del Terapeuta (en adelante EPT). Considerado el factor más idiosincrático del profesional, relacionado a modos particulares de comunicación que se plasman en una serie de funciones que imponen un sello personal a la hora de ejercer la práctica. Estos modos de comunicación están influidos por las características de personalidad del terapeuta y también por su orientación teórica (Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2000, citado por Casari et al., 2018). Desde el año 1998, que puede considerarse el inicio formal de este concepto hasta la actualidad (Casari et al., 2018).

2. Definición

Definimos al EPT como el conjunto de condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su tarea. A pesar de que el concepto de estilo tiene diferentes acepciones (Ducrot y Todorov, 1974, citado por Fernández-Álvarez, 2008), se refiere, por lo general, a la pauta habitual que identifica un modo de acción individual. Van Dijk (1983, citado por Fernández-Álvarez, 2008) sostiene que el estilo “alude a propiedades especiales, individualizadoras, dentro de contextos sociales especiales, y a funciones/efectos especiales, dentro del proceso de comunicación”. La constancia y la singularidad son sus dos notas principales. La constancia de la que hablamos se refiere a su persistencia en periodos suficientemente extensos, pero delimitados de tiempo.

El EPT alude a las características habituales que cada terapeuta impone a su tarea, como resultado de su peculiar manera de ser, más allá del enfoque de trabajo que utilice y de los requerimientos específicos que le exija cada intervención (1994, citado por Fernández-Álvarez, 2008). El mismo sería definido del siguiente modo:

“(...) un conjunto de condiciones singulares que llevan a un terapeuta a actuar en 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 del tratamiento y de los requerimientos específicos de la tarea.” (Fernández-Álvarez, García y Scherb, 1998, p. 352, la traducción me pertenece, citado por Casari et al., 2018).

En consecuencia, para Fernández-Álvarez et al. (2003), es posible presumir que el estilo personal del terapeuta es la huella dejada por cada profesional en su trabajo y tiene un impacto relevante en los resultados del tratamiento.

3. Características y principios

Fernández-Álvarez et al. (2003) describe que el Estilo Personal del Terapeuta (PST) es un principio general para cualquier tipo de psicoterapia, independientemente del enfoque terapéutico, el tipo de paciente involucrado y otras circunstancias peculiares que hacen que cada tratamiento sea único. El PST determina el alcance del modelo teórico aplicado, así como las técnicas específicas empleadas en cada tratamiento, influye en el desarrollo de cada proceso terapéutico y tiene un impacto en los resultados de las acciones terapéuticas, aunque en diferentes grados según el tipo de paciente, su patología y el contexto específico en el que se aplica.

El PST es una variable que incluye las siguientes características (Fernández-Álvarez et al., 2003, pág. 118):

- 1) Es la manera general en que cada terapeuta lleva a cabo su tarea, dejando su propia marca individual que sirve para identificarlo en las diversas acciones que lleva a cabo.
- 2) Se mantiene estable en el tiempo, y puede permanecer así durante largos períodos, aunque no es necesariamente constante. Puede soportar cambios menores como resultado de la capacitación recibida, cambios en las condiciones de trabajo, factores evolutivos u otras circunstancias relacionadas con la vida del terapeuta.
- 3) Cuando tales cambios son muy intensos, pueden causar una transformación temporal o permanente en el estilo personal.
- 4) Se compone de un conjunto de dimensiones relacionadas con las diversas funciones que conforman una acción psicoterapéutica. Hemos identificado las siguientes nociones: (i) Instruccional (establecer el entorno); (ii) Expresivo (comunicación emocional); (iii) Compromiso; (iv) Atencional (recopilación de información); (v) Operativo (implementación instrumental).
- 5) Se puede evaluar por medio de un cuestionario auto descriptivo que cubre elementos que representan las diferentes dimensiones.

PST es la combinación única de puntos obtenidos por cada terapeuta en ese inventario (PST-Q). Se expresa a través de un perfil donde cada punto corresponde a una dimensión o función particular.

4. Dimensiones

Fernández-Álvarez (2008) detalla que el EPT depende de tres factores: a) su posición socioprofesional, b) su situación vital y c) los modos dominantes de comunicación que emplea.

a) La posición Socioprofesional del terapeuta

Toda psicoterapia resulta de una cierta relación entre demanda y oferta (Orlinsky y Howard, 1986; Orlinsky, Grawe y Parks, 1994, citado por Fernández-Álvarez, 2008). Esta última depende del lugar que ocupa el terapeuta en el circuito socioprofesional donde se desempeña. Fernández-Álvarez (2008) considera que para comprender la variación del estilo personal de un terapeuta en gran medida se debe partir del sistema asistencial (liberal, público-comunitario, empresas de seguros de salud, entre otros) dentro del cual ejerce su práctica y del tipo de relación laboral (independiente, contrato ocasional, asalariado) que le vincula con su actividad. La operación de estos factores queda sintetizada en la posición que el terapeuta cree ocupar dentro de su campo profesional. Sumado a ello, Fernández-Álvarez (2008) reconoce en segundo lugar, los modos culturales y las actitudes de interacción habituales que el terapeuta emplea en sus intercambios personales, constituyendo una impresión activa que recae en toda su actividad profesional. Por último, Fernández-Álvarez (2008), advierte que las condiciones de la constitución del dispositivo terapéutico están influenciadas mayormente por la distancia entre la posición socioprofesional del terapeuta y la condición socioeconómica del paciente. Donde los fracasos terapéuticos están asociados a

grandes distancias en cualquier dirección. Pudiendo afirmarse que en la relación terapéutica las diversidades culturales acentuadas entre paciente y terapeuta generan limitaciones para el desarrollo de la actividad. Aunque en algunos casos es útil ciertos grados de diferencia para impulsar procesos de cambio. Por ello, no se debe concluir que deba existir una homogeneidad sociocultural integral entre paciente y terapeuta.

b) La situación vital del terapeuta

La síntesis de las circunstancias vitales y de relación con el marco teórico conformar uno de los factores que afectan el estilo personal del terapeuta. Fernández-Álvarez (2008) describe variables básicas como el sexo, las características físicas, intelectuales y emocionales, el nivel de conocimiento general y otras dimensiones que hacen al modo de ser de la persona del terapeuta. Asimismo, señala Fernández-Álvarez (2008) la importancia de la variable de la experiencia del terapeuta, tanto en lo que respecta a su vida cotidiana como a su actividad profesional. Donde las situaciones vitales por las que atravesó el terapeuta influyen de modo decisivo al facilitar o dificultar su capacidad en la manera como resuelve los problemas específicos que afronta en su actividad. En la experiencia profesional dirá Fernández-Álvarez (2008) que un elevado nivel de experiencia en general, o en relación con un tipo de problema en particular, puede producir negativamente que el terapeuta incurra en la propensión a generalizar situaciones, a sobre imponer casos anteriores acerca de la situación actual o a reducir su motivación. Mientras que en los

terapeutas más noveles se podría observar mejor disposición para arriesgar decisiones críticas o para enfrentar con mayor voluntad el tratamiento de problemas severos. Por ello, también es de particular relevancia el sistema de valores que emplea el terapeuta para contextualizar su labor, existiendo numerosas aproximaciones al tema (Beutler, 1983; Hamblin, Beutler, Scogin y Corbishley, 1993; Walsh, 1995, citado por Fernández-Álvarez, 2008).

c) Los modos dominantes de comunicación que emplea

El terapeuta durante el desempeño de cualquier acto psicoterapéutico, debe cumplir con una serie de acciones. Fernández-Álvarez (2008) describe que los modos de comunicación que cada terapeuta emplea representan el factor más idiosincrásico que opera integradamente moldeando las aplicaciones de una técnica específica hacia acciones estilísticas primordiales e imprimiendo su sello personal de ejercer la práctica. Fernández-Álvarez (1998, citado por Corbella y Botella, 2004) expone que se han identificado aquellas funciones más significativas, siendo las siguientes: Instruccional, Atencional, Expresiva, Operacional, Evaluativa e Involucrativa. Es así que para Corbella y Botella (2004a) cada función se representa mediante una dimensión continua bipolar, tal como lo detalla:

- **Instruccional.** Instalación y ajuste del dispositivo terapéutico. Los terapeutas fluctúan entre RÍGIDOS y FLEXIBLES.

- **Atencional.** Selección de los elementos necesarios para avanzar en el trabajo terapéutico. Los terapeutas fluctúan entre **ACTIVOS** y **RECEPTIVOS**.
- **Expresiva.** Manera de relacionarse afectivamente con el paciente. Los terapeutas fluctúan entre **PRÓXIMOS** y **DISTANTES**.
- **Operacional.** Modo de cumplimiento de las tareas. Los terapeutas fluctúan entre **PAUTADOS** (**REGLADOS**, **DIRECTIVOS**) y **ESPONTÁNEOS** (**INTUITIVOS**, **NO DIRECTIVOS**).
- **Evaluativa.** Juicio sobre el modo en que se logran los objetivos.
Los terapeutas fluctúan entre **ESTIMULADORES** (dirigidos al resultado) y **CRÍTICOS** (dirigidos a la comprensión).
- **Involucración** (Compromiso). Modo en que el terapeuta se involucra en su tarea. Los terapeutas fluctúan entre **MUY COMPROMETIDOS** Y **POCO COMPROMETIDOS**.

5. Funciones

Corbella y Botella (2004) puntualizan que el estilo personal del terapeuta está compuesto principalmente por los posicionamientos y actitudes terapéuticas, pudiendo ser simplificados en los modos dominantes de comunicación que utiliza el terapeuta. Estos modos dominantes responden hasta cierto punto a la orientación teórica a la que se adhiere el terapeuta y desde los cuales proporciona estrategias básicas de intervención en el acto terapéutico. Fernández-Álvarez y García (2019),

observan que el proceso terapéutico puede considerarse como un fenómeno comunicacional en el que se intercambia permanentemente información tanto verbal como no verbal. Una situación dialógica entre una persona que solicita ayuda y un profesional dispuesto a brindarla. Ahí se despliegan durante ese proceso comunicacional funciones vinculadas a las acciones de los terapeutas, las cuales fueron consideradas centrales por el EPT para su presentación de cada una de ellas como a continuación:

a) Función Instruccional

Esta función para Fernández-Álvarez y García (2019), consiste en las conductas que realiza el terapeuta con el propósito de establecer y regular el dispositivo de la terapia. Comenzando desde la instalación del sistema de normas y reglas, así como la disposición de las tareas que deben cumplirse en el curso de las sesiones. Siendo una función fundamentalmente normativa, teniendo como dimensiones más representativas la variación entre los polos de “flexibilidad en comparación de rigidez” y “asimetría moderada comparada con asimetría acentuada” (Fernández-Álvarez, 2008).

Dentro de esta función explica Fernández-Álvarez (2008) que los terapeutas de estilo rígido prefieren establecer límites muy definidos frente a sus pacientes, pudiendo expresar la necesidad de un fuerte deseo de control respecto de los acontecimientos que pueden ocurrir durante el tratamiento, esto casi siempre suele ser un índice de inseguridad del terapeuta; no obstante, ello puede favorecer el trabajo con pacientes severos o con aquellos que presentan

dificultades manifiestas para respetar las consignas terapéuticas. Aunque el mayor inconveniente de un estilo rígido suele ser la tendencia a uniformar situaciones clínicas que requieren intervenciones diversificadas.

Asimismo, Fernández-Álvarez (2008) en relación a lo anterior expone que, no siempre la flexibilidad es la mejor opción, más aún en los pacientes con tendencias autodestructivas que pueden beneficiarse de esquemas de intervención más rígidos; sin embargo, cuando en el terapeuta prima la flexibilidad, tiende a ajustar dicho límite, de acuerdo con las condiciones que le presenta cada contexto específico o cada relación en particular.

b) Función Expresiva

Fernández-Álvarez y García (2019), dirán que esta función consiste en las acciones que impulsa el terapeuta para sostener la comunicación emocional con el paciente. De modo que se refiere, a la distancia emocional que cada terapeuta adopta de manera estándar para operar con sus pacientes. Este intercambio afectivo ha sido un aspecto nuclear de la empatía en los factores comunes de la terapia. Tal como lo resalta Fernández-Álvarez (2008), esta función está presente en todo momento de la psicoterapia desde los inicios de la gestación de la alianza terapéutica, las fases críticas del tratamiento y en las posibles rupturas de alianza. Teniendo esta función como dimensiones más representativas la variación entre los polos de “baja tonalidad emocional comparada con alta tonalidad emocional” y “corporal comparada con verbal”.

Para Fernández-Álvarez (2008) el modo de expresión emocional puede contribuir al éxito de un tratamiento, mediante la transmisión por parte del terapeuta hacia el paciente; donde la intensidad emocional puede requerirse a medida que aumenta la complejidad de un proceso terapéutico, severidad del problema, profundidad de los objetivos o de la duración total del tratamiento. Junto a ello se considera la expresión corporal que emplean algunos terapeutas en forma habitual durante sus comunicaciones expresivas como gestos faciales, ademanes, miradas, tonos de voz y movimientos corporales; mientras que otros terapeutas sostienen su expresividad por medio de modulaciones verbales como la fluidez verbal, la riqueza asociativa o los cambios de ritmo en la comunicación.

c) Función de Involucración (Compromiso Vincular)

Fernández-Álvarez y García (2019), explican que esta función representa el conjunto de conductas tanto explícitas como implícitas que el terapeuta está dispuesto a asumir respecto a su compromiso con su práctica profesional y, en especial, frente a sus pacientes. Refiriendo así el lugar que ocupa su actividad terapéutica en el contexto de su experiencia vital. Por lo cual la función Involucrativa junto a la función Expresiva podrían considerarse las más “Emocionales”. Fernández-Álvarez (2008), señala que esta función tiene como dimensiones más representativas la variación entre los polos de “nivel de compromiso interpersonal” (involucramiento del terapeuta ante el paciente) y “nivel de compromiso intrapersonal” (involucramiento del terapeuta ante sí mismo).

Los terapeutas que prefieren el compromiso intrapersonal e interpersonal focalizado, representan según Fernández-Álvarez (2008), aquellos que involucran en lo intrapersonal pocos aspectos de su vida personal en el trabajo en términos de tiempo, relaciones familiares y personales, expectativas económicas y de prestigio social; a su vez en lo interpersonal sólo se sienten cómodos para trabajar con casos no muy severos y con pacientes con alto grado de autonomía personal desde programas terapéuticos focalizados y de corta duración, buscando que la relación con el paciente no implique un fuerte involucramiento personal.

Su polo contrario estará representado tal como lo señala Fernández-Álvarez (2008), por terapeuta que se siente comprometido en forma más global con su tarea, lo que afecta y repercute sobre muchas áreas de su vida personal; aun así, son aquellos que prefieren tratamientos con pacientes más perturbados, eligiendo formas terapéuticas más abiertas y extendidas en el tiempo, trabajando a gusto cuando existe un fuerte grado de involucramiento en la relación de ayuda que mantienen con sus pacientes.

d) Función Atencional

Esta función según Fernández-Álvarez y García (2019), está asociada a la capacidad atencional o a las acciones más activas que moviliza el terapeuta para recoger determinada información del paciente de manera receptiva, donde las acciones dominantes son la escucha y las preguntas. Esta información relevante permitirá plantear la intervención más adecuada que posibilite

cambios terapéuticos y de resultados en el tratamiento. Por esta razón la dimensión atencional está profundamente asociada a la operacional. Fernández-Álvarez (2008), presenta la variación de dimensiones más representativas de esta función entre los polos de “actividad comparada con receptividad” y “concentración comparada con apertura”.

Los terapeutas que orientan su atención de manera activa buscan generar la disposición en el paciente para proveer nuevas informaciones o direccionar de manera específica las informaciones ya presentadas anteriormente. Fernández-Álvarez (2008) explica que en esta función de posicionarse frente al paciente de manera concentrada se trabaja con un abordaje terapéutico muy estructurado, con el fin de obtener el registro de algunas informaciones bien definidas; estando presente en terapeutas que manifiestan un interés hacia problemas o trastornos bien delimitados o prefieren modelos ortodoxos, así como en quienes trabajen con pacientes en situaciones de emergencia o necesitados de soluciones rápidas, a corto plazo.

Mientras que el terapeuta que actúa de manera receptiva, permite a su atención estar pendiente de las emisiones espontánea del paciente, al igual que dentro del modelo psicoanalítico denominado atención flotante; estos terapeutas del estilo abierto trabajan con distintos tipos de problemas y están habituados a operar en múltiples niveles de intervención, prefiriendo modelos más eclécticos de trabajo (Fernández-Álvarez, 2008).

e) **Función Operativa**

Como lo menciona Fernández-Álvarez y García (2019), esta función se exterioriza a través del grado de las acciones de influencia o de directividad con que el terapeuta opera en sus intervenciones específicas; o por la predilección que muestra para utilizar procedimientos pautados o espontáneos desde una forma de como incidir sobre el paciente en el curso de la terapia, no debiendo confundirse con las técnicas terapéuticas. La dimensión operativa y atencional podrán contemplarse como las funciones más “Cognitivas” del EPT. Esta dimensión varía entre los polos de “directividad comparada con persuasión” y “lógica comparada con retórica” (Fernández-Álvarez, 2008).

La directividad operativa empleada por los terapeutas se verá facilitada cuando existan objetivos muy detallados a lograr con el tratamiento en la terapia a partir de instructivos definidos sobre las tareas a cumplir por el paciente. Siendo para Fernández-Álvarez (2008) este polo de la dimensión de la función operativa donde los terapeutas que emplean un estilo lógico consideran que el paciente puede acceder a desentrañar los mecanismos que gobiernan los procesos de cambio involucrados en su tratamiento. Por ello un modo lógico de operar favorece la transferencia de los principios técnicos a diferentes situaciones y su posterior comparación, pero reduce la posibilidad de innovar.

Consciente de lo anterior, Fernández-Álvarez (2008) añade que mientras que en aquellos terapeutas que utilizan modos persuasivos predomina el interés

por innovar basada sobre todo en el uso de figuras retóricas, con el propósito de volver inteligible la marcha del proceso terapéutico y conseguir una mayor participación del paciente, propio de aquellos tratamientos que involucran la personalidad global del individuo. Sosteniendo que una concepción del cambio es un fenómeno más distanciado a la comprensión del paciente.

f) Función Evaluativa

Para Fernández-Álvarez y García (2019), esta función se podría considerar como relacionada al grado de motivación que el terapeuta impulsa en los pacientes. Debido a que esta función representa las evaluaciones que el terapeuta va realizando sobre el modo en que se logran los objetivos durante el proceso terapéutico. Sin embargo, esta función no aparece en el instrumento final que evalúa el EPT, no se le considera por razones empírico metodológicas. Fernández-Álvarez (2008), detalla que esta dimensión varía entre los polos de “optimismo comparado con criticismo” y “centrada en los medios comparada con centrada en los efectos”.

g) La integración del estilo personal y la técnica terapéutica

Fernández-Álvarez (2008) señala que según la extensión de la psicoterapia y los modos comunicacionales pueden presentar los diversos polos de las funciones; teniendo en consideración que los terapeutas más adecuados para las terapias según la extensión en el tiempo son quienes compartan los perfiles de las características estilísticas tal como lo siguientes:

- **Terapia breve**, instruccional: rigidez; atención: actividad y concentración, operacional: directividad y lógica; expresiva: baja tonalidad; compromiso: distancia.
- **Terapia intermedia**, propio para los terapeutas con valores medios.
- **Terapia prolongada**, instruccional: flexibilidad; atención: receptividad y apertura; operacional: persuasión y retórica; expresiva: alta tonalidad; compromiso: proximidad.

Teniendo en consideración fenómenos semejantes a los mencionados, se presenta las aclaraciones de Fernández-Álvarez (2008, p. 26, 27):

- 1) Terapeutas que operan en forma eficiente en terapias individuales suelen tener estilos que privilegian una asimetría acentuada, mientras que la asimetría moderada es característica de quienes se desempeñan con eficacia en las terapias grupales.
- 2) Terapeutas interesados en ayudar a personas con enfermedades físicas y terminales, por lo común, presentan estilos evaluativos optimistas; estilos más críticos se suelen encontrar entre los terapeutas acostumbrados a trabajar con pacientes adultos sin trastornos de gran severidad.
- 3) Los terapeutas que trabajan en localidades pequeñas casi siempre muestran un estilo interpersonal próximo, mientras que los que se desempeñan en grandes centros urbanos (sobre todo cuando trabajan dentro de grandes organizaciones), manifiestan predominio de un estilo interpersonal distante.

- 4) Aunque no exista un EPT unificado y totalizador, correspondiente a un modelo integrativo, es posible afirmar que existe un perfil de terapeuta que facilite tal actitud integrativa. Se trata de un terapeuta capaz, por sobre todas las cosas, de moldear sus intervenciones de acuerdo con cada situación concreta que le concierna enfrentar. Tendrá un estilo definido en algunas dimensiones como alta flexibilidad y función atencional abierta, y, en muchas dimensiones, podrá variar a lo largo del continuo, pues el carácter integrativo de su práctica lo volverá proclive a elegir, de manera alternativa, entre distintas opciones.

En relación Casari, Ison y Gómez, en prensa, a, (citado por Casari et al., 2019), en una investigación reciente exploró la agrupación de perfiles del EPT en 546 terapeutas argentinos, donde incluyó también las variables de personalidad y el enfoque teórico, además de las funciones del EPT en la conformación de los conglomerados. Se encontró que los psicólogos se podrían agrupar en 4 grupos diferentes (Pág. 101, 102):

- 1) **Terapeutas "directivos y vulnerables"**, ya que además del desarrollo elevado en las funciones atencional y operativa (similar al conglomerado 1 del estudio de Fernández-Álvarez et al., 2017), a nivel de personalidad se trata de terapeutas con menor estabilidad emocional, reservados y solitarios, más bien competitivos y conservadores. Aquí se ubica la mayoría de los terapeutas cognitivo-conductuales, integrativos y sistémicos.

- 2) **Terapeutas "emocionales"**, dan mayor importancia a la parte afectiva de su rol, privilegian la cercanía emocional y manifiestan un alto compromiso con la tarea, así como también son flexibles en el encuadre terapéutico y un tanto hedonistas. Este perfil es similar, en parte, a uno de los grupos reportados en otro estudio (Quiñones Bergeret et al., 2010) y está representado predominantemente por terapeutas humanísticos existenciales y gestálticos.
- 3) **Terapeutas "psicoanalistas"**. Se trata de un perfil con atención abierta, intervenciones espontáneas, bajo nivel de compromiso con la tarea (quizás buscando mayor distancia con su vida personal), una forma de manejarse más bien distante a nivel emocional y una predominancia rígida en el encuadre terapéutico. Solo en este último aspecto coincide con uno de los perfiles de terapeutas mencionados en un estudio previo (Quiñones Bergueret et al., 2010). Recibe este nombre porque en su mayoría está compuesto por terapeutas psicoanalíticos.
- 4) **Terapeutas "proactivos"**. Remitiría a un grupo de terapeutas con alto desarrollo de las dimensiones de personalidad: enérgicos, cooperadores, comprometidos, estables emocionalmente y creativos. No son terapeutas que se destaquen por cualidades profesionales sino más bien personales, está representado por aquellos que se definen como integrativos y sistémicos.

C. Alianza Terapéutica

1. Antecedentes

Corbella y Botella (2004) sitúan los inicios históricos de la conceptualización del término alianza terapéutica en los escritos de Freud de 1912 titulado “la dinámica de la transferencia”, en cual esbozo la importancia de que el terapeuta mantenga un interés y una actitud comprensiva hacia al paciente para habilitar que la parte más saludable del cliente construya una relación positiva con su analista. Asimismo, Freud en sus primeros escritos (1913, citado por Corbella y Botella, 2004) expone que el afecto del paciente hacia el analista puede verse como una transferencia positiva y beneficiosa que revestía de autoridad al analista, vinculado a la aceptación y creencia de las interpretaciones y explicaciones que realizaba el terapeuta. Corbella y Botella (2004) refiere que Freud (1913) sugirió la importancia de la porción de consciencia intacta del sujeto en la aportación de capacidades y aptitudes para desarrollar un compromiso con el terapeuta “real” para proceder el tratamiento; a su vez Freud en sus escritos posteriores resalto el trabajo con las interpretaciones de la transferencia del paciente, porque una transferencia positiva podía distorsionar la relación real existente entre ambos.

Freud (1940-1959) diferencia según Muran y Safran (1998, citado por Fundación Meniños y Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar (UIICF) de la Universidade da Coruña, 2011) la ‘alianza’ de la ‘transferencia’. Donde la alianza de trabajo desde la perspectiva psicoanalítica estaría vinculada con la transferencia «no objetable» o «positiva» (Freud, 1940), expresado como la confianza y el afecto del paciente hacia el terapeuta, y que brindan la base y la motivación para el compromiso

terapéutico; es decir, aspectos que no son objeto del análisis. Mientras que la transferencia se refiere al desplazamiento de los sentimientos, impulsos y necesidades del paciente concernientes con otras personas significativas para él, dirigidos hacia el analista que requieren ser examinados.

Richard Sterba (1934, 1940, citado por Corbellla y Botella, 2004) participó en el establecimiento de los cimientos sobre los que se desarrolló el concepto de alianza, destacando la identificación positiva del paciente con su terapeuta, siendo relevante para trabajar en conjunto hacia la consecución de tareas terapéuticas establecidas. Safran y Muran (2005) mencionan que Sterba (1934, 1940) resaltó la importancia de ayudar al paciente a formar una “partición terapéutica en el ego”, desde un esfuerzo por separar la racionalidad y la irracionalidad. Mientras que Otto Fenichel (1941, citado por Safran y Muran, 2005) describió la conceptualización de Sterba sobre la alianza como la “transferencia racional”, y Leo Stone (1961, citado por Safran y Muran, 2005) aludió a ella como la “transferencia madura”.

Elizabeth Zetzel (1956, citado por Corbella y Botella, 2004) diferenció entre transferencia y alianza explicando que en la relación entre terapeuta y paciente la alianza es la parte no neurótica que viabiliza el insight y el uso de las interpretaciones del terapeuta para distinguir entre las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta. Zetzel (1956, 1966, citado por Safran y Muran, 2005) respaldó formalmente por primera vez que la alianza terapéutica es imprescindible para la efectividad de cualquier intervención terapéutica.

Ralph Greenson (1967, citado por Corbella y Botella, 2004) fue el primero en usar por primera vez el concepto de alianza terapéutica. Greenson (1967, 1971, citado por Safran y Muran, 2005) describía la relación terapéutica como una configuración de transferencia y una relación real, aunque distinguía que el límite era algo artificial. Para él la relación real representa la respuesta humana mutua del paciente y del terapeuta entre sí; conteniendo la confianza, las percepciones no distorsionadas, el aprecio, y el respeto legítimo por el otro. Greenson veía que el núcleo esencial de la alianza era la relación real, del mismo modo que Sterba, preponderaba la importancia de la racionalidad y la objetividad en terapia. Así, para Greenson la capacidad del terapeuta y del paciente para trabajar intencionadamente juntos en el tratamiento que ellos habían aceptado representaba la alianza de trabajo, aunque sin desmerecer totalmente las reacciones de transferencia del paciente, que podrían reforzar la alianza. Con este nuevo concepto según Muran y Safran (1998, citado por Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009), Greenson (1967) produjo un cambio en la visión de los analistas para emprender intervenciones distintas de la interpretación de la transferencia y comenzaron a adoptar una posición terapéutica que no fuera la de la estricta neutralidad.

Lawrence Friedman (1969, citado por Safran y Muran, 2005) consideraba que los elementos racionales e irracionales incluyendo la transferencia maternal más infantil se unificaban en la alianza. Coincidiendo, Phyllis Greenacre (1968, citado por Safran y Muran, 2005) y Joseph Sandler y sus colaboradores (Sandler, Holder, Kawenoka, Kennedy & Neurath, 1969, citado por Safran y Muran, 2005) veían que la idea de “transferencia básica o primaria” está vinculada con el concepto de alianza.

Friedlander et al. (2009) recuerda que en la alianza terapéutica se hacen presente elementos tanto intrapersonales como interpersonales en la relación paciente y terapeuta. Siendo Strupp (1973, citado por Friedlander et al., 2009) el primero en reconocer este punto y sustentar que la alianza es un constructo panteórico que traspasa diferentes modelos teóricos y que influye en la eficacia del terapeuta, no solamente en el contexto de la psicoterapia psicoanalítica, sino en todos los modelos de terapia, aunque use técnicas diferentes (analíticas, de modificación de conducta, Gestálticas, etc.). Por ello para Strupp, la terapia tiene que ver con el aprendizaje, y el aprendizaje comprende la identificación y la imitación, y ambas demandan que el cliente esté abierto a la influencia de una figura significativa, fiable, muy parecida a la de un buen progenitor (Henry y Strupp, 1994, citado por Friedlander et al., 2009). Tal como lo señalan Raue y Goldfried (1994, citado por Friedlander et al., 2009) que, en la teoría del aprendizaje social, los lazos afectivos fortalecen el valor de refuerzo del terapeuta, facilitan el modelado y suscitan expectativas positivas.

El movimiento humanista también prestó especial atención al papel de la alianza terapéutica, Rogers (1951, 1957, citado por Corbella y Botella, 2004) defenderá que en el proceso psicoterapéutico el terapeuta debe asumir tres características fundamentales: ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente para establecer una relación efectiva.

Al final de la década de 1970, Bordin (1979, citado por Friedlander et al., 2009) sugirió una definición panteórica que englobaba varios de los elementos ya señalados. Corbella y Botella (2004) rescatan que las consideraciones de Sterba inspiraron vagamente uno de los componentes de la conceptualización de Bordin de la alianza.

Greenson (1965, 1967, citado por Corbella y Botella, 2004) aclaró hasta cierto punto las dudas sobre el papel de la transferencia, que posibilitaron la definición de la alianza en Bordin (1976, 1979, 1994, citado por Corbella y Botella, 2004), de modo que las principales escuelas terapéuticas se sintiesen cómodas con el inicio de un concepto común en todas las orientaciones. Para Bordin (1994), la alianza terapéutica está constituida por tres componentes, uno de los cuales es el vínculo terapéutico.

2. Definición

La definición panteórica de la alianza hecha por Edward Bordin (1979, citado por Friedlander et al., 2009) es el modelo de alianza más heurístico y el que ha tenido mayor atribución, tanto en la terapia individual como en la conjunta. Bordin definió la alianza como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes: (1) el acuerdo entre el terapeuta y el cliente acerca de las metas del tratamiento, (2) el acuerdo de ambos sobre las tareas necesarias para conseguir esos objetivos, y (3) los lazos afectivos necesarios entre ellos para sostener el a veces arduo trabajo que representa el cambio terapéutico.

De manera que, a partir de esa conceptualización, la alianza terapéutica representa la cualidad y la fortaleza de la relación de colaboración entre el cliente y el terapeuta incluyendo “los lazos afectivos entre ambos, tales como la confianza mutua, el consenso en el respeto y el interés..., un compromiso activo con las metas de la terapia y con los medios para alcanzarlas..., y un sentido de asociación” (Horvath y Bedi, 2002, pág. 41, citado por Fundación Meniños y UIICF, 2011, pág. 48-49).

Feixas y Miró (1993) respaldan que la relación entre terapeuta y cliente es uno de los elementos distintivos esenciales de toda psicoterapia, que se trata de una relación de carácter profesional donde se desprenden otras características de la relación terapéutica, tales como su asimetría, su carácter retributivo y su encuadre.

Independientemente del encuadre (externo), proveniente del modelo psicoanalítico se habla de encuadre interno, o de la actitud del analista, necesarias para una adecuada relación terapéutica que faciliten el proceso de transferencias. Debido a ello los diferentes modelos terapéuticos sugieren visiones particulares de lo que debe ser la relación terapéutica. Así, por ejemplo, según Feixas y Miró (1993) veremos que desde el modelo psicoanalítico pueden ser actitudes neutrales y de reserva, mientras que en el humanístico-existencial se destaca la calidez personal mediante las actitudes de empatía, consideración positiva y autenticidad; desde el modelo conductual, aunque se enfatiza menos esta cuestión, se propone al terapeuta como objeto de modelamiento y reforzador de las conductas apropiadas; desde el modelo cognitivo se propone una relación de guía orientador; y el modelo sistémico sugiere que el terapeuta se sitúe en una posición de equidistancia con relación a las posturas de los distintos miembros de la familia u otros implicados en el problema.

3. Características y principios

Según el documentado resumen de Horvath y Luborsky (1993, citado por Corbella y Botella, 2004a) sobre la alianza terapéutica:

- 1) Ésta correlaciona con las condiciones facilitadoras rogerianas (consideración, empatía, aceptación incondicional y congruencia) pero predice el éxito de la terapia mejor que dichas condiciones.
- 2) Su capacidad para predecir el resultado de la terapia no depende de la duración de ésta, y se ha demostrado en terapias desde 4 hasta 50 sesiones. Tampoco depende de la orientación teórica de la terapia y se ha demostrado en terapias conductuales, cognitivas, sistémicas, gestálticas y psicodinámicas.
- 3) En las primeras fases de la terapia, la respuesta del paciente se basa en su evaluación de si el terapeuta es atento, sensible, compasivo y capaz de ayudar. Más adelante se basa en los componentes cognitivos más evaluativos o colaborativos de la alianza y en la capacidad de establecer una relación recíproca.
- 4) La vivencia de una relación colaborativa y participativa por parte del paciente es clave para el establecimiento y mantenimiento de la alianza.
- 5) Las intervenciones focalizadas en advertir y cuestionar los patrones relacionales disfuncionales que se están reactivando en la terapia, si son aceptados por el paciente de forma colaborativa e implicada, contribuyen a reforzar la alianza.
- 6) Las variables del paciente que dificultan el establecimiento de una buena alianza son: dificultades para establecer relaciones sociales, malas relaciones familiares, pocas esperanzas de éxito terapéutico, elevada defensividad y poca mentalidad psicológica.

- 7) Las fases críticas para la alianza son dos: (1) desarrollo inicial en las cinco primeras sesiones; y (2) cuestionamiento de los patrones de vida neuróticos del paciente (esta crisis se ha de superar para que la terapia continúe; el foco del terapeuta en las relaciones en lugar de en problemas concretos y la capacidad de paciente para responder manteniendo la implicación contribuyen a la superación de dicha crisis).

4. Dimensiones

Según Bordin (1979, citado por Safran y Muran, 2005), la potencia de la alianza terapéutica deriva del grado de acuerdo entre paciente y terapeuta sobre las tareas, los objetivos de la terapia, y de la calidad del vínculo relacional entre ellos. Teniendo como componentes:

a) Las tareas de la terapia

Las tareas de la terapia a lo cual hace referencia Bordin (1979, citado por Safran y Muran, 2005), consisten en las actividades específicas (tanto abiertas como encubiertas) que el paciente debe ejecutar para beneficiarse del tratamiento. Para Feixas y Miró (1993, p.29) el acuerdo con el paciente acerca de los medios que son adecuados para conseguir los objetivos propuestos son muy importantes; brindando un ejemplo donde, “ciertamente, si cliente y terapeuta concuerdan en que la finalidad de la terapia es resolver una depresión, pero el terapeuta cree que la forma de hacerlo es explorando sus emociones y el cliente espera prescripciones directas, la alianza terapéutica no será muy positiva”.

b) Los objetivos de la terapia

Los objetivos de la terapia que Bordin (1979, citado por Safran y Muran, 2005) señala, son los objetivos generales hacia los que se dirige el tratamiento. Para Feixas y Miró (1993, p.29) este componente se trata de si cliente y terapeuta establecen sus esfuerzos en la misma dirección, estableciendo que:

“a veces, el cliente presenta un síntoma y está más interesado en resolverlo que en entender sus orígenes y causas. Si la meta del terapeuta es un análisis profundo del problema y sus orígenes, probablemente la alianza terapéutica no será muy buena. Igualmente, si el cliente está más preocupado por entender con profundidad su problema que por su resolución inmediata, y el terapeuta insiste en modificar únicamente el síntoma, la alianza no estará muy bien establecida.”

c) Vínculo entre Paciente y Terapeuta

El componente del vínculo de la alianza que desarrollo Bordin (1979, citado por Safran y Muran, 2005) consiste en la calidad afectiva de la relación entre el paciente y el terapeuta (p.ej., el grado en que el paciente se siente comprendido, respetado, valorado, apoyado, no juzgado, etc.). La calidad del vínculo media el grado en que el paciente y el terapeuta son competentes de negociar un compromiso sobre las tareas y objetivos de la terapia y estas a su vez, a su vez, determinan la calidad del vínculo. Es así que las dimensiones del vínculo, de la tarea y de los objetivos de la alianza se influyen entre sí y de un modo permanente.

5. Funciones

Salgado, (2016) recuenta a Meissner (2006, 2007), quien sostiene que la alianza terapéutica es fundamental en todas las formas de terapia; a su vez a Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold (2012), quienes indican que los terapeutas más efectivos tienen la capacidad de formar alianzas terapéuticas con pacientes a lo largo de todo el rango de patologías; encontrándose la alianza terapéutica asociada a un mejor adherencia, motivación y menor tasa de abandono (Sharf, Primavera, & Diener, 2010) a lo largo de distintos tipos de tratamientos y trastornos (Keller, Zoellner, & Feeny, 2010, en Salgado, 2016). Siendo oportuno conocer los tipos de rupturas de alianza terapéutica para posibilitar su resolución, tal como las siguientes:

a) Por Distanciamiento

En este tipo de ruptura el paciente se somete a los deseos del terapeuta, tan sutilmente que el terapeuta se dificulta en identificar dicha adaptación en el cual el paciente presenta dificultades para expresar sus preocupaciones o necesidades sobre la relación terapéutica (Salgado, 2016). Recurriendo el paciente a expresar sus preocupaciones indirectamente o atenuándolas, debido a retraerse o desconectarse parcialmente de sus propias emociones y del proceso terapéutico, por experiencias de condescendencia o temor de enojar al otro. Mitchell et al. (2011, citado por Salgado, 2016) refiere a Horney (1950), que en esta ruptura el paciente puede llegar a negar un aspecto de su propia experiencia frente al terapeuta, al ser demasiado respetuoso o aplacado; optar por alejarse del terapeuta evitando sus preguntas.

b) Por Confrontación

En este tipo de ruptura el paciente presenta insatisfacción en la relación terapéutica, expresado mediante enojo o resentimiento hacia el terapeuta, debido a una tendencia de experiencias de decepción y bronca, esperando ver en el terapeuta una persona más que lo decepcionará, pudiendo ser despertadas por los inevitables errores y limitaciones del clínico al no considerar que estos pacientes tienen ya mucho tiempo un deseo de apoyo y cuidado, que no ha sido llenado (Salgado, 2016). Debido a lo cual, siguiendo los conceptos de Horney (1950), Mitchell et al. (2011, citado por Salgado, 2016) sustentará que el paciente en la ruptura por confrontación participará en la relación terapéutica en una forma no colaborativa, buscando presionar o controlar el abordaje a través de la expresión de su enojo o insatisfacción, realizando demandas y quejas hostiles acerca del terapeuta o del tratamiento.

c) “Misceláneos”

Mitchell et al. (2011, citado por Salgado, 2016) señalan un tercer subtipo, donde el paciente actúa de forma seductora hacia el terapeuta, o se comporta de forma casual, tal que se vuelve inadecuado en un contexto terapéutico.

d) Resolución de Rupturas

Salgado (2016) señala que para Baillargeon et al. (2012) y Safran (1990) que cuando las acciones del terapeuta son consistentes con el patrón interpersonal disfuncional del paciente, él en realidad está perpetuando el ciclo cognitivo interpersonal disfuncional. En su lugar, si el terapeuta puede

evitar participar del ciclo cognitivo interpersonal del paciente, este enfrenta un gran desafío experiencial de cara a sus creencias disfuncionales. Generalmente, las rupturas en la alianza ocurren cuando las acciones del terapeuta confirman la estructura cognitiva disfuncional del paciente. Una ruptura crea una situación única que permite la exploración de expectativas, creencias, emociones y procesos de evaluación que juegan un rol central en las relaciones interpersonales disfuncionales del paciente.

El nivel de la alianza terapéutica es un reflejo momentáneo del presente de cada encuentro terapéutico. Como señala Swank (2013, citado por Salgado, 2016), la alianza terapéutica no es constante, y estos cambios del nivel se tratan de procesos normales e inevitables, que se van modificando a lo largo del proceso terapéutico. De igual forma para (Baillargeon et al., 2012; Pinsof & Catheral, 1986; citado por Salgado, 2016), la alianza terapéutica es un fenómeno dinámico que cambia dentro de un mismo sistema terapéutico durante el proceso. Siendo adecuado alianzas terapéuticas de buena calidad, asociadas con un gran rango de resultados positivos (Baillargeon, Coté, & Douville, 2012, citado por Salgado, 2016); mientras que alianzas terapéuticas de baja calidad están asociados con rupturas de desconexión emocional entre el paciente y el terapeuta, y posible abandono o fracaso del tratamiento (Aspland et al., 2008, citado por Salgado, 2016). Debido a ello resulta es de importancia vital entender como reparar y reconstruir la alianza terapéutica (Swank, 2013, citado por Salgado, 2016); al estar está relacionada a la disminución o incremento de los diferentes puntos del proceso terapéutico.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

I. TIPO, MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tratamiento dado al presente estudio está dentro del método de investigación de enfoque cuantitativo, por la aplicación de instrumentos psicométricos estandarizados para la evaluación de las variables buscando dar respuesta al problema planteado.

Se trata de un estudio con diseño no experimental transversal, ya que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios en los que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables (Hernández Sampieri, 2014), al no intervenir directamente en el estudio, el mismo tiene un carácter empírico; donde los diseños transeccionales recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Hernández Sampieri, 2014).

El tipo de investigación es correlacional; debido a que estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado (Hernández Sampieri, 2014); ya que mide las variables para establecer el grado de covariación entre las mismas en relación al objeto de investigación.

II. POBLACIÓN Y MUESTRA:

A. Población:

La población del estudio pertenece a los psicólogos de la ciudad de Cusco; para ello se hizo uso de una técnica de muestreo no-probabilístico por conveniencia donde se examinaron una muestra.

B. Muestra:

Una muestra integrada por 20 psicólogos de ambos sexos, 9 varones y 11 mujeres que ejercen dentro del sector de la salud pública o privada, sin tener necesariamente la especialización en psicología clínica o psicoterapia, pero que realizan la función de terapeutas, lo cual es muy usual dentro de nuestro sistema de salud; cuyas edades comprenden entre 24 a 61 años, con rango de 27 ($M = 35,40$; $DT = 7,40$), según el tiempo mínimo de formación profesional, y edad de jubilación anticipada; considerando como mínimo más de un año de dedicación ($M = 8,3$; $DT = 4,5$). Y como criterio de exclusión/inclusión: aquellos con más de dos años de inactividad quedan excluidos de la muestra (por no encontrarse en función vigente); atendiendo entre 2 a 200 clientes por mes ($M = 46,9$; $DT = 10,4$), cuyo criterio máximo por sostener un aproximado de 6 clientes al día; a razón de entre 20 a 120 minutos por cliente ($M = 54,5$; $DT = 12,1$ minutos), según los criterios de psicoterapia.

En el desarrollo del presente estudio, se mantendrán los principios éticos recomendados por la Sociedad Británica de Psicología (BSP) y la Asociación Americana de Psicología (APA), los mismos que consisten en lo siguiente: Se respetará el anonimato, la confidencialidad de los datos. En todos los casos en donde puedan ser presentados los resultados del presente estudio se reportarán datos globales, y por ninguna circunstancia, resultados personales. Asimismo, todos los participantes fueron informados del estudio; ninguno de ellos recibió compensación económica y todos completaron los instrumentos de valoración en forma individual.

III. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

Los instrumentos que utilizamos en nuestra investigación fueron los siguientes:

A. Ad-hoc (Ficha socio-demográfica):

Esta ficha fue elaborada para el propósito de esta investigación, basándonos en el formato de Parra (2017). El tiempo aproximado de aplicación es de 5 minutos. Se diseñó una entrevista estructurada para los psicólogos con algunas preguntas como, ejercicio de actividad (en años), número de clientes, carga horaria por sesión/consulta (en minutos), orientación terapéutica (Ecléctico, Cognitivo-Conductual, Psicoanálisis, Humanista-Existencialista, Sistémico, Integrativo, y Otros) y motivos de consulta (pareja, económica, laboral, salud, conflictos intrafamiliares, sentido de la vida / crisis espiritual, y otras). Para la calificación de esta ficha, se hace conjuntamente con los instrumentos posteriormente descritos.

B. Test de Empatía Cognitivo Afectiva (TECA):

Nombre:	TECA, Test de Empatía Cognitiva y Afectiva.
Autores:	Belén López-Pérez, Irene Fernández-Pinto y Francisco José Abad García.
Procedencia:	TEA Ediciones, S. A. (2008).
Validación en Perú:	Thalia Estefani Ponce Alzamora (2017)
Administración:	Individual y colectiva.
Ámbito de Aplicación:	Adultos que tengan al menos una formación escolar básica.
Duración:	Variable, entre 5 y 10 minutos incluidas las instrucciones de aplicación.
<p>Finalidad: El TECA es una medida global de la empatía, pero a su vez cuenta con 4 escalas que miden capacidades más específicas. Ello permite obtener una puntuación total y cuatro puntuaciones específicas, una por cada escala. La empatía como se ha señalado anteriormente, se puede dividir en dos aspectos. Por una parte, la dimensión cognitiva, que agrupa las escalas que se han denominado Adopción de perspectivas (AP) y la Comprensión emocional (CE). Por otro lado, la dimensión afectiva que engloba las escalas que se han llamado Estrés empático (EE) y Alegría empática (AE). Este instrumento está formado por 33 ítems a responder en una escala tipo Likert con valores comprendidos entre 1 y 5: (1) Totalmente en desacuerdo, (2) Algo en desacuerdo, (3) Neutro, (4) Algo de acuerdo, y (5) Totalmente de acuerdo. Donde una elevada puntuación indicaría una alta empatía.</p>	

Validez: El cuestionario no mide únicamente la empatía de forma global, sino que incluye diversas escalas que hacen referencia a los distintos elementos que forman la empatía. Por ello, el test de 33 ítems se divide a su vez en cuatro escalas de 8 ítems, a excepción de la que ha sido denominada CE, que está formada por 9 ítems. A esta estructura se llegó mediante un análisis factorial.

Uno de los principales objetivos en la construcción de este cuestionario es proporcionar una medida de la empatía que incluya todas aquellas dimensiones de dicho rasgo que se ha visto en trabajos anteriores, tanto teóricos como empíricos, que forman parte de dicho constructo.

Sin embargo, la definición de las dimensiones integrantes del TECA no se limitó a la distinción entre la empatía cognitiva y la empatía afectiva.

Por un lado, la empatía afectiva tradicionalmente se había venido considerando como compasión (Baston, 1991) o preocupación empática (Davis, 1980), es decir, como la capacidad de compartir las emociones negativas de los otros y sintonizar emocionalmente con ellas. Aquí se defiende que la empatía afectiva no solo incluye el Estrés empático, sino también su vertiente positiva, que se ha denominado Alegría empática. Ésta hace referencia a la capacidad de sintonizar emocionalmente con las alegrías y éxitos de los demás (Wispé, 1978). De esta forma se aporta una visión más completa de la empatía. (López-Pérez et al, 2008).

Sin embargo, no hay que considerar la alegría empática como un proceso paralelo al estrés empático sino como un proceso que funciona de forma diferente, es decir, es posible que un sujeto tenga altas puntuaciones en una de estas escalas y no en la otra o viceversa.

Por otro lado, Eisenberg y Strayer (1987) hizo una distinción entre la Adopción de perspectivas cognitiva y la afectiva. Sin embargo, en los cuestionarios previos únicamente se ha considerado a primera. Por ello, en la realización del TECA se ha tenido en cuenta también la Adopción de perspectiva afectiva mediante la escala Comprensión Emocional. (López-Pérez et al, 2008).

A pesar de que se ha considerado la empatía como un único rasgo, se han contemplado cuatro aspectos diferentes como constituidos del mismo: Adopción de Perspectivas, Comprensión Emocional, Alegría Empática y Estrés Empático.

Confiabilidad: La precisión de medida del instrumento fue evaluada mediante dos procedimientos (López-Pérez et al, 2008):

Por una parte, se calculó el coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades (r_{xx}) en el que se obtuvo $r_{xx} = 0,86$. Esto significa que, de las puntuaciones obtenidas en el test, un 86% de la varianza se debe a la variabilidad que los sujetos tienen en el rasgo evaluado y sólo un 14% se debe a errores de medida.

En segundo lugar, también se calculó el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach. Así, se obtuvo el valor $\alpha = 0,86$. A partir de este índice se puede concluir que el TECA presenta una consistencia interna buena, ya que es superior a 0,8 (Nunnally, 1978). Por otro lado, se comprobó que todos los ítems del cuestionario contribuían a la consistencia interna de la prueba, puesto que la eliminación de cualquiera de ellos conllevaría una reducción del coeficiente α .

También se ha calculado la consistencia interna de cada una de las cuatro escalas que componen el test. Todas las escalas obtienen valores de α iguales o mayores de 0,7. Por tanto, las escalas muestran una consistencia interna aceptable, especialmente si se considera el reducido número de ítems que las componen.

Estandarización: Este instrumento fue validado por Ponce (2017) en la Universidad Cesar Vallejo de Trujillo. Para la justificación estadística se realizó la distribución de las puntuaciones en las escalas, la fiabilidad, validez de contenido, validez factorial, validez referida a un criterio y validez predictiva.

C. Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C):

Nombre:	Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C)
Autores:	Fernández-Álvarez, H., y García, F.
Procedencia:	Argentina (1998).
Validación en Perú:	Daniel Kantor (2011).
Administración:	Individual.
Ámbito de Aplicación:	Adultos que tengan al menos una formación escolar básica.
Duración:	Variable, entre 5 y 10 minutos incluidas las instrucciones de aplicación.
<p>Finalidad: El EPT-C según Fernández-Álvarez y García (1998), de 36 ítems propone como consigna indagar el conjunto de condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su tarea. Las funciones que componen el EPT-C en su versión original son: Atencional, Operativa, Instruccional, Expresiva e Involucración. <i>Para esta investigación se utilizará la versión abreviada de 21 ítems del cuestionario (EPT-C)</i> (Fernández-Álvarez, 2008); la cual está formada a partir de los ítems del EPT-C original y conservando sus 5 funciones. El EPT-C da puntajes a través de una escala tipo Likert con valores comprendidos entre 1 y 7: (1) Totalmente en desacuerdo, (2) Bastante en desacuerdo, (3) En desacuerdo, (4) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, (5) De acuerdo, (6) Bastante de acuerdo, y (7) Totalmente de acuerdo. Donde los puntajes altos y bajos de cada función corresponden a cierta denominación del estilo.</p>	

Validez: El EPT es un constructo con solidez teórica y de amplia difusión en la comunidad científica, encontrándose alrededor de 50 producciones científicas que incluyen desde tesis de grado y posgrado, presentaciones a congresos, libros y capítulos de libros, y artículos en revistas científicas de diferentes niveles de impacto. Entre sus fortalezas puede mencionarse: vínculo con aspectos de la alianza terapéutica (que se relacionarían con el resultado), su capacidad de discriminación de acuerdo con enfoques teóricos (variable profesional más estudiada), demostración de la conexión con aspectos de la personalidad del terapeuta, el reciente hallazgo de su validez concurrente a través de la observación de jueces externos con la Guía de Observación de Terapeutas Aiglé (GOTA-v). (Casari, et al., 2018). Según Fernández Álvarez et al. (2005) la composición factorial obtenida sugiere una adecuada validez teórica para las dimensiones propuestas y dos niveles claramente diferenciados: a) motivacional-emocional (funciones al servicio de la relación y la alianza terapéutica y b) técnico-cognitivo. Conjuntamente explican el 40.1% de la varianza total.

Fernández-Álvarez, García, Castañeiras y Ledesma en el año 2008, realizaron un análisis factorial confirmatorio del instrumento con una muestra de 461 terapeutas argentinos. En primer lugar, se diseñó una nueva versión del instrumento compuesta por 21 ítems (EPT-C Abreviado). Luego la escala fue sometida a análisis factorial confirmatorio para evaluar el ajuste del modelo a las cinco dimensiones teóricas propuestas. Analizando la validez del constructo del cuestionario EPT-C versión abreviada, los pesos factoriales ítem-factor fueron todos significativos ($p < 0,01$), y variaron entre 0,34 a 0,79 para la función Atencional; 0,44 a 0,74 para la función

Operativa; 0,42 a 0,74 para la función Involucración; 0,42 a 0,67 para la función Expresiva y 0,43 a 0,79 para la función Instruccional. Como resultado, empleando el método de Máxima Verosimilitud se encontró un buen ajuste del modelo (CFI=0,91, GFI=0,93, IFI=0,93, AGFI=0,90, RMSEA=0,05, IFI=0,91) con el constructo teórico propuesto. Los resultados indicaron un buen ajuste entre el modelo de medida penta factorial del EPT-C y las dimensiones del constructo teórico.

Los procedimientos de análisis factorial aplicados (componentes principales, rotación Viramax y normalización Kaiser) sugieren una adecuada validez teórica para las funciones propuestas, así como para las dimensiones globales mencionadas anteriormente, la cual explica el 40% de la varianza (Fernández-Álvarez, García y Rial, 2004). Además, en comparación con la versión original, la abreviada posee una alta sensibilidad para detectar diferencias entre una y otra función (Fernández-Álvarez et al., 2008).

Confiabilidad: El Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C), fue diseñado por Fernández Álvarez y García en el año de 1998. El coeficiente de confiabilidad de las funciones del EPT-C original de 36 ítems dio un alfa de Cronbach, encontrando valores aceptables que oscilaron entre 0,69 y 0,80.

Fernández-Álvarez et al, en el 2008, diseñaron una nueva versión del instrumento, el EPT-C abreviado, compuesta por 21 ítems del EPT-C original, donde fueron eliminados ítems de acuerdo con criterios psicométricos (para mejorar la confiabilidad de la escala) y conceptuales (por la validez aparente de los mismos).

Los valores de confiabilidad de las funciones del EPT-C abreviado son todos iguales o superiores a $\alpha = 0,70$; como en la función Expresiva 0,70; Involucración 0,72; Atencional 0,71; Operativa 0,75; excepto para la escala Instruccional, aunque el valor alcanzado para esta escala ($\alpha=0,60$) se puede considerar aceptable en el marco de la investigación. Las correlaciones entre las escalas breves y originales son en todos los casos positivas y elevadas ($r \geq 0,80$).

En nuestro medio, Kantor (2011, citado por Vera, 2018), en la validación del cuestionario EPT-C abreviado, en cuanto al análisis de confiabilidad obtuvo un alfa de Cronbach elevado en la Función Operativa e Involucrativa, .87 y .75 respectivamente; para la Función Atencional, Expresiva e Instruccional se obtuvieron alfa de Cronbach adecuados, de .78, .69 y .50 respectivamente.

Estandarización: Kantor (2011, citado por Vera, 2018), evaluó las propiedades psicométricas de la versión abreviada del cuestionario EPT-C en terapeutas de Lima Metropolitana. En cuanto al análisis de validez, realizó un análisis factorial exploratorio, estableciéndose una estructura factorial de 4 componentes, en la cual se explica un porcentaje mayor al 50% de la varianza acumulada. Posteriormente, realiza un análisis factorial confirmatorio de 5 factores para contrastar lo expuesto por la teoría, los resultados indican la adecuación de la variable a 5 factores explicando un porcentaje mayor al 50% de la varianza acumulada. Se elimina el ítem 18 obteniéndose correlaciones superiores a .48 para los factores atribuidos a la Función Operativa y Atencional, superior a .63 para la Función Involucrativa, mayor a .45 para la Función Expresiva y mayor a .62 para el factor Función Instruccional.

D. Inventario de Alianza de Trabajo (WAI):

Nombre:	Inventario de Alianza de Trabajo (WAI)
Autores:	Horvath, A. O., & Greenberg, L. S.
Procedencia:	Estados Unidos (1986).
Adaptación al español:	Nelson Andrade-González & Alberto Fernández-Liria (2015).
Validación en Perú:	Validada por expertos para esta investigación.
Administración:	Individual.
Ámbito de Aplicación:	Adultos, al menos con una formación escolar básica.
Duración:	Variable, entre 5 y 10 minutos incluidas las instrucciones de aplicación.
<p>Finalidad: El WAI (Horvath y Greenberg, 1986) tiene 36 ítems que se dividen en tres sub-escalas (objetivos, tareas y vínculo) que evalúan los tres componentes de la alianza terapéutica (Bordin, 1979). Cada sub-escala está formada por 12 reactivos de respuesta tipo Likert de 7 puntos. Horvath y Greenberg (1986) realizaron dos versiones autoaplicables para pacientes (WAI-P) y terapeutas (WAI-T). A partir del WAI, Tracey y Kokotovic (1989) diseñaron el “WAI short” (WAI-S) de 12 reactivos, que mantiene las tres sub-escalas del WAI, evaluada por 4 ítems respectivamente. Como el WAI, el WAI-S dispone de 2 formatos, paciente (WAIS-S-P) y terapeuta (WAIS-S-T). <i>En esta investigación se hará uso solo del WAI-S-T.</i> Una escala tipo Likert con valores comprendidos entre 1 y 7: (1) Nunca, (2) Rara vez, (3) De vez en cuando, (4) A veces, (5) A menudo, (6) Muy a menudo, y (7) Siempre. Donde una elevada puntuación indicaría una alta alianza de trabajo por parte del terapeuta.</p>	

Validez: En términos de validez de constructo, los resultados de una matriz multi-rasgo / multi-método construida por Horvath (1981) mostraron la validez convergente de todas las subescalas WAI y demostraron parcialmente la validez discriminante de las subescalas Objetivo y Tarea, pero no la subescala Vínculo (Horvath, 1981; Horvath & Greenberg, 1989). Sin embargo, las correlaciones limitadas encontradas por Horvath (1981) entre las tres subescalas de WAI-P y las tres subescalas del Formulario de calificación de consejeros (utilizadas por los pacientes para calificar el atractivo, la confiabilidad y la experiencia del terapeuta) (LaCrosse y Barak, 1976; LaCrosse, 1980) confirmó la validez discriminante de las tres subescalas del WAI-P (Horvath, 1994). Además, las grandes y significativas correlaciones observadas en estudios posteriores entre el WAI-P o el WAI-T y otras medidas de alianza proporcionan evidencia adicional de la validez convergente de ambas versiones del WAI. En términos de la estructura factorial del WAI-P y el WAI-T, los pocos estudios que lo han considerado han encontrado composiciones factoriales diferentes para las dos medidas. Estos hallazgos subrayan la utilidad de WAI-P y WAI-T en inglés en la investigación de procesos psicoterapéuticos. (Andrade-González y Fernández-Liria, 2015)

En este sentido, Andrade-González y Fernández-Liria (2015) probaron la validez de constructo del WAI-P y el WAI-T en idioma español. La evidencia para la validez de constructo de ambas medidas de alianza se derivó del análisis de las correlaciones entre las subescalas de cada medida, las correlaciones con otra medida de alianza y las correlaciones con diversas variables demográficas y una medida de empatía. La

validez de constructo a través de las correlaciones entre las subescalas de la WAI-P en idioma español fueron .82-.93 ($p < .01$) después de la tercera sesión de psicoterapia y .66-.85 ($p < .01$) después de la décima sesión. Las correlaciones entre las subescalas del WAI-T en español fueron .81-.92 ($p < .01$) después de la tercera sesión de psicoterapia y .75-.92 ($p < .01$) después de la décima sesión. En ambas medidas en ambos puntos de tiempo, la correlación entre las subescalas Meta y Tarea fue mayor que la correlación entre Objetivo y Meta y entre Objetivo y Tarea. Con respecto a la validez convergente, las correlaciones entre el WAI-P y el WAI-T (total y subescalas) y el HAq-II-P (cuestionario de alianza de ayuda revisado en español, versión paciente) y el HAq-II-T (cuestionario de alianza de ayuda revisado en español, versión terapeuta), respectivamente, fueron $\geq .73$; todas las correlaciones fueron significativas ($p < .01$). Con respecto a la validez discriminante, el WAI-P y el WAI-T (total y subescalas) no se correlacionaron significativamente con la mayoría de las variables demográficas para pacientes y terapeutas, respectivamente. De manera similar, el WAI-T no se correlacionó significativamente con la capacitación inicial de los terapeutas. Sin embargo, las correlaciones entre el WAI-P (total y subescalas) y el EUS-P (escala de comprensión empática en idioma español del inventario de relaciones, formulario del paciente), y entre el WAI-T (total y subescalas) y el EUS-T (Escala de comprensión empática en español del inventario de relaciones, forma del terapeuta), fueron $\geq .62$; todas las correlaciones fueron significativas ($p < .01$). Como tal, esperamos que las versiones en español demuestren una confiabilidad y validez similares a las de los originales en inglés.

Con respecto a la validez de constructo, las correlaciones entre los puntajes de las subescalas de WAI-S-P y WAI-S-T en español fueron altas. Estos resultados probablemente ocurrieron porque los tres componentes de la alianza se influyen entre sí (Safran y Muran 2000). Las correlaciones de Spearman entre las subescalas de WAI-S-P oscilaron entre 0.69 y 0.81 ($p < .01$) después de la tercera sesión de psicoterapia y 0.69–0.76 ($p < .01$) después de la décima sesión. Mientras tanto, para WAI-S-T, los rangos fueron 0.68–0.82 ($p < .01$) después de la tercera sesión de psicoterapia y 0.64–0.89 ($p < .01$) después de la décima sesión. Con respecto a la validez convergente, las correlaciones entre el WAI-S-P en idioma español y el HAq-II-P y entre el WAI-S-T en español y el HAq-II-T fueron ≥ 0.74 para los puntajes totales y de subescala; todas las correlaciones fueron significativas ($p < .01$). En relación con la validez discriminante, el WAI-S-P y el WAI-S-T en español (total y subescalas) no se correlacionaron significativamente con la mayoría de las variables demográficas para pacientes y terapeutas, respectivamente. De manera similar, el WAI-S-T no se correlacionó significativamente con el entrenamiento inicial de los terapeutas. Sin embargo, las correlaciones entre el idioma español WAI-S-P y EUS-P ($M = 5.03$, $SD = 0.62$) y entre el idioma español WAI-S-T y EUS-T ($M = 4.82$, $SD = 0.66$) fueron ≥ 0.57 para los puntajes totales y de subescala; todas las correlaciones fueron significativas ($p < .01$). En conclusión, el WAI-S-P y el WAI-S-T en idioma español son herramientas de evaluación apropiadas de la alianza terapéutica y requieren menos tiempo para realizar que sus respectivas versiones largas sin una pérdida significativa de confiabilidad o validez. (Andrade-González y Fernández-Liria, 2016)

Confiabilidad: Horvath y Greenberg (1986, citado por Tracey y Kokotovic, 1989) demostraron una fiabilidad adecuada para el WAI; las estimaciones de consistencia interna de alfa fueron .93 para la puntuación general del cliente (con sub-escala alfas de .85 a .88) y .87 para la puntuación general de terapeuta (con sub-escala alfas de .68 a .87). Hanson, Curry & Bandalos (2002, citado por Andrade-González y Fernández-Liria, 2015) revisaron los estudios que usaron ambas medidas de alianza en inglés y encontraron que los coeficientes alfa medios del total de WAI-P y WAI-T eran .93 y .91 respectivamente, y el coeficiente alfa medio de las subescalas correspondientes fueron .87-.89 (WAI-P) y .84-.90 (WAI-T).

Tracey y Kokotovic (1989) administraron el WAI a una muestra de 124 parejas de terapeuta-cliente al final de la primera sesión y realizaron un análisis factorial del WAI. En su estudio encontraron un factor general de la alianza y otros tres factores explicables por las tres sub-escalas o dimensiones del WAI. De este análisis factorial surgió el WAI-S que obtuvo una alfa de Cronbach de .98 en el WAI-S para clientes y de .95 en el WAI-S para terapeutas. En el mismo estudio, la confiabilidad teniendo en cuenta la consistencia interna del WAI-S fue de .90; .92 y .90 para las sub-escalas de tareas, vínculo y objetivos de la versión para el cliente. Y de .83; .91 y .88 para las sub-escalas de tareas, vínculo y objetivos de la versión para el terapeuta. Los resultados indican que la estructura factorial de esta forma corta WAI-S es similar a la del WAI original. Hanson et al. (2002, citado por Andrade-González y Fernández-Liria, 2016) revisaron los estudios que habían utilizado ambas formas cortas en inglés y encontraron que los coeficientes alfa medios de las puntuaciones generales fueron de WAI-S-P (0,95) y WAI-S-T (0,93).

Andrade-González y Fernández-Liria (2015) adaptaron al español el Inventario de la Alianza de Trabajo (WAI) en sus dos formatos, el del paciente y del terapeuta (WAI-P y WAI-T). Con respecto a la confiabilidad (consistencia interna) de WAI-P y WAI-T, los coeficientes alfa de Cronbach para ambas medidas generales y sus subescalas correspondientes fueron $\geq .86$ después de la tercera y décima sesiones de psicoterapia. El WAI-P obtuvo una alfa de Cronbach de .96, y la fiabilidad para las sub-escalas de tareas, vínculo y objetivos fue de .89; .93; y .90 respectivamente en la tercera sesión de psicoterapia; mientras que en la décima sesión el alfa de Cronbach del WAI-P fue .96, y para las sub-escalas de tareas, vínculo y objetivos fue de .89; .92. y .88 en ese orden. A su vez el WAI-T obtuvo una alfa de Cronbach de .96 en la tercera sesión de psicoterapia con fiabilidad para las sub-escalas de tareas, vínculo y objetivos de .90; .86 y .93 respectivamente; mientras que en la décima sesión el alfa de Cronbach del WAI-T fue .97, y para las sub-escalas de tareas, vínculo y objetivos fue de .93; .92 y .94 en ese orden.

Andrade-González y Fernández-Liria (2016) también adaptaron al español el Inventario de la Alianza de Trabajo - Corto (WAI-S), tanto para el del paciente y del terapeuta (WAI-S-P y WAI-S-T). El WAI-S-P obtuvo una alfa de Cronbach de .93, y la fiabilidad para las sub-escalas de tareas, vínculo y objetivos fue de .84; .86; y .80 respectivamente en la tercera sesión de psicoterapia; mientras que en la décima sesión el alfa de Cronbach del WAI-S-P fue .93, y para las sub-escalas de tareas, vínculo y objetivos fue de .80; .87. y .78 en ese orden. A su vez el WAI-S-T obtuvo una alfa de Cronbach de .94 en la tercera sesión de psicoterapia con fiabilidad para las sub-

escalas de tareas, vínculo y objetivos de .89; .75 y .87 respectivamente; mientras que en la décima sesión el alfa de Cronbach del WAI-T fue .93, y para las sub-escalas de tareas, vínculo y objetivos fue de .90; .85 y .81 en ese orden.

En Latinoamérica las propiedades psicométricas del Inventario de Alianza Terapéutica (IAT) versión completa para el terapeuta y para el consultante, versión validada en español del Working Alliance Inventory (WAI) muestran una adecuada confiabilidad con valores de 0.67 para la escala de vínculo, 0.8 en tareas, 0.78 para las metas y 0.9 para la escala total en la versión del consultante. En la versión del terapeuta, la confiabilidad fue de 0.7 para la escala vínculo, 0.85 en tareas, 0.88 en metas y 0.93 en la escala total (Santibáñez-Fernández, 2003).

Estandarización: Realizada por expertos con motivos para esta investigación.

IV. PROCEDIMIENTOS

Con el fin de realizar el estudio, el investigador desarrollo los siguientes pasos:

- 1) Se recurrió al criterio de expertos para la validación de uno de los instrumentos de evaluación, el Inventario de Alianza Terapéutica - versión corta, formato del terapeuta (WAI-S-T).
- 2) Se viajó a la ciudad del Cusco para realizar las coordinaciones debidas para proceder a ejecutar las evaluaciones correspondientes a los psicólogos que ejercían como terapeutas en el ámbito público y privado.
- 3) Con la aprobación adecuada de las redes de salud del Cusco se procedió a visitar los consultorios psicológicos para aplicar los instrumentos, dejarlos para recoger en otros horarios, o darles a conocer el enlace de las evaluaciones en formato virtual. Así para que el terapeuta pueda optar por el horario y formato más conveniente.
- 4) Del mismo modo se procedió en los consultorios privados para cubrir a los terapeutas independiente, agrupados y aquellos que prestan servicio en un centro de psicoterapia.
- 5) Posteriormente de un tiempo prudente se recolectaron todos los instrumentos pendientes a entrega por parte de los psicólogos, en sus diversos formatos para continuar con la calificación.
- 6) Se procedió a calificar los datos para dar resultados que puedan ser analizados mediante el paquete estadístico SPSS 23 para su presentación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico *SPSS 23*. Se realizó un análisis descriptivo de los tres instrumentos empleados para obtener frecuencias y porcentajes de las respuestas de los psicólogos. Se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las variables estudiadas mediante un análisis de Shapiro-Wilks (ver Tabla 1).

Tabla 1

Prueba de normalidad para empatía, estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica en psicólogos.

<i>Psicólogos</i>		
<i>(n = 20)</i>		
	<i>Shapiro Wilks</i>	<i>Sig.</i>
Empatía Total	,937	,210
Estilo Personal del Terapeuta	,884	,021
Alianza Terapéutica	,974	,837

Fuente propia (2019), para efectos de la investigación.

Los valores obtenidos muestran que puede asumirse una distribución normalizada para las puntuaciones de los tres instrumentos. Se optó por aplicar estadística paramétrica, y una r de Pearson para correlacionar.

I. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PSICÓLOGOS.

Tabla 2

Orientación teórica y motivos de consulta en la práctica del psicólogo.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Orientación teórica		
Psicoanálisis	1	5,0 %
Cognitivo-Conductual: Cognitivismo, Conductismo	4	20,0 %
Humanístico – Existencial: Humanismo, Existencialismo	12	60,0 %
Sistémico	0	0,0 %
Integrativo	1	5,0 %
Ecléctico, no tengo una orientación específica	2	10,0 %
Otras	0	0,0 %
Motivos de consulta		
Pareja	12	28,6 %
Económica	2	4,8 %
Laboral	2	4,8 %
Salud	5	11,9 %
Conflictos Intrafamiliares	14	33,3 %
Sentido de la Vida	4	9,5 %
Otras (Adicciones y sexualidad)	3	7,1 %

Fuente propia (2019), para efectos de la investigación.

Las características sociodemográficas de los psicólogos de la muestra destacan la orientación humanista-existencial en un 60%. Concerniente a los motivos de consulta se tiene a los conflictos intrafamiliares como la casuística más recurrente en un 33,3 %, seguido por pareja (28,6 %) y salud (11,9 %). (ver Tabla 2)

Tabla 3***Ejercicio de actividad, número de clientes y carga horaria por sesión en psicólogos.***

<i>Psicólogos</i>		
<i>(n= 20)</i>		
	<i>Media</i>	<i>DT</i>
Ejercicio de actividad (en años)	8,30	4,55
Número de Clientes (mes)	46,95	10,49
Carga horaria (sesión en minutos)	54,50	12,12

Fuente propia (2019), para efectos de la investigación.

Los psicólogos del estudio registran en el ejercicio de actividad en años ($M = 8,30$; $DT = 4,55$); respecto al número promedio de clientes al mes ($M = 46,95$; $DT = 10,49$); mientras la carga horaria por sesión en minutos ($M = 54,50$; $DT = 12,12$). (ver Tabla 3)

II. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL NIVEL DE EMPATÍA, ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA Y ALIANZA TERAPÉUTICA EN PSICÓLOGOS.

Tabla 4

Rango, media, desviación típica, y alfa de empatía, estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica en psicólogos.

<i>Psicólogos (n=20)</i>				
<i>Variables</i>	<i>Rango</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Alfa</i>
Empatía	42,00	123,40	9,57	,695
Adopción de Perspectivas	11,00	31,95	2,70	,060
Comprensión Empática	16,00	36,00	4,02	,598
Estrés Empático	16,00	22,30	3,74	,386
Alegría Empática	12,00	33,15	3,37	,533
F1. Empatía Cognitiva	27,00	67,95	5,93	,624
F2. Empatía Afectiva	18,00	55,45	5,15	,450
Estilo Personal del Terapeuta	28,00	79,35	8,93	-,919
Instruccional	16,00	13,65	4,27	,292
Atencional	22,00	12,85	6,61	,742
Expresiva	23,00	23,95	4,94	,729
Involucración	17,00	10,80	4,17	,231
Operativa	23,00	18,10	6,02	-,091
Alianza Terapéutica	33,00	67,60	9,18	,856
F1. Tareas	16,00	22,75	4,35	,915
F2. Objetivos	13,00	20,65	3,60	,453
F3. Vínculo	8,00	24,20	2,60	,615

Fuente propia (2019), para efectos de la investigación.

En la Tabla 4 se presenta el Alfa de Cronbach de las escalas generales de empatía, y alianza terapéutica que resultó elevada para la muestra, proporcionando confiabilidad a las respuestas dadas por los psicólogos (todas las alfa mayor a .60); mientras que en la escala general del estilo personal del terapeuta el alfa de Cronbach es menor a .60.

Los psicólogos de la muestra en la Tabla 4 registraron puntajes mayores en las medias de; la dimensión empatía cognitiva ($M = 67,95$), en comparación con la dimensión afectiva; resaltando la subescala comprensión empática ($M = 36,00$), que consiste en la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y las impresiones de los otros, de igual manera en la dimensión de empatía afectiva, destaca la subescala de alegría empática ($M = 33,15$), que radica en la resonancia emocional positiva. En tanto en las subescalas del estilo personal del terapeuta, presentan puntajes mayores en las medias de; la función expresiva ($M = 23,95$), que está relacionado con las acciones que impulsa el terapeuta para sostener la comunicación emocional con el paciente, un aspecto nuclear de la empatía para la gestación de la alianza terapéutica; así como también en la función operativa ($M = 18,10$), vinculado al grado de las acciones de influencia o de directividad con que el terapeuta incidir sobre el paciente en el curso de la terapia; igualmente en la función instruccional ($M = 13,65$), relacionado a conductas que realiza el terapeuta para la instalación del sistema de normas, reglas y tareas que deben cumplirse en el curso de las sesiones. En lo que respecta a la alianza terapéutica, exhiben puntuaciones mayores en las medias de; el componente vínculo ($M = 24,20$), referente a la calidad afectiva de la relación entre el paciente y el terapeuta; seguido por el componente tareas ($M = 22,75$), que consiste en las actividades específicas que el paciente debe ejecutar para beneficiarse del tratamiento.

Tabla 5

Significación de puntuaciones según percentiles de empatía, estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica en psicólogos, expresado en porcentajes.

Variables	Psicólogos (n=20)				
	Extremadamente Baja (Pc 1 a 7)	Baja (Pc 7 a 30)	Media (Pc 31 a 69)	Alta (Pc 70 a 93)	Extremadamente Alta (Pc 94 a 99)
Empatía	10,0	25,0	35,0	25,0	5,0
Adopción de					
Perspectivas	15,0	20,0	40,0	15,0	10,0
Comprensión					
Empática	10,0	25,0	45,0	10,0	10,0
Estrés					
Empático	20,0	10,0	50,0	10,0	10,0
Alegría					
Empática	10,0	20,0	50,0	10,0	10,0
F1. Empatía					
Cognitiva	10,0	20,0	40,0	20,0	10,0
F2. Empatía					
Afectiva	15,0	15,0	40,0	25,0	5,0
Estilo Personal del Terapeuta	10,0	20,0	40,0	20,0	10,0
Instruccional	10,0	25,0	35,0	20,0	10,0
Atencional	10,0	20,0	40,0	20,0	10,0
Expresiva	15,0	15,0	40,0	20,0	10,0
Involucración	10,0	20,0	40,0	20,0	10,0
Operativa	10,0	20,0	45,0	20,0	5,0
Alianza Terapéutica	10,0	20,0	40,0	20,0	10,0
F1. Tareas	10,0	20,0	45,0	15,0	10,0
F2. Objetivos	10,0	20,0	40,0	25,0	5,0
F3. Vínculo	10,0	30,0	30,0	30,0	0,0

Fuente propia (2019), para efectos de la investigación.

Tanto en empatía, estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica los psicólogos de la muestra se ubican mayormente en el nivel medio en relación a la general. A excepción del componente vínculo de la alianza terapéutica que presenta valores semejantes en los niveles bajo, medio y alto. (ver Tabla 5)

III. ANÁLISIS CORRELACIONAL ENTRE EMPATÍA, ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA Y ALIANZA TERAPÉUTICA EN PSICÓLOGOS.

Tabla 6

Correlación entre empatía, estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica en psicólogos.

	Psicólogos (n= 20)		
	Empatía (Total)	F1.	F2.
		Empatía Cognitiva	Empatía Afectiva
Estilo Personal del	,043	,079	-,012
Terapeuta	,859	,741	,961
Instruccional	-,325	-,258	-,306
	,163	,272	,190
Atencional	-,029	,069	-,134
	,904	,771	,574
Expresiva	,084	,034	,117
	,726	,887	,625
Involucración	,236	,221	,185
	,316	,350	,434
Operativa	,092	,043	,122
	,699	,858	,608
Alianza Terapéutica	,252	,107	,345
	,284	,654	,136
F1. Tareas	,279	,126	,374
	,233	,597	,105
F2. Objetivos	,166	,061	,238
	,484	,799	,311
F3. Vínculo	,193	,082	,263
	,416	,730	,262

Fuente propia (2019), para efectos de la investigación.

Se llevó a cabo la correlación mediante el coeficiente r de Pearson entre la empatía general, sus dimensiones cognitiva y afectiva, y sus subescalas con el estilo personal del terapeuta y sus funciones; a su vez se realizó la correlación con la alianza terapéutica y sus componentes. Se obtuvieron correlaciones, pero no significativas. (ver Tabla 6)

Tabla 7
Correlación entre estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica en psicólogos.

	Psicólogos ($n=20$)			
	Alianza Terapéutica	F1. Tareas	F2. Objetivos	F3. Vínculo
Estilo Personal del Terapeuta	,280	,330	,225	,126
	,232	,155	,341	,598
Instruccional	-,138	-,203	-,087	-,026
	,562	,390	,715	,912
Atencional	-,076	-,127	-,002	-,053
	,749	,592	,992	,824
Expresiva	,173	,278	-,042	,205
	,465	,235	,859	,386
Involucración	,165	,151	,181	,081
	,486	,526	,446	,734
Operativa	,340	,441	,307	,039
	,142	,052	,188	,871

Fuente propia (2019), para efectos de la investigación.

Se llevó a cabo la correlación mediante el coeficiente r de Pearson entre el estilo personal del terapeuta y sus funciones, con la alianza terapéutica y sus componentes. Se obtuvieron correlaciones, pero no significativas (ver Tabla 7).

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como fin identificar las relaciones que existen entre la empatía, el estilo personal del terapeuta y la alianza terapéutica en psicólogos terapeutas. Reconociendo que la empatía junto a la alianza terapéutica (Norcross, 2002; Corbella y Botella, 2004; citado por Mateu et al., 2010) son puntos importantes de partida para conocer más sobre la relación entre ellas y otras variables, como por ejemplo el estilo personal del terapeuta, que para Fernández-Álvarez et al. (2003) tiene un impacto relevante dentro del tratamiento psicoterapéutico. Teniendo como resultados los siguientes puntos que entran a discusión.

En la escala general de empatía, sus dimensiones y subescalas los psicólogos de la muestra se ubican mayormente en el nivel medio, lo cual nos indica que se encuentran en el nivel promedio de la población, semejante a que aquellos no formados en psicología; cuando lo esperado es que se ubiquen en puntuaciones altas o bajas según las subescalas de la empatía y en relación a los requerimientos del contexto terapéutico (Giordani, 1997, López-Pérez et al., 2008), producto de la formación académica y entrenamiento psicoterapéutico. Tal como lo detalla López-Pérez et al. (2008) que en la adopción de perspectivas quienes tengan una puntuación alta presentan mayor capacidad intelectual o imaginativa para ponerse uno en el lugar de otra persona, mostrando facilidad para la comunicación, tolerancia, pensamiento flexible y relaciones interpersonales saludables; de tal forma que pueden adaptar su modo de pensar a diferentes situaciones para comprender los estados mentales de los demás. Asimismo, en comprensión emocional, quienes se sitúen en puntuaciones altas, poseen mayor regulación emocional y facilidad

para la lectura emocional ante el comportamiento verbal y no verbal de los otros (López y Fernández, 2007, citado por López-Pérez et al., 2008). En tanto aquellos que alcancen puntuaciones medias y altas en estrés empático, que es sintonizar emocionalmente con otra persona para compartir las emociones negativas, pueden verse afectados al sobreimplicarse en los problemas de los demás, al no distinguir sus necesidades y emociones de las de los demás, por ser personas más bien emotivas y cálidas en sus relaciones interpersonales proveniente de redes sociales de calidad; por ello una puntuación baja será posiblemente la más adecuada para el ámbito psicoterapéutico, donde la implicación emocional con el paciente debe ser mínima (Giordani, 1997, citado por López-Pérez et al., 2008). A su vez en alegría empática, que es la capacidad de compartir las emociones positivas de otra persona, referir puntuaciones altas permite manejar la facilidad para alegrarse con los éxitos o acontecimientos positivos que le suceden a los demás, y ofrecer una red social de buena calidad (Fernández y López, 2007, citado por López-Pérez et al., 2008).

Los datos obtenidos de los psicólogos de la muestra concerniente a la escala general del estilo personal del terapeuta y en sus diversas funciones les ubican mayormente en el nivel medio; debiendo precisar que el estilo personal del terapeuta (EPT) como lo señala Fernández-Álvarez et al. (1998, citado por Casari et al., 2018) se encuentra más allá del foco del tratamiento y de los requerimientos específicos de la tarea; a su vez Fernández-Álvarez et al. (2000, citado por Casari et al., 2018) resalta que el estilo personal del terapeuta está influido por las características de personalidad del terapeuta y también por su orientación teórica (en este estudio mayormente humanista-existencial). Por ello al no

obtener niveles altos o bajos del EPT no se puede definir con precisión la direccionalidad de las funciones del EPT en los psicólogos de la muestra, percibiendo con ello que mantienen cierta dependencia de la orientación teórica y características de personalidad. Lo cual nos indica como señala Fernández-Álvarez (2008) que aquellos terapeutas que se sitúen en valores intermedios del EPT, no alcanzando a definir la dirección de las funciones, corresponderán a ejercer terapia intermedia, propio de aquellos terapeutas con valores medios (características de personalidad). Presentando ciertas dificultades de un EPT apropiado para terapias breves donde las funciones pretendidas del EPT son en lo instruccional: rigidez; atencional: actividad y concentración; operativa: directividad y lógica; expresiva: baja tonalidad; e involucración: distancia. Igualmente reflejaran ciertas restricciones para terapias prolongadas al no poseer un EPT favorable de tiempos largos, donde las funciones pretendidas del EPT son en lo instruccional: flexibilidad; atencional: receptividad y apertura; operativa: persuasión y retórica; expresiva: alta tonalidad; e involucración: proximidad. Cabiendo señalar que en los centros de salud público o privado se requiere diversificar capacidades cercanas o propias del EPT que facilite el desarrollo de terapias breves, intermedias y prolongadas; considerando la situación de los pacientes, tiempo de intervención y cantidad de sesiones terapéuticas admitidas.

Correspondiente a la escala general de alianza terapéutica y en sus diversos componentes la mayoría de los psicólogos del estudio se ubican mayormente en el nivel medio, aunque posiblemente lo esperado debería ser un nivel alto; pero esto nos lleva a pensar que el nivel de la alianza terapéutica es un reflejo momentáneo del aquí y ahora de cada encuentro terapéutico. Tal como lo señala (Baillargeon et al., 2012; Pinsof &

Catheral, 1986; citado por Salgado, 2016), la alianza terapéutica es un fenómeno dinámico que cambia dentro de un mismo sistema terapéutico durante el proceso. De igual forma Swank (2013, citado por Salgado, 2016), también comprende que la alianza terapéutica no es constante, que estos cambios del nivel de la alianza terapéutica se tratan de procesos normales e inevitables, que se va modificando a lo largo del proceso terapéutico. Por lo cual, Salgado (2016) apunta a relacionar que la alianza terapéutica tiende a disminuir e incrementar diferentes puntos del proceso terapéutico, a pesar de los esfuerzos de los terapeutas por mantenerlos. Debido a ello resulta de igual o mayor importancia vital entender como reparar y reconstruir la alianza terapéutica (Swank, 2013, citado por Salgado, 2016); al ser adecuado alianzas terapéuticas de buena calidad, por estar asociadas con un gran rango de resultados positivos en psicoterapia (Baillargeon, Coté, & Douville, 2012, citado por Salgado, 2016). Mientras que alianzas terapéuticas de baja calidad están asociados con rupturas de desconexión emocional entre el paciente y el terapeuta (Aspland et al., 2008, citado por Salgado, 2016); el cual, en casos extremos, pueden llevar al abandono, o al fracaso del tratamiento, sino se da la resolución adecuada en el contexto de los tratamientos psicoterapéuticos.

Los psicólogos de la muestra registraron una puntuación mayor en la media de la dimensión de empatía cognitiva, principalmente en la subescala de comprensión empática, por encima de adopción de perspectivas; aun así la adopción de perspectivas debiera tener una puntuación mayor, ya que consideramos es la más importante, debido a que según López-Pérez et al. (2008), la adopción de perspectivas refiere a la capacidad intelectual o imaginativa de la persona para adaptar su modo de pensar a diferentes

situaciones que permitan comprender los estados mentales de los demás. En tanto que en las subescalas del estilo personal del terapeuta presentan mayores puntuaciones en sus medias las funciones expresiva, operativa e instruccional por encima de las funciones atencional e involucrativa; aquí también es necesario reclamar la importancia de la mayor presencia de estas funciones en los psicólogos; debido que para Fernández-Álvarez y García (2019), la capacidad atencional del terapeuta permite recoger determinada información del paciente para plantear la intervención más adecuada que dé resultados en el tratamiento, y la funcional involucrativa refleja el grado de compromiso vincular que el terapeuta está dispuesto a asumir respecto a su práctica profesional y, en especial, frente a sus pacientes. A lo que respecta a la alianza terapéutica se exhiben mayores puntuaciones en las medias del componente vínculo y tareas, que en objetivos; el cual desde nuestra posición debe ser mejorado, ya que el componente objetivos como lo destaca Feixas y Miró (1993), se trata de si cliente y terapeuta establecen sus esfuerzos en la misma dirección.

En las correlaciones entre la empatía, el estilo personal del terapeuta y la alianza terapéutica se obtuvieron correlaciones, pero no significativas. Sin embargo, nos lleva a pensar las posibles influencias de otras variables que serían motivo de estudio; tal como lo aclara Safran et al. (2011, citado por Salgado, 2016) en relación a la alianza terapéutica hay conceptos que son similares o se superponen con el constructo que incluyen falla empática (Kohut, 1984), impasse terapéutico, y evento de malentendido (Rhodes, Hill, Thompson, & Elliot, 1994). Asimismo, en el estilo personal del terapeuta (EPT) es acertado analizar más a detalle la relación de la personalidad del terapeuta con su

orientación teórica (Fernández-Álvarez et al., 2000, citado por Casari et al., 2018); resaltando que el EPT es la huella dejada por cada profesional en su trabajo y tiene un impacto relevante en los resultados del tratamiento. En lo que respecta a la empatía se hace necesario estudiar a profundidad la empatía cognitiva, principalmente la escala de adopción de perspectivas y su relación con la psicoterapia. Debido a que la adopción de perspectivas (López-Pérez et al., 2008), es la capacidad intelectual o imaginativa para ponerse uno en el lugar de otra persona; presentando un pensamiento flexible, tolerante, comunicativo y relacional; de tal forma que el terapeuta pueda adaptar su modo de pensar a diferentes situaciones para comprender los estados mentales de los demás; siendo necesario diferenciarse de esa otra empatía común o la simpatía, de carácter más simple y vulgar, mínimo necesario del entramado personal, para alcanzar un grado más complejo de empatía, lo que Manuel Marroquín denomina “empatía terapéutica” (Bohart y Greenbreg, 1997, citado por Bermejo, 2012).

Esta actitud empática no es otra cosa que renunciar a la proyección de significados y adoptar el marco de referencia interior del otro, tal como lo describe Benjamín (1980, citado por Bermejo, 2012), significa librarnos de nuestro marco interno de referencia y adoptar el de la otra persona. Teniendo presente lo destacado por Rogers (1981, citado por Bermejo), que ser empático consiste en darse cuenta con precisión del cuadro de referencias interno de la otra persona, percibir sus causas de la misma manera que ella las percibe, desde los significados pertenecientes a ella, pero sin llegar al estado de identificación. Aquí, el punto no está en estar o no de acuerdo con la otra persona, sino en comprender qué se siente siendo ella. Por eso, para Bermejo (2012) no se necesita vivir

las mismas emociones de la otra persona a la que se quiere comprender; a su vez no debemos confundir empatizar con “comprender” lo que le pasa, que es mucho más habitual. Por ello no es suficiente la mera comprensión si uno no es capaz de transmitírselo (Brazier, 1997, citado por Bermejo, 2012), y comunicar esta percepción en un lenguaje acomodado a los sentimientos de esta otra persona (Carkhuff, 1969, citado por Bermejo, 2012). Resolviendo que la empatía (Carkhuff, 1969), es la clave esencial, y en ella se apoya el uso adecuado y significativo de todas las otras variables terapéuticas, que sin ella no existe base para la ayuda.

Por ello dentro de la empatía, en adopción de perspectivas, es importante considerar la comprensión del terapeuta de otros sistemas de pensamiento a parte de la visión occidental, como la cosmovisión andina, selvática, costeña y otras tradiciones culturales vivas que florecen en nuestro país; los cuales no responden necesariamente al pensamiento racional, científico, académico, de orientación teórica del terapeuta, o a sus prejuicios sociales y culturales. Las cuales se hacen visibles en la prestación de servicio de salud de algunos terapeutas, como lo señalado por el Ministerio de Salud (2005) que en algunos establecimientos en la relación con el paciente no se respetan sus ideas o creencias, las que también pueden ser desvalorizadas, ni se les proporciona información o explicación sobre las enfermedades o las dolencias que padecen desde una comprensión accesible para ellos, y no siempre se les atienden a las personas de manera amable y cordial. Sucediendo que uno puede ser empático solo dentro de su visión personal y con las personas que lo comparten, así como en la visión cultural dominante, mayormente la occidental. Excluyendo ser empático en otras cosmovisiones del mundo, debido a la falta

de conocimiento o apertura del pensamiento, como sucede con el pensamiento mítico mágico. Dejando claro que no garantiza saber el idioma de otras culturas, pudiendo ser el quechua, aimara u otras para demostrar empatía cognitiva con las personas propias de esa cultura; sino que es necesario comprende su cosmovisión. Por ello es interesante seguir líneas de investigación que consideren la posible relación de la empatía con el pensamiento mágico.

Finalmente encontramos respuestas a nuestro planteamiento, formulación del problema e hipótesis de investigación, generando la confirmación de la mayor parte de las ideas de trabajo; así como dar el comienzo a posibles nuevos estudios que permitan seguir indagando más a profundidad la psicoterapia desde el vínculo sanador de la empatía, el estilo personal del terapeuta y la alianza terapéutica.

CONCLUSIONES

PRIMERA: En este estudio no se obtuvo correlación significativa entre las tres variables de empatía, estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica; pero si se hallaron resultados relevantes en las características sociodemográficas de los psicólogos terapeutas de la muestra y sobre los instrumentos.

SEGUNDA: Las características sociodemográficas de los psicólogos de este estudio muestran un ejercicio de actividad en años ($M = 8,30$; $DT = 4,55$), número de clientes al mes ($M = 46,95$; $DT = 10,49$), y carga horaria por sesión en minutos ($M = 54,50$, $DT = 12,12$). Preferencia de orientación teórica humanista-existencial (60 %). Principales motivos de consulta, conflictos intrafamiliares (33,3 %), pareja (28,6 %) y salud (11,9 %)

TERCERA: Los psicólogos de la muestra se ubican mayormente en el nivel medio de empatía, estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica. La puntuación de la media de empatía cognitiva es más elevada que de empatía afectiva; así como las funciones expresiva, operativa e instruccional del estilo personal del terapeuta tienen puntuaciones de medias más elevadas que la función atencional e involucrativa; del mismo modo los componentes vínculo y tareas de la alianza terapéutica presentan puntuaciones de medias más elevadas que de componente objetivos.

CUARTA: Se obtuvieron correlaciones, pero no significativas, entre la empatía, el estilo personal del terapeuta y la alianza terapéutica en los psicólogos de la muestra.

SUGERENCIAS

1. A los investigadores continuar con estudios similares que puedan ampliar el conocimiento a profundidad dentro del campo de la psicoterapia en los temas de la empatía, el estilo personal del terapeuta y la alianza terapéutica en psicólogos.
2. Indagar más sobre la empatía terapéutica, mejorando su distinción de la empatía común y buscando mejores instrumentos para su valoración en psicólogos terapeutas.
3. Realizar mayores estudios de psicoterapia que consideren aspectos de personalidad, idiosincrasia, sociales y culturales propios del terapeuta, el cliente y dentro de la relación terapéutica de la díada cliente-terapeuta; para permitir una visión más amplia y exhaustiva de la psicología clínica, de la salud y la psicoterapia integrativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade-González, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16 (1), pp. 9-29.
- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2015). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI). Psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAI-T). *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 31 (2), pp. 524-533. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.177961>
- Andrade-González, N. & Fernández-Liria, A. (2016). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Current Psychology*, 35, (1), pp. 169-177. <https://doi.org/10.1007/s12144-015-9365-3>
- Aponte, H. (1985). La persona del terapeuta: piedra angular de la terapia. *Revista Sistemas familiares*, 1, pp. 7-13.
- Baringoltz, S. (2005, agosto). *Aportes cognitivos a la visión del terapeuta y vínculo terapéutico*. Ponencia presentada en el IV Congreso Mundial de Psicoterapias, Buenos Aires, Argentina.
- Bermejo, J. (2012) *Empatía terapéutica: La compasión del sanador herido*. España, Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.
- Botella, L. & Corbella, S. (2005) Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de psicoterapia*, 16 (61), pp. 77-101.

- Botella, L. & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, (101), pp. 21-34.
- Campagne, D. (2014). El terapeuta no nace, se hace. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (121), pp. 75-95
- Casari, L., Ison, M., & Gómez, B. (2018). Estilo Personal del Terapeuta: estado actual (1998 – 2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27 (3), pp. 466-477.
- Casari, L., Gómez, B., & Ison, M. (2019). Capítulo 4: Investigaciones llevadas a cabo con el EPT-C. En Fernández-Álvarez, H. y García, F. (comp.) (2019) *El estilo personal del terapeuta* (pp. 91-116). Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Polemos.
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F., & Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación del estilo personal del terapeuta: Presentación de una versión abreviada del cuestionario EPT-C [Assessment of personal style of the therapist: Presentation of a brief version of the PST-Questionnaire]. *Terapia Psicológica*, 26 (1), pp. 5-13.
- Cernadas, C. (2006). El poder de los símbolos. Magia, enfermedad y acto médico. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 26 (3), pp. 87-93.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., LA Saúl, Botella, L., & García, F. (2009) Estilo Personal del Terapeuta y Teoría de la Mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (2), pp. 125-133

- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, (2), pp. 205-221.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema*, 16 (4), pp. 702-705.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004a). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. España, Madrid: Visión Net.
- Etchevers, M., Garay, C., González, M., & Simkin, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de investigaciones*, 19, pp. 225-232.
- Etchevers, M., & Simkin, H., & Putrino, N., Giusti, S., & Helmich, N. (2014). Relación terapéutica: estudio en población de psicólogos clínicos. *Anuario de Investigaciones*, 21, pp. 23-30.
- Etchevers, M., Putrino, N., Giusti, S., Helmich, N., Cantaro, M., Tabullo, Á. & Argibay, P. (2015). Relación entre paciente y terapeuta: investigación, práctica y docencia. *En Psicología Cognitiva y procesos de aprendizaje (13)*. Ed. Huairé Inacio, E., Elgier, A., Maldonado Paz, G. Lima, Perú: Universidad Nacional de Educación “Enrique Guzmán y Valle”.
- Fernández-Álvarez, H., & García, F. (1998). *Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta*. Argentina, Buenos Aires: Aiglé.

- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., & Corbella, S. (2003). Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 10, pp. 116-125.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Castañeiras, C. & Rial, V. (2005). *Normalización del cuestionario de evaluación sobre el estilo personal del terapeuta (EPT-C) en una población de psicoterapeutas de la Argentina*. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Fernández-Álvarez, H. (2008). Capítulo 2: El estilo personal del terapeuta. En Oblitas, L. (comp.) (2008) *Psicoterapias contemporáneas* (pp. 15-28). México, México D.F.: Cengage Learning Editores, S.A.
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (comp.) (2019) *El estilo personal del terapeuta*. Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Polemos.
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24 (2), pp. 284-298.
- Feixas, G. & Miró, M. (1993) *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos (15 ed)*. España, Barcelona: Paidós.
- Fierro, M., Rueda, L., Abraham, J., García, E., Jaimes, L., & Atuesta, J. (2003). Psicosis y sistemas de creencias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32 (3), pp. 281-292.

- Fossa, P. (2012). Obstáculos del Proceso Terapéutico: Una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), pp. 101-126.
- Fundación Meniños (2011). *Adolescentes y familias en conflictos: Terapia familiar centrada en la alianza terapéutica*. España, La Coruña: Universidade da Coruña.
- Friedlander, M., Escudero, V., & Heatherington, L. (2009) *La Alianza terapéutica: En la terapia familiar y de pareja*. España, Barcelona: Paidós.
- García, C. (2008). *Estudio piloto sobre el vínculo entre el Estilo Personal del Terapeuta, la alianza terapéutica y las características psicopatológicas del paciente* (Tesina de Licenciatura en Psicología). Universidad de Belgrano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Gimeno, A., Coto, R., Barrio, A., Saavedra, I., Vicente, C., Lagarón, M., Álvarez, T., Hernández, J., & González, A. (2015). Relación entre la Empatía del Terapeuta y los Resultados del Tratamiento. *Revista de Psicoterapia*, 26 (101), pp. 179-189.
- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de la asociación de psicoterapia de la república argentina*, 3, (1), pp. 1-21.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed). México, México D.F.: Mc Graw Hill Education.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *Guilford clinical psychology and psychotherapy series. The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York, NY, US: Guilford Press.

- Labrador, F., Vallejo, M., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., & Fernández-Montalvo, J. (2002). *La eficacia de los tratamientos psicológicos*. Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI.
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I., & Abad, F. (2008). *Test de empatía cognitiva y afectiva*. España, Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Lossa, L., Corbella, S., & Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología*, 105, pp. 91-103.
- Malinowski, B. (1948/1965). *The Role of Magic and Religion*. [2da. edición]. W. Lessa & E. Vogt (Eds.), *Reader in Comparative Religion* (pp.102-111). New York: Harper and Row.
- Manubens, R., Roussos, A., Olivera, J. Gómez, J. M. (2018). Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia. *ACADEMO (Asunción)* 5 (2), pp. 143-158.
- Mateu, Campillo, González y Gómez (2010). La empatía psicoterapéutica y su evaluación: una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (1), pp. 1-18, 2010
- Ministerio de Salud (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 7: La enfermedad mental / Ministerio de Salud*. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca”. Unidad de Salud Mental. -- Lima.

- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48 (1), pp. 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Oblitas, L. (comp.) (2008) *Psicoterapias contemporáneas*. México, México D.F.: Cengage Learning Editores, S.A.
- Ojeda, M. (2010). Origen y evolución de la alianza terapéutica. *Revista GPU*, 6 (3), pp. 284 – 295.
- Olivera, J. (2010). *Acerca del concepto de empatía. Su rol y evaluación en psicoterapia* (Tesina de Licenciatura en Psicología). Universidad de Belgrano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Olivera, J., Braun, M., Roussos, A. (2011). Instrumentos para la evaluación de la empatía en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20 (2), pp. 121-132.
- Ortega, H., Tirapu J., & López-Goñi, J. (2012). Valoración de la cognición social en esquizofrenia a través del test de la mirada. Implicaciones para la rehabilitación. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (1), pp. 39-51.
- Parra, A. (2017). Empatía y pensamiento mágico en la formación de la alianza terapéutica en psicólogos y tarotistas. *Revista de Psicoterapia*, 28 (106), pp. 149-164.

- Piedrabuena, S. (2007). *Cualidades personales del terapeuta en opinión de los pacientes y en relación a la percepción de mejoría* (Tesis de maestría no publicada). Universidad de Belgrano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Ponce, T. (2017). *Propiedades Psicométricas del test de Empatía Cognitiva y Afectiva en Docentes de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Trujillo* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Safran, J. & Muran, J. (2005). *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional* (2 ed.). España, Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.
- Salgado, M. (2016). Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica. *Perspectivas en Psicología*, 13 (1), pp. 46-55
- Santibáñez-Fernández, P. (2003). La Alianza Terapéutica en Psicoterapia: El “Inventario de Alianza de Trabajo” en Chile. *Psyke*, 12 (1), pp. 109-118.
- Santibáñez-Fernández, P., Román, M., & Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26 (2), pp. 267-287.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47 (4), pp. 637–645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>

Tracey, T., & Kokotovic, A. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1 (3), pp. 207-210. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>

Vera, C. (2018). *Ansiedad rasgo-estado y estilo personal del terapeuta en psicólogos que trabajan con pacientes oncológicos en Lima Metropolitana* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), Lima, Perú.

ADDENDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al responder estos cuestionarios usted estará participando de una investigación. Esta investigación está siendo llevada a cabo por Jairo Lincol Cáceres Rivera, bachiller de la carrera de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. En este trabajo se espera que todas las personas participen de forma voluntaria. La aplicación de los cuestionarios será anónima y confidencial, esto significa que ninguna otra persona tendrá acceso o conocerá las respuestas personales. Si ha leído este escrito y ha decidido participar, comprenda que su participación es totalmente voluntaria. Su firma en este consentimiento implica que ha decidido participar de la investigación. Además, recibirá la información necesaria del estudio y una copia de este formulario de consentimiento informado. Asimismo, puede pedir información más amplia sobre los resultados del estudio cuando éste haya concluido. Para eso, puede comunicarse con Jairo Lincol Cáceres Rivera al correo: jcaceresri@unsa.edu.pe o al teléfono celular número: +51 999 019 590, o brindarnos su correo o teléfono para su envío.

Firma: _____

Fecha: _____

Apellidos y Nombres (Opcional): _____

Aclaración (Opcional): _____

*Correo y/o teléfono celular (Opcional): _____

CÓDIGO:	
---------	--

Muchas gracias por su participación.

FICHA DE DATOS: Entrevista a Psicólogos

CÓDIGO:	
---------	--

1. Apellidos y Nombres (Opcional): _____
2. Edad: ____ años | Sexo: Hombre (), Mujer () | Fecha de entrevista: _____
3. Lugar de procedencia (región y ciudad/pueblo): _____
4. Otras profesiones: _____ Estudios (), Titulaciones (), Cursos ()

5. ¿Cuántos años hace que ejerce su actividad desde que se inició? _____ años.
6. Cantidad de clientes por mes. _____ (en los últimos seis meses).
7. ¿Cuál es su orientación teórica en su práctica clínica?
☐ Psicoanálisis freudiano. ☐ Otra escuela del psicoanálisis:
☐ Conductismo. ☐ Cognitivismo. ☐ Cognitivo-Conductual.
☐ Humanismo. ☐ Existencialismo. ☐ Humanístico-Existencial.
☐ Sistémico.
☐ Integrativo.
☐ Ecléctico, no tengo una orientación específica.
☐ Otra. Describir: _____
8. ¿Cuál es la problemática más frecuente que observa usted en sus consultas?
☐ Pareja.
☐ Económica.
☐ Laboral.
☐ Salud.
☐ Conflictos intrafamiliares.
☐ Sentido de la vida.
☐ Otros. ¿Cuáles?: _____
9. ¿Cuánto tiempo promedio les dedica a sus clientes en cada sesión? _____ (en minutos).
10. Datos Adicionales: _____

INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS

CUESTIONARIO TECA											
CÓDIGO:		FECHA:									
<p>Las siguientes frases se refieren a sus sentimientos y pensamientos en una variedad de situaciones. Indique cómo lo describe cada situación eligiendo la puntuación de 1 a 5 como se indica a la derecha. Cuando haya elegido su respuesta, rodee con un círculo el número correspondiente. Le cada frase cuidadosamente antes de responder. Conteste honestamente con lo que más se identifique, ya que no hay respuestas correctas o incorrectas. No deje ninguna frase sin contestar.</p>		①	Totalmente en desacuerdo								
		②	Algo en desacuerdo								
		③	Neutro								
		④	Algo de acuerdo								
		⑤	Totalmente de acuerdo								
1.	Me resulta fácil darme cuenta de las intenciones de los que me rodean.	1	2	3	4	5					
2.	Me siento bien si los demás se divierten.	1	2	3	4	5					
3.	No me pongo triste sólo porque un amigo lo esté.	1	2	3	4	5					
4.	Si un amigo consigue un trabajo muy deseado, me entusiasmo con él.	1	2	3	4	5					
5.	Me afectan demasiado los programas de sucesos.	1	2	3	4	5					
6.	Antes de tomar una decisión intento tener en cuenta todos los puntos de vista.	1	2	3	4	5					
7.	Rara vez reconozco cómo se siente una persona con sólo mirarla.	1	2	3	4	5					
8.	Me afecta poco escuchar desgracias sobre personas desconocidas.	1	2	3	4	5					
9.	Me hace ilusión ver que un amigo nuevo se encuentra a gusto en nuestro grupo.	1	2	3	4	5					
10.	Me es difícil entender cómo se siente una persona ante una situación que no he vivido.	1	2	3	4	5					
11.	Cuando un amigo se ha portado mal conmigo intento entender sus motivos.	1	2	3	4	5					
12.	Salvo que se trate de algo muy grave, me cuesta llorar con lo que les sucede a otros.	1	2	3	4	5					
13.	Reconozco fácilmente cuándo alguien está de mal humor.	1	2	3	4	5					
14.	No siempre me doy cuenta cuando la persona que tengo al lado se siente mal.	1	2	3	4	5					
15.	Intento ponerme en el lugar de los demás para saber cómo actuarán.	1	2	3	4	5					
16.	Cuando a alguien le sucede algo bueno siento alegría.	1	2	3	4	5					
17.	Si tengo una opinión formada no presto mucha atención a los argumentos de los demás.	1	2	3	4	5					
18.	A veces sufro más con las desgracias de los demás que ellos mismos.	1	2	3	4	5					
19.	Me siento feliz sólo con ver felices a otras personas.	1	2	3	4	5					
20.	Cuando alguien tiene un problema intento imaginarme cómo me sentiría si estuviera en su piel.	1	2	3	4	5					
21.	No siento especial alegría si alguien me cuenta que ha tenido un golpe de suerte.	1	2	3	4	5					
22.	Cuando veo que alguien recibe un regalo no puedo reprimir una sonrisa.	1	2	3	4	5					
23.	No puedo evitar llorar con los testimonios de personas desconocidas.	1	2	3	4	5					
24.	Cuando conozco gente nueva me doy cuenta de la impresión que se han llevado de mí.	1	2	3	4	5					
25.	Cuando mis amigos me cuentan que les va bien, no le doy mucha importancia.	1	2	3	4	5					
26.	Encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otras personas.	1	2	3	4	5					
27.	Entender cómo se siente otra persona es algo muy fácil para mí.	1	2	3	4	5					
28.	No soy de esas personas que se deprimen con los problemas ajenos.	1	2	3	4	5					
29.	Intento comprender mejor a mis amigos mirando las situaciones desde su perspectiva.	1	2	3	4	5					
30.	Me considero una persona fría porque no me conmuevo fácilmente.	1	2	3	4	5					
31.	Me doy cuenta cuando las personas cercanas a mí están especialmente contentas sin que me hayan contado el motivo.	1	2	3	4	5					
32.	Me resulta difícil ponerme en el lugar de personas con las que no estoy de acuerdo.	1	2	3	4	5					
33.	Me doy cuenta cuando alguien intenta esconder sus verdaderos sentimientos.	1	2	3	4	5					

CUESTIONARIO EPT – C ... Versión Abreviada											
CÓDIGO:				FECHA:							
<p>El presente inventario está destinado a conocer su estilo personal como terapeuta. No hay respuestas buenas o malas ya que diferentes estilos pueden ser igualmente beneficiosos. Más allá de que su labor varía con los diferentes clientes, queremos que responda según sea su modo más general y frecuente de llevar adelante su trabajo. No piense demasiado en el significado de cada afirmación. La respuesta más espontánea es la más valiosa. Cómo puntuar: Un 1 en la escala significa su total desacuerdo con la afirmación. Un 7 indica que usted está totalmente de acuerdo con la afirmación. Todos los números intermedios reflejan matices en su opinión. Responda su grado de acuerdo con cada afirmación.</p>				①	Total desacuerdo						
				②	Moderado desacuerdo						
				③	Algún desacuerdo						
				④	Indiferente						
				⑤	Algo de acuerdo						
				⑥	Moderado acuerdo						
				⑦	Total acuerdo						
1.	Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada.	1	2	3	4	5	6	7			
2.	Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión.	1	2	3	4	5	6	7			
3.	Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios.	1	2	3	4	5	6	7			
4.	Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración.	1	2	3	4	5	6	7			
5.	La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio.	1	2	3	4	5	6	7			
6.	Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7			
7.	Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso.	1	2	3	4	5	6	7			
8.	Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas.	1	2	3	4	5	6	7			
9.	Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal.	1	2	3	4	5	6	7			
10.	En mis intervenciones soy predominantemente directivo.	1	2	3	4	5	6	7			
11.	Pienso bastante en mi trabajo, aún en mis horas libres.	1	2	3	4	5	6	7			
12.	Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia.	1	2	3	4	5	6	7			
13.	Nunca modifico la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible.	1	2	3	4	5	6	7			
14.	Si algo me irrita durante una sesión puedo expresarlo.	1	2	3	4	5	6	7			
15.	Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos.	1	2	3	4	5	6	7			
16.	Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento.	1	2	3	4	5	6	7			
17.	Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir.	1	2	3	4	5	6	7			
18.	Procuro dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones.	1	2	3	4	5	6	7			
19.	Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá de las sesiones.	1	2	3	4	5	6	7			
20.	Soy bastante laxo con los horarios.	1	2	3	4	5	6	7			
21.	Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención.	1	2	3	4	5	6	7			

CUESTIONARIO WAI-S-T										
CÓDIGO:		FECHA:								
<p>En esta página hay frases que describen las distintas opiniones o emociones que un terapeuta puede tener en relación con su cliente. Si la frase describe lo que usted opina o siente siempre acerca de su cliente, rodee con un círculo el número 7; si por el contrario nunca opina o siente así acerca de él, marque el número 1. Emplee los números intermedios para expresar su opinión entre estos dos extremos.</p> <p>Este cuestionario es CONFIDENCIAL. Su cliente no verá sus respuestas. No se detenga mucho en las preguntas; lo que nos interesa es su primera impresión. POR FAVOR, ASEGÚRESE DE CONTESTAR A <u>TODAS</u> LAS PREGUNTAS. Gracias por su colaboración.</p>				①	Nunca					
				②	Rara vez					
				③	De vez en cuando					
				④	A veces					
				⑤	A menudo					
				⑥	Muy a menudo					
				⑦	Siempre					
1.	Mi paciente y yo estamos de acuerdo sobre qué hacer para mejorar su situación.	1	2	3	4	5	6	7		
2.	Mi paciente y yo estamos seguros de la utilidad de las actividades que realizamos en la terapia.	1	2	3	4	5	6	7		
3.	Creo que a mi paciente le caigo bien.	1	2	3	4	5	6	7		
4.	Tengo dudas sobre lo que estamos intentando conseguir en la terapia.	1	2	3	4	5	6	7		
5.	Confío en mi capacidad para ayudar a mi paciente.	1	2	3	4	5	6	7		
6.	Mi paciente y yo estamos trabajando para conseguir los objetivos que hemos acordado.	1	2	3	4	5	6	7		
7.	Aprecio a mi paciente como persona.	1	2	3	4	5	6	7		
8.	Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que trabaje mi paciente.	1	2	3	4	5	6	7		
9.	Entre mi paciente y yo hemos creado un clima de confianza mutua.	1	2	3	4	5	6	7		
10.	Mi paciente y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son sus verdaderos problemas.	1	2	3	4	5	6	7		
11.	Mi paciente y yo entendemos qué tipo de cambios le vendrían bien.	1	2	3	4	5	6	7		
12.	Mi paciente cree que estamos trabajando en su problema de forma adecuada.	1	2	3	4	5	6	7		

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE, POR FAVOR,
QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

Muchas gracias por su participación.

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN EL CRITERIO DE EXPERTOS

DATOS GENERALES:

1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO :

1.2 CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA : Docente Universitario –UNSA

1.3 ESPECIALIDAD DEL EXPERTO : Clínica

1.4 TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL : + 30 años

1.5 NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Inventario de Alianza Terapéutica (Formato corto, versión del terapeuta - WAI-S-T)

1.6 VARIABLE DE MEDIDA: El WAI-S-T es un instrumento que evalúa la alianza terapéutica conformada por tres componentes (acuerdo en los objetivos, acuerdo en las tareas y vínculo emocional). Esta versión adaptada para ser contestada por terapeutas está formada por 12 ítems distribuido en los tres componentes de la alianza terapéutica, con 4 ítems por componente respectivamente. Su ámbito de aplicación es en adultos.

1.7 AUTOR DEL INSTRUMENTO: Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1984)

1.8 ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL: Nelson Andrade-González & Alberto Fernández-Liria (2007).

No	Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1.-	CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.			✓		
2.-	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.			✓		
3.-	ACTUALIDAD	Adecuado al desarrollo de los acontecimientos psicológicos actuales.			✓		
4.-	ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica.			✓		
5.-	SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.			✓		
6.-	INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación del acompañamiento del terapeuta en el rendimiento del cliente.			✓		
7.-	CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos, científicos de la evaluación psicológica.			✓		
8.-	COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.			✓		
9.-	METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del diagnóstico.			✓		

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Si es aplicable en un 60%

I. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

FIRMA DOCENTE

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN EL CRITERIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : *Psicólogo Climiro*
 1.2 CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA : *Hospital Regional Manana Delgado*
 1.3 ESPECIALIDAD DEL EXPERTO : *Psicología Clínica*
 1.4 TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL : *07 años*
 1.5 NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Inventario de Alianza de Trabajo (Formato corto, versión del terapeuta - WAI-S-T)
 1.6 VARIABLE DE MEDIDA: El WAI-S-T es un instrumento que evalúa la alianza terapéutica conformada por tres componentes (acuerdo en los objetivos, acuerdo en las tareas y vínculo emocional). Esta versión adaptada para ser contestada por terapeutas está formada por 12 ítems distribuido en los tres componentes de la alianza terapéutica, con 4 ítems por componente respectivamente. Su ámbito de aplicación es en adultos.
 1.7 AUTOR DEL INSTRUMENTO: Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1984)
 1.8 ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL: Nelson Andrade-González & Alberto Fernández-Liria (2007).

No	Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1.-	CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2.-	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3.-	ACTUALIDAD	Adecuado al desarrollo de los acontecimientos psicológicos actuales.					X
4.-	ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica.					X
5.-	SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					X
6.-	INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación del acompañamiento de los padres en el rendimiento escolar de los estudiantes.					X
7.-	CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos, científicos de la evaluación psicológica.					X
8.-	COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
9.-	METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del diagnóstico.					X

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Es aplicable por su versatilidad en medir las variables que intentó medir

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

FIRMA DOCENTE

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN EL CRITERIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO :

1.2 CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA : Docente

1.3 ESPECIALIDAD DEL EXPERTO : Maestría Clínica

1.4 TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL : 3 Años

1.5 NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Inventario de Alianza de Trabajo (Formato corto, versión del terapeuta - WAI-S-T)

1.6 VARIABLE DE MEDIDA: El WAI-S-T es un instrumento que evalúa la alianza terapéutica conformada por tres componentes (acuerdo en los objetivos, acuerdo en las tareas y vínculo emocional). Esta versión adaptada para ser contestada por terapeutas está formada por 12 ítems distribuido en los tres componentes de la alianza terapéutica, con 4 ítems por componente respectivamente. Su ámbito de aplicación es en adultos.

1.7 AUTOR DEL INSTRUMENTO: Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1984)

1.8 ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL: Nelson Andrade-González & Alberto Fernández-Liria (2007).

No	Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1.-	CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.			X		
2.-	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3.-	ACTUALIDAD	Adecuado al desarrollo de los acontecimientos psicológicos actuales.					X
4.-	ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica.				X	
5.-	SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				X	
6.-	INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación del acompañamiento de los padres en el rendimiento escolar de los estudiantes.				X	
7.-	CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos, científicos de la evaluación psicológica.					X
8.-	COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9.-	METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del diagnóstico.				X	

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Es una herramienta muy útil y fácil de aplicar

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

FIRMA DOCENTE

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN EL CRITERIO DE EXPERTOS

DATOS GENERALES:

1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO :

1.2 CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA : Docente Universitario –UNSA

1.3 ESPECIALIDAD DEL EXPERTO : Psicóloga Clínica

1.4 TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL : 23 años

1.5 NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Inventario de Alianza Terapéutica (Formato corto, versión del terapeuta - WAI-S-T)

1.6 VARIABLE DE MEDIDA: El WAI-S-T es un instrumento que evalúa la alianza terapéutica conformada por tres componentes (acuerdo en los objetivos, acuerdo en las tareas y vínculo emocional). Esta versión adaptada para ser contestada por terapeutas está formada por 12 ítems distribuido en los tres componentes de la alianza terapéutica, con 4 ítems por componente respectivamente. Su ámbito de aplicación es en adultos.

1.7 AUTOR DEL INSTRUMENTO: Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1984)

1.8 ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL: Nelson Andrade-González & Alberto Fernández-Liria (2007).

No	Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1.-	CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2.-	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3.-	ACTUALIDAD	Adecuado al desarrollo de los acontecimientos psicológicos actuales.				X	
4.-	ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica.				X	
5.-	SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				X	
6.-	INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación del acompañamiento del terapeuta en el rendimiento del cliente.					X
7.-	CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos, científicos de la evaluación psicológica.				X	
8.-	COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
9.-	METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del diagnóstico.				X	

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable.

PROMEDIO DE VALORACIÓN: Muy Bueno 80%

FIRMA DOCENTE

CASO

**Presentado por el Bachiller:
Jairo Lincol Cáceres Rivera**

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

EXAMEN MENTAL

INFORME PSICOMÉTRICO

INFORME PSICOLÓGICO

INFORME PSICOTERAPEÚTICO

ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : Y. S. S.
- **Edad** : 39 Años.
- **Fecha de Nacimiento** : 11/03/1979
- **Lugar de Nacimiento** : Cusco.
- **Grado de Instrucción** : Superior Completo.
- **Estado Civil** : Casada.
- **Procedencia** : Andahuaylas.
- **Ocupación** : Obstetra (sin laboral)
- **Religión** : Católica.
- **Referente** : Consultorio de Psicología.
- **Informantes** : El propio paciente.
- **Lugar de Evaluación** : Hospital de Andahuaylas.
- **Fechas de Evaluación** : 02, 04/07/2018
- **Examinador (a)** : Bach. Ps. Jairo Lincol Cáceres Rivera

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude llorando y mencionando lo siguiente: “Desde hace un tiempo siento que el corazón me late más fuerte, tengo dolores de cabeza y temblores en partes de mi cuerpo que no sé por qué; dándome preocupaciones de lo que me podría pasar, que serán de mis hijos y temo que me esté volviendo loca.”

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

A. Tiempo: Aproximadamente desde hace 1 mes y medio.

B. Forma de Inicio: La paciente relata que el origen de su conflicto se originó aproximadamente el 18 de mayo al retornar de un viaje largo de recreación, cuando comenzó a resolver los trabajos académicos pendiente de sus estudios universitarios, los cuales se habían acumulado y debían ser entregados con fechas determinadas por ser trabajos finales de la carrera de Derecho que cursaba a distancia. Preocupada por su cumplimiento se puso a desarrollarlos durante 3 días seguidos (18, 19 y 20 de mayo) frente a la computadora; llegando a sobreexigirse, descuidar su alimentación y generar reacciones adversas en su organismo que no podían ser afrontados con medicación general que ella conocía. Motivo por el cual acudió a EsSalud para ser atendida, pero al no hallar explicaciones convincentes decidió buscar sus propias respuestas, aumentando así su intranquilidad al llegar a asociar su estado actual con un fuerte golpe en la cabeza que había sufrido hace 2 semanas (5 de mayo) en su domicilio cuando realizaba las labores domésticas. Con esta nueva ideación empieza a presentarse a médicos especialistas (Neurólogos), recibiendo réplicas de que todo era normal, sintiéndose de esta manera de que nadie podía encontrar el origen de su malestar. Así fue transcurriendo el tiempo acudiendo a otras clínicas, para luego llegar a un consultorio privado de psiquiatría donde nuevamente le recetaron medicación ya conocida para ella; y no convencida del todo del tratamiento prescrito decidió recurrir a la opinión de un familiar, quien era un médico neurólogo, el cual le conduce a acudir al consultorio de Psicología.

- C. Síntomas principales:** Tiene dolencias corporales, palpitaciones, sudoración, dolor en el pecho, mareos, temblores, sensaciones de frío y calor, náuseas, debilidad, sensación de irrealidad, entumecimiento de extremidades, miedo a desmayarse, perder el control, volverse loca o morir.
- D. Relato:** “Luego de hacer un viaje largo de paseo, me dediqué a culminar mis trabajos de la universidad por 3 días seguidos (18, 19 y 20 de mayo) frente a la computadora; y entre los días 20 y 23 de mayo no presente reacción adversa, solo cansancio general; pero para el día 24 de mayo por la noche me sentía tensa, no podía dormir y los 2 días siguientes (25 y 26 de mayo) me dolía la cabeza. Así que fui a EsSalud, donde me dieron explicaciones no satisfactorias y la medicación habitual. No convencida con esas respuestas visité a una clínica y me dijeron algo parecido; por ello persistí en acudir a otra clínica y hacerme un examen más completo, donde también no hallaron nada orgánico. Así fue pasando el tiempo, llegue con una psiquiatría, que solo me prescribió medicación, y como último recurso consulte a mi primo, quien me recomendó acudir a un psicólogo, y aquí estoy.”
- E. Antecedentes Clínicos:** No sufrió de trastorno psicológico alguno antes de este conflicto. En su estado actual visitó a EsSalud (Medicina y Psicología), pero no recibió explicaciones satisfactorias según refiere. Además, asistió a 2 clínicas privadas, y a un consultorio privado de psiquiatría, donde tampoco sintió encontrar respuesta a su malestar. Actualmente asiste al servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital de Andahuaylas.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES: PERÍODO DE DESARROLLO

A. Etapa Pre-natal: Embarazo o gestación

La paciente da a conocer que su concepción fue deseada por ambos padres; siendo su padre el de mayor edad, mientras que su madre tenía la edad de 33 años cuando quedo embarazada de ella. Asimismo, la madre por motivos de trabajo vivía en Cusco; entretanto que su padre laboraba en Grau (Apurímac), llegando a serle infiel a su madre con otra pareja y motivando con ello las dudas y preocupaciones constantes en su mamá que afectarían su estado emocional, generándole posibles descuidos en la atención de su embarazo.

B. Etapa Natal: Parto

La etapa de gestación se desarrolló completamente en los 9 meses, culminando con su nacimiento en la ciudad del Cusco a través de un parto normal sin presentar complicaciones, alcanzando la talla y el peso adecuado.

C. Etapa Post-Natal: Primer Año Desarrollo-Rasgos neuropáticos

No presento retardo en su desarrollo; alcanzando el vínculo de apego con su madre, que le permitió conseguir el reconocimiento y la seguridad emocional, caminar al año y hablar a la edad de 1 año medio a 2 años. Mientras que su padre solo le acompañó hasta aproximadamente los 3 años; luego abandono el hogar por incomprensión con su madre. No registro rasgos neuropáticos.

D. Etapa Escolar y/o Superior o Técnico

Durante toda su etapa de desarrollo intermedio, la paciente estudio hasta culminar el colegio en compañía de su abuelita, su madre y sus 2 hermanos mellizos mayores, viviendo muy feliz al estar con ellos. Comenzado a cursar sus estudios de educación inicial en Grau (Apurímac), bajo la enseñanza de su tía; siendo bien entusiasta, comunicativa y con deseos de jugar el mayor tiempo; llegando a incumplir en ocasiones sus tareas y acudir a la ayuda de su profesora para la resolución de sus deberes.

El nivel primario también lo curso en la misma ciudad, donde se desempeñó como una estudiante regular, sin presentar dificultades en su rendimiento académico ni en su comportamiento; tampoco no fue víctima de bullying.

Del mismo modo, el nivel secundario lo continuo en Grau; con un rendimiento académico promedio, conservando su actitud comunicativa y no conflictiva con sus compañeros. Generando buenas amistades con las chicas y poco interés en el sexo opuesto; desarrollando su sociabilización mediante la integración de su persona en la escolta del colegio y el coro de la parroquia.

Al culminar el colegio emprendió un viaje hacia Cusco para prepararse en una academia y poder postular a la universidad. Sin embargo, se enfermó de cólicos unos días antes de la fecha de examen; motivo por el cual no se presentó y decidió retornar a Grau para aliviarse.

Pasado un tiempo la paciente continua con sus estudios; llegando a ingresar a un instituto en la ciudad de Abancay para cursar la carrera técnica de enfermería, del cual se graduó sin dificultades. Procediendo inmediatamente a trabajar en su profesión durante 1 año en un puesto de salud de periferia, liderando un Programa de Salud. Donde fue personal que sufrió la discriminación por parte de los médicos; motivándole ello a encontrar su nueva vocación, renunciar y continuar con sus aspiraciones académicas.

Llegando a ingreso a una Universidad del Cusco para estudiar Obstetricia, desempeñándose como una estudiante responsable y tranquila; alcanzando a culminado sus 5 año de formación sin muchas dificultades. Al salir de la Universidad continuo con su internado hospitalario y rural para posteriormente graduarse mediante un curso de actualización profesional.

Por último, hizo una maestría vinculado a su formación académica, y actualmente cursa la carrera de Derecho a distancia.

E. Desarrollo y Función Sexual

No presento interés para comenzar relación alguna hasta los 18 años, edad en la cual conoció a su primer enamorado mientras ella estudiaba en un instituto de Abancay. Tiempo después ella dispone culminar la relación cuando su primer enamorado le propone comprometerse, renunciando al compromiso por temor a interrumpir sus deseos de seguir estudiando; resolviendo irse a la ciudad del Cusco para continuar con su formación profesional de Obstetricia.

F. Aspectos psicosexual y Matrimonio

Al retornar ella del Cusco con su nueva profesión y empezar a trabajar en la ciudad de Abancay conoció a su segunda pareja, con el cual mantiene una relación por 3 años, para luego decidir comprometerse y formar pareja, con quien es su actual esposo.

G. Aspectos Fisiológicos: (Sexualidad)

Menciona que no tiene ningún problema en esta área de su vida, dando a conocer que su interés sexual está en concordancia con lo normal y que no tiene ningún antecedente de tipo médico o psicológico que le esté afectando en esta área.

H. Historia de la Recreación y de la vida

Se entretiene jugando con sus hijos, siendo una persona de no hacer mucho deporte, pero si asiste al gimnasio. Entre otros pasatiempos le gusta ir de paseo, viajar, hacer reuniones en su casa y frecuentar al cine.

I. Actividad Laboral

Estuvo distanciada de lo laboral hasta culminar su colegio, donde luego de estudiar enfermería técnica inicia a trabajar por un periodo de 1 año; posteriormente renunciando por ideas de formación académica.

Luego de concluir su nueva profesión, al retornar del Cusco como Obstetra trabaja de Serums por un año. Posteriormente se distancia del trabajo por unos años por la llegada de su primer hijo; para luego reiniciar su labor en el sector salud de Andahuaylas, manteniendo la permanencia en su trabajo por un lapso de 3 años y medio.

Los 6 años siguientes residió en la ciudad de Huancavelica por motivos de cambio de trabajo de su esposo; llegando solo a desempeñarse laboralmente el penúltimo año de su estadía, en el área de docencia universitaria. Ya para finalizar el último año decide retornar hacia la ciudad de Andahuaylas para emprender nuevamente la búsqueda de oportunidad laboral. Continuando el nuevo año, ahora en mayo, aún se encuentra sin laboral, pero sin carecer de condiciones económicas primordiales.

J. Servicio Militar

No llegó a realizarlo por motivos de estudio.

K. Religión

Es católica desde pequeña. Sin embargo, tiene tolerancia y apertura al dialogo con otras religiones para aprender de ellas. Reconoce que desde hace tiempo se apartó de la vida espiritual, y siente que ello afectó su vida actual; motivo por el cual empezó a recurrir a visitar la iglesia y leer lectura relacionadas con la biblia.

L. Hábitos e influencias nocivas o tóxicas

Presenta un adecuado cuidado personal, no descuidando salud, sin alteraciones del sueño, perdiendo solo el apetito cuando se encuentra en soledad, no fuma y solo consume un poco de alcohol eventualmente en compromisos. Asimismo, el posible hábito nocivo que le puede estar afectando es encontrarse sin laborar ya cerca de un año y tener la necesidad emocional de integrarse nuevamente en la vida laboral.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

A. Enfermedades y accidentes

No sufrió de enfermedades incapacitantes; solo de un estado de tristeza significativa que se dio en su etapa de universitaria, incitado por obtener bajas calificaciones. Llegando a requerir de la compañía de su madre por una semana para recuperarse y a la postre poder culminar el semestre superando sus evaluaciones e irse de vacaciones a Grau.

Tuvo 2 accidentes de tránsito. El primero se produjo en el año 1999 cuando laboraba como enfermera técnica, sufriendo la luxación de uno de sus codos, del cual se recuperó sin requerir hospitalización, solo con atención básica. El segundo se dio en el año 2002 cuando era estudiante universitaria, llegando a sufrir una luxación mandibular, estando hospitalizada por un día, para posteriormente atenderse en una clínica; siendo dada de alta refiriendo en ambos casos que, no hubo daño o compromiso cerebral.

B. Personalidad Premórbida

La paciente mantenía una tipología con rasgos de ser una persona tolerante y aperturada al dialogo con otras personas; era entusiasta, comunicativa y conservadora hacia actitudes no conflictivas y de compañerismo. Asumiendo en ocasiones deberes que no le correspondían, llegando a ser condescendiente con otros y recibir sanciones por irresponsabilidad de terceros; generando el conflicto y la reducción de sus propios deseos por dudas y preocupaciones constantes entorno a su desempeño personal para

complacer a otros, afectando su estado emocional. Evitando a la larga los compromisos mediante la evasión o hasta la renuncia por temor a interrumpir nuevamente sus deseos, constituyéndose miedos y temores para iniciar o comprometerse a nuevas actividades por el tiempo de duración; sometiéndolas a la resolución en últimos momentos por abordarlas de manera muy pensativa o subestimarlas, generándose ansiedad. Tendiendo a estados de tristeza frente a dificultades, incumplimiento y frustraciones personales; requiriendo de la compañía para poder recuperarse, haciendo uso del entretenimiento o la diversión para obtener tranquilidad personal mediante la búsqueda de viajes o reuniones familiares; no realizando mucho deporte, pero si asistiendo al gimnasio. Sin recurrir a hábitos ni influencias nocivas, cuidando su salud y alimentación, con un adecuado aseo personal.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

A. Composición Familiar

Creció al lado de su abuela, su madre y sus 2 hermanos hasta culminar el nivel secundario; mientras que su padre dejó el hogar cuando ella tenía 3 años. Las siguientes etapas de desarrollo la vivió sola y con eventuales compañías de su madre; hasta llegar a comprometerse y formar su propia familia, constituida por 4 integrantes, conformado por ambos padres y sus 2 hijos varones de 10 y 4 años.

B. Dinámica Familiar

La paciente vive actualmente con sus 2 hijos en Andahuaylas; posibilitando en esta ciudad la mayor interrelación de sus hijos con sus familiares; mientras que su pareja se encuentra distante en Huancavelica por motivos de trabajo. Sin embargo, se visitan periódicamente y están en comunicación permanente para garantizar el cumplimiento de las responsabilidades familiares. Asimismo, la madre de la paciente vive en Grau, visitándose ambas regularmente, también mantiene comunicación actual con sus hermanos. Referente a la relación con los familiares de su pareja no existe conflicto alguno.

C. Condición Socioeconómica

Vive en un hogar propio con todas las facilidades sanitarias que lo ubican en un nivel de la clase media, no careciendo de ingresos económicos. Pudiendo garantizar la satisfacción de sus necesidades básicas y complementarias para el bienestar de su salud física y mental.

D. Antecedentes Patológicos

Recuenta que ninguno de sus familiares tuvo o presenta trastorno psicológico alguno que limite el desarrollo normal de sus actividades; solo algunas dificultades en el manejo emocional de la tristeza e ira.

VII. RESUMEN

La paciente es natural de la provincia de Grau (Apurímac), tiene 39 años, católica, con estudios superiores de Obstetricia y técnica en enfermería, cursando actualmente la carrera de Derecho. Acude a consulta describiendo sentirse, desde hace aproximadamente 1 mes y medio, de malestares generales como palpitaciones cardíacas, dolores en la cabeza, temblores en todo el cuerpo, y teme estar perdiendo el control, volverse loca o morir. En su historia personal se evidencia que su etapa prenatal se desarrolló con naturalidad dentro de los 9 meses, de parto normal sin complicaciones, caminando al año y hablar al 1 año y medio a 2 años; de esta manera todo el proceso de su desarrollo estuvo bajo el cuidado y compañía de su madre, mientras que su padre se distancio cuando ella tenía 3 años. Como antecedentes mórbidos, tuvo 2 accidentes de tránsito (1999, 2002), pero la paciente refiere que en ambos casos no hubo daño ni compromiso cerebral, salvo secuelas psicológicas. Además, actualmente se encuentra sin laboral, pero aun así no carece de soporte económico básico por la buena dinámica familiar constituida por su pareja y sus 2 hijos varones de 10 y 4 años. Por otra parte, no refiere antecedentes mórbidos de tipo familiar que estén asociados a su cuadro clínico actual, tampoco hábitos e influencias nocivas que perjudiquen su salud.

Andahuaylas, 03 de agosto de 2018

Jairo Lincol Cáceres Rivera

Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : Y. S. S.
- **Edad** : 39 Años.
- **Fecha de Nacimiento** : 11/03/1979
- **Lugar de Nacimiento** : Cusco.
- **Grado de Instrucción** : Superior Completo.
- **Estado Civil** : Casada.
- **Procedencia** : Andahuaylas.
- **Ocupación** : Obstetra (sin laboral)
- **Religión** : Católica.
- **Referente** : Consultorio de Psicología.
- **Informantes** : El propio paciente.
- **Lugar de Evaluación** : Hospital de Andahuaylas.
- **Fechas de Evaluación** : 02, 04/07/2018
- **Examinador (a)** : Bach. Ps. Jairo Lincol Cáceres Rivera

II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Paciente de lateralidad diestra, aparenta tener la edad que menciona (39 años), con una tonalidad de piel intermedia, estatura y contextura mediana, arreglo personal adecuado, expresión facial de tristeza y temor, períodos de llanto, tono de voz débil, agudo y sin resonancia. Es de caminar lento, apoyándose por momentos; con un comportamiento colaborativo, y una actitud pasiva durante todo el examen.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN:

Se encuentra orientado en persona, tiempo y espacio; reconociendo el lugar y la fecha. Además, tiene nociones generales del acontecer nacional.

A. ATENCIÓN

Presenta excesiva atención por miedo de su situación actual, Hiperproxesia. Dificultándose en la concentración para responder a las preguntas, brindando contestaciones abreviadas, acompañadas en ocasiones de llantos y descargos.

B. CONCIENCIA O ESTADO DE ALERTA

Sostiene una exaltación espontanea de la conciencia, con lucidez vigilante; pudiendo identificar las ideas recurrentes de su pensamiento, sus emociones y la actitud frente a su conflicto; sintiéndose que pierde el control de su persona frente al entorno.

C. ORIENTACIÓN: TIEMPO, ESPACIO, LUGAR, PERSONA y PERSONAS

Está ubicada en el presente con noción del transcurrir del tiempo, espacio y estación del año. Dando a conocer la idea actual que maneja sobre su persona, de sí misma entorno a su estado: “No sé lo que me pasa, todo empezó desde un golpe en la cabeza, ya me vieron muchos médicos, temo que me esté volviendo loca o me vaya morir, que serán de mis hijos.”

IV. LENGUAJE

Su lenguaje verbal lleva un tono de voz débil, agudo y sin resonancia con bloqueos momentáneos en su habla. Sin embargo, posee un lenguaje comprensivo, pudiendo

emprender una comunicación tanto en lo receptivo y expresivo sin problema en la captación de conceptos y definiciones. En tanto que su lenguaje corporal refleja nerviosismo, miedo y preocupación con sensaciones de dificultad para respirar, inestabilidad de la postura y mareos que disminuyen su velocidad de respuesta.

V. PENSAMIENTO (CURSO Y CONTENIDO)

Entorno al curso de su pensamiento presenta bloqueos o interceptaciones que detienen por breves lapsos la elaboración del pensamiento cuando brinda respuestas más complejas. El contenido de su pensamiento es de tipo pesimista, generalizando su condición actual a la afectación de toda su vida futura.

VI. PERCEPCIÓN

Despliega una percepción sesgada; seleccionando su atención hacia la información que podría explicar su sensación de amenaza y disminuir su miedo ante la incompreensión; aumento con ello su temor y su sensación de pérdida de control.

VII. MEMORIA

La reexperimentación y construcción de recuerdos está siendo afectada por la percepción distorsionada de su estado actual, y la atención focalizada hacia su pensamiento rumiante de la situación conflictiva vigente. No obstante, la función de la memoria se encuentra aún conservada; sin ningún problema tanto en lo retrógrado y anterógrado. Teniendo la capacidad de emitir recuerdos de actividades realizadas anteriormente y elaborar nuevos aprendizajes y memorias con mucha precisión.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL:

A. CONOCIMIENTOS GENERALES

La paciente tiene estudios superiores completos, capacidad resolutive adecuada en lo intelectual. Siendo eficiente en la vida académica y laboral que le llevan a aparentar un nivel de inteligencia promedio normal.

B. MEMORIA

Presenta una capacidad sorprendente para recordar eventos de emisión audiovisual de los noticieros nacionales. Además de generar memoria de aprendizaje de la vinculación de estos reportajes con su vida; detallando fechas, horarios, temáticas y responsabilidades al asumir lo representado.

C. PENSAMIENTO: RAZONAMIENTO Y JUICIOS

Debido a su formación profesional en el campo de la salud (Obstétrica), la paciente hace uso de un razonamiento clínico y farmacológico que afecta su razonamiento hipotético deductivo para la valoración certera de su conflicto psicológico. Incurriendo en la intromisión profesional en psicología, llenándole de información no adecuada ni graduada, que le genera mayores confusiones y reacciones negativas dentro de su estado actual.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

En el momento del examen la paciente se encontraba con un estado de ánimo marcado por el miedo y la tristeza, produciendo ideas de perder el control de su persona en el dominio de sus funciones corporales y mentales. Aun así, se mostró todo el tiempo

dispuesta a colaborar con la evaluación, aceptar la orientación debida y comprometerse a seguir un plan de tratamiento para su trastorno psicológico desde una terapia especializada.

X. COMPRENSIÓN DEL GRADO DE SU ENFERMEDAD

Si es consciente del problema que está llevando para consigo misma, su familia y las complicaciones sociales y económicas que ello implica. No teniendo aún la información completa, ni la comprensión real del grado de incapacidad del problema, ya que la paciente lo visualiza de manera sobrevalorada mediante la generalización a su vida actual y futura. Este punto junto con los demás serán abordados en terapia.

XI. RESUMEN

La paciente aparentando tener la edad que menciona (39 años), con estudios superiores completos que le permiten figurar en una inteligencia promedio normal. Se encuentra aseada, con arreglo personal adecuado y un comportamiento colaborativo durante toda la evaluación. Siendo de caminar lento y de apoyarse al escritorio si lo requiere, con expresiones faciales de temor y tristeza acompañados de llantos momentáneos. Sosteniendo una conciencia vigilante y un estado de atención excesiva hacia su conflicto; no obstante, está orientada en tiempo, espacio y persona. Haciendo uso de un lenguaje verbal con un tono de voz débil, agudo y sin resonancia; y un lenguaje corporal ansioso con bloqueos momentáneos en su expresión por la inhibición del curso de su pensamiento y el contenido fatalista de temer estar volviendo loca. Llegando a incrementar su miedo mediante la búsqueda de información no especializada, que les

conduce a sensaciones de pérdida de control debido a la confusión de su cuadro diagnóstico. Limitándose a un razonamiento clínico y farmacológico que afecta su razonamiento hipotético deductivo para la adecuada comprensión del tratamiento. Mientras que su memoria está iniciando a ser afectada por la reexperimentación y construcción de recuerdos que van asociados a su pensamiento rumiante. No obstante, la paciente es consciente de su enfermedad, mantiene aún la función activa de la memoria, sin ningún problema tanto en lo retrógrado y anterógrado, pudiendo elaborar nuevos aprendizajes. Es así que la paciente pretende alcanzar la comprensión real de su síntoma.

Andahuaylas, 03 de agosto de 2018

Jairo Lincol Cáceres Rivera

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : Y. S. S.
- **Edad** : 39 Años.
- **Fecha de Nacimiento** : 11/03/1979
- **Lugar de Nacimiento** : Cusco.
- **Grado de Instrucción** : Superior Completo.
- **Procedencia** : Andahuaylas.
- **Ocupación** : Obstetra (sin laboral)
- **Religión** : Católica.
- **Informantes** : El propio paciente.
- **Lugar de Evaluación** : Hospital de Andahuaylas.
- **Fechas de Evaluación** : 06, 09, 11/07/2018
- **Examinador (a)** : Bach. Ps. Jairo Lincol Cáceres Rivera

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Exploración clínica de la paciente a nivel dimensional (rasgos) y estructural (organización de personalidad). Para conocer estilos, rasgos y posibles trastornos de personalidad; que permitan una comprensión clínica, de personalidad y psicoterapia adecuada al diagnóstico.

III. OBSERVACIONES GENERALES

La paciente presenta un cuidado personal adecuado, aparentando tener la edad que menciona (39 años), con estudios superiores completos que le permiten figurar en una inteligencia normal promedio. Presentado a la fecha un estado de mejoría en su consciencia de enfermedad, atención focalizada y un estado de ánimo cooperativo con seguridad y confianza para participar en la evaluación. Haciendo uso de un lenguaje verbal de intensidad suave con un tono ligeramente agudo y presentando una expresión corporal de serenidad; con una memoria conservada, fortalecida. La paciente está dispuesta a aprender nuevas ideas, que permitan alcanzar la comprensión de su síntoma.

IV. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

A. Pruebas Psicométricas

1. MCMI-III, Inventario Clínico Multiaxial de MILLON.
2. Inventario de Personalidad de Eysenck Forma B – Para Adultos.
3. Test de Personalidad Myers-Briggs (MBTI)

B. Pruebas Proyectivas

1. Test H.T.P. de John N. Buck (Casa, Árbol y Persona)
2. Test del Animal de J. Levy.

V. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

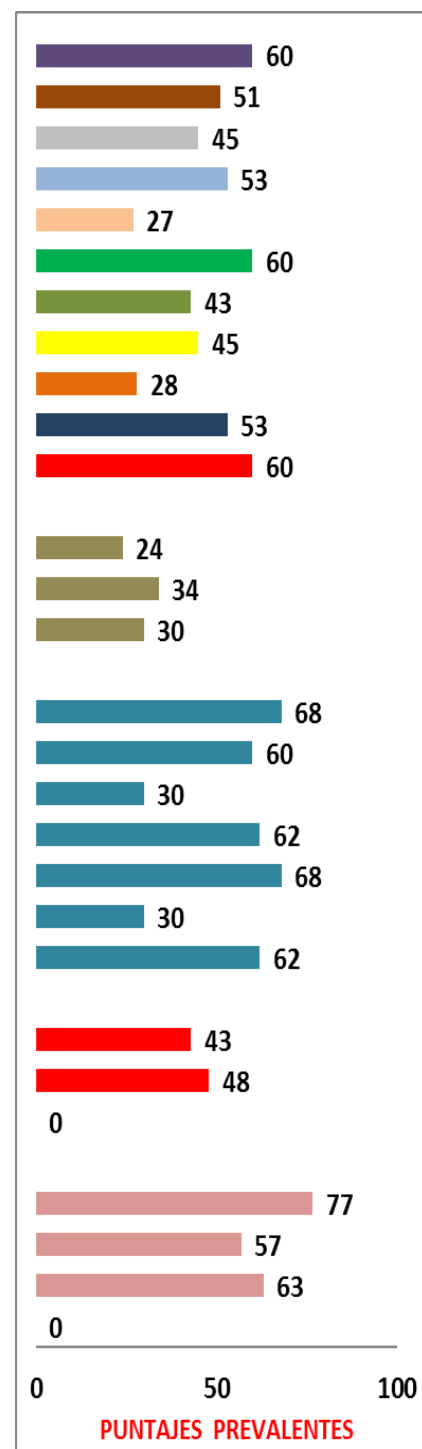
A. Pruebas Psicométricas

1. MCMI-III, Inventario Clínico Multiaxial de MILLON

NOMBRE: Y. S. S.			Edad / Sexo: 39 años (F)
TEST	VÁLIDO	PUNTAJE	VÁLIDO
Trata de responder con sinceridad			

Patrones clínicos de personalidad		Bruto	BR
1	Esquizoide	8	60
2 ^a	Evitativo	6	51
2B	Depresivo	6	45
3	Dependiente	8	53
4	Histriónico	9	27
5	Narcisista	10	60
6 ^a	Antisocial	5	43
6B	Agresivo-sádico	6	45
7	Compulsivo	9	28
8 ^a	Negativista (pasivo-agresivo)	8	53
8B	Autodestructiva	5	60
Patología severa de personalidad		Bruto	BR
S	Esquizotípica	2	24
C	Límite	4	34
P	Paranoide	3	30
Síndromes clínicos		Bruto	BR
A	Trastornos de Ansiedad	5	68
H	Trastorno Somatoformo	4	60
N	Trastorno Bipolar	3	30
D	Trastorno Distímico	7	62
B	Dependencia del alcohol	6	68
T	Dependencia de sustancias	2	30
R	Trastorno estrés postraumático	6	62
Síndromes clínicos graves		Bruto	BR
SS	Desorden del pensamiento	5	43
CC	Depresión mayor	4	48
PP	Desorden delusional	0	0
Escala Modificadores		Bruto	BR
X	Sinceridad	77	77
Y	Deseabilidad Social	12	57
Z	Devaluación	13	63
V	Validez	0	0

Indicador elevado	>=85
Indicador moderado	75-84
Indicador sugestivo	60-74
Indicador bajo	35-59
Indicador nulo	0-34



Patrones clínicos de personalidad: presencia de indicadores sugestivos en: Esquizoide (60), caracterizado por ser un patrón profundo de desapego social y un rango limitado de expresión emocional en situaciones interpersonales; Narcisista (60), que es un patrón generalizado de grandiosidad (en fantasías o en conducta), necesidad de admiración y falta de empatía; y Autodestructiva (60), **comportamiento contraproducente**, que provoca daño emocional y/o físico hacia uno mismo.

Área de patología severa de la personalidad: obtiene indicadores nulos.

Síndromes clínicos: indicadores sugestivos en Trastorno de Ansiedad (68), que estaría vinculado a sus preocupaciones excesivas y continuas que le son difíciles de controlar e interfieren en sus actividades diarias; Trastorno Somatoformo (60) causante de síntomas corporales, incluyendo el dolor; Trastorno Distímico (62) que es un estado de ánimo crónicamente deprimido, que está presente la mayor parte del tiempo; Dependencia Alcohólica (68) relacionado a las manifestaciones vivenciales, conductuales, cognitivas y fisiológicas en ceremonias y compromisos; y Trastorno de estrés postraumático (62) que desencadenarían sus reacciones de angustia ante eventos aterradores, ya sea que lo hayas experimentado o presenciado; además dentro de los **síndromes clínicos graves** obtiene indicadores bajos. Por último, vemos que estas 5 escalas van influenciando posiblemente sus síndromes de su cuadro clínico actual.

2. Inventario de Personalidad de Eysenck Forma B – Para Adultos

Introversión - Extroversión (E)	Neuroticismo (N)	Veracidad (L)
8	10	4

La paciente tiene una tendencia al temperamento flemático (con un sistema nervioso lento y equilibrado); caracterizado por ser generalmente afectuoso y lleno de simpatía, expresando pocas veces sus verdaderos sentimientos. Teniendo como debilidad la **Autoprotección, Indecisión y Temeridad**: Ya que debajo de la amable superficie del flemático late un corazón sumamente temeroso. Esta tendencia a temer le impide, con frecuencia, aventurarse por su cuenta para sacar el mayor provecho de sus potencialidades.

3. Test de Personalidad Myers-Briggs (MBTI)

ENFP (Extravertido – Intuitivo – Sentimental - Perceptivo)	
Extravertido	(28%)
Intuitivo	(19%)
Sentimental	(47%)
Perceptivo	(6%)

- Preferencia moderada de Extraversión sobre Introversión (28%)
- Distinción pequeña de Intuición sobre Sensación (19%)
- Preeminencia moderada de Sentimiento sobre Pensamiento (47%)
- Prioridad pequeña de Percepción sobre Juicio (6%)

Los ENFP son personas centradas tanto en las ideas como en la gente, quienes consideran a todos y a todo como parte de un todo cósmico. Les gusta tanto ayudar como caerles bien a las personas y ser admirados por los demás, no solo a nivel individual sino también humanitario. Algunos ENFP tienen un gran encanto estrafalario, lo que les permite congraciarse con tipos más aburridos a pesar de su originalidad.

El interés de un ENFP en estudiar algo se ve impulsado por la búsqueda de soluciones a los problemas relacionados con las personas, así como la relevancia y la utilidad de lo que aprenden para otras personas. Cuanto más positivamente crean que las personas responderán al tema, mayor será el interés y el disfrute de ENFP en él, y mayor será su deseo de aplicar lo que aprenden.

El deseo de entender a los demás y ayudarlos es lo que llena la vida de un ENFP con significado y sirve como su principal motivación. Así es como perciben el mundo y las personas que los rodean: sus emociones y acciones. Se podría decir que la orientación de los sentimientos de un ENFP se define principalmente por los siguientes factores: oportunidad de ofrecer asistencia frente a la falta de ella, y aceptación frente a rechazo. Se sienten mejor cuando tienen la oportunidad de ayudar y son aceptados por los demás y lo peor cuando se encuentran con la retirada y el rechazo.

Los ENFP a veces pueden ser tomados por sorpresa por su función secundaria de Sentimiento. Las decisiones precipitadas basadas en valores profundamente sentidos pueden desbordarse con resultados impredecibles.

B. Pruebas Proyectivas

1. Test H.T.P. de John N. Buck (Casa, Árbol y Persona)

Casa:

En lo clínico la paciente proyecta un yo que se está desintegrando en la búsqueda de un refugio seguro para consigo misma y sus familiares; tendiendo a perseguir un amparo protector mezclado con lo confortable, escapando así de los riesgos que la vida le puede presentar. Estando inmersa de manera casi exclusiva en la fantasía como mecanismo compensatorio, abundando los escrúpulos de conciencia que le complican la vida frustrando el tiempo en los mínimos detalles, masoquismo; llegando a perderse o apartarse del contacto interpersonal con la realidad.

En la dinámica de la personalidad simboliza la predominancia malsana del área afectiva vinculado a la fantasía sobre la razón, motivada por estar residiendo en una casa temporal o de recién estancia. Llevándole a plasmar una vida disminuida o carente de afectos; viviendo su propio mundo para nivelar su soledad temporal, tendiendo a ser reservada y actuar de forma controlada con respecto al medio que lo rodea. Esta actitud va configurando la precipitación y el mantenimiento de estados de inseguridad, desarraigo, sospechas paranoides y miedo a la soledad.

En lo terapéutico hay necesidad de inflación del yo que permita apreciar la vida sensible del ser; demandando el contacto con los demás a partir de deseos de ayudar y exteriorizar la actitud masculina (imago paterno). Además, hay pretensiones de adaptarse e integrarse al ambiente, en especial a su ambiente y entorno familiar para sentir que hay vida y actividad humana a su alrededor, por estar abstraída de insatisfacción, carencias afectivas de contacto, sensibilidad e impresionabilidad negativa ante los cambios de la vida.

Árbol:

En lo clínico la paciente proyecta fuerte afirmación del yo, predominando la inhibición como actitud defensiva; llevándole a actuar desde lo emocional y perder la objetividad. Empleando como mecanismo de compensación el idealismo sentimental cargado de ideas contrapuestas que le generan falta de claridad y de visión; limitando sus horizontes y dificultando la toma de decisiones manifestados en la falta de seguridad, estados de soledad angustiante y temor a la muerte.

En la dinámica de la personalidad simboliza ser sensible y emotiva, más práctica que teórica, con necesidad de sistematizar; otorgándole más acción a su parte emotiva antes que a la instintiva. Motivo por el cual tiene más represión inconsciente, mostrando solo una parte de ella misma.

En lo terapéutico hay necesidad de apoyo y búsqueda de sensaciones reasegurados y gratificantes con deseos de comunicarse con los demás para hallar conciliación entre ella y el mundo que le rodea.

Persona:

En lo clínico la paciente proyecta escisión de la personalidad por conflicto del súper yo con el yo; promovido por la dificultad de integrar su nuevo espacio ambiental y función social en una vivencia coherente a su identidad. Presentando poca tolerancia a la ansiedad por su autodomínio precario, incertidumbre y falta de decisión; tendiendo al retraimiento y a la compensación mediante la fantasía para evadir las exigencias del medio ambiente. Desarrollando impotencia, inseguridad, temor, falta de concentración, falta de control y baja energía; manifestado en la preocupación somática con sentimientos de inmovilidad y desaliento.

En la dinámica de la personalidad simboliza buena caracterización con su propio sexo, refinamiento, delicadeza y cuidado personal. Coexistiendo, además, identificación y cierta dependencia del poder físico con el símbolo materno; generando demasiada importancia al dominio de los impulsos internos de desarrollo, mediante la confrontación con sentimientos externos de agresión directa, autoagresión.

En lo terapéutico se evidencia la canalización de la impulsividad hacia la fantasía. Además, la necesidad de desarrollar la cubierta masculina.

2. Test del Animal de J. Levy.

Los animales preferidos para la simbolización de la impulsividad defensiva de la parte instintiva de la paciente fueron: una Perra de 6 años y una Gata de 5 meses. Siendo su interpretación la siguiente:

La Perra: con este animal la paciente proyecta una adaptación al ambiente desde un posicionamiento más pasivo y no agresivo con adaptabilidad y fidelidad a su medio de origen; dificultándose en establecer nuevos espacios y poner límites a situaciones novedosas; careciendo un poco de falta de iniciativa y de fuerza para llevar adelante sus proyectos. **Asimismo, como complemento, la Gata** simboliza que le gusta vivir la vida intensamente con capacidad para emprender grandes desafíos en su vida; habiendo pocas cosas que le asusten e impidan disfrutar a pleno de los escenarios habituales.

En conclusión, al existir la simbolización de complementariedad y oposición entre **la Perra y la Gata**, se evidencia en la paciente una actitud instintiva de impulsividad de reacción mansa y afectuosa ante los conflictos y hacia las personas que le quieren; asociado a la feminidad, aunque no le guste demasiado. Y como complemento se constata la generación de irritación que le causa los problemas y artificios de índole misteriosos; pudiendo convertirse en agresividad hacia los demás o consigo misma.

VI. RESUMEN

La paciente presenta indicadores sugestivos en los patrones clínicos de personalidad Esquizoide, Narcisista y Autodestructiva; en cuanto a los síndromes clínicos hay indicadores sugestivos de Trastorno de Ansiedad, Trastorno Somatoformo, Trastorno Distímico, Dependencia Alcohólica y Trastorno de Estrés Postraumático. Asimismo, tiene una tendencia hacia el temperamento flemático; existiendo preferencia moderada de

Extraversión sobre Introversión (28%), distinción pequeña de Intuición sobre Sensación (19%), preeminencia moderada de Sentimiento sobre Pensamiento (47%) y prioridad pequeña de Percepción sobre Juicio (6%). Originándose la escisión de la personalidad del paciente por conflicto del súper yo con el yo, promovido por la dificultad de integrarse a su nuevo espacio ambiental y funcional para poder realizar una vivencia coherente a su identidad; presentando un autodomínio precario con tendencia al retraimiento y a la ansiedad que es compensado por la fantasía; desarrollando impotencia, temor, falta de concentración y baja energía que se manifiesta en la preocupación somática con sentimientos de inmovilidad y desaliento. Evidenciándose una actitud instintiva de impulsividad defensiva de reacciones mansas y afectuosas hacia otros en búsqueda de su aprobación y adaptación, lo cual no le permite hacerle frente a su conflicto. Así como también se constata la generación de irritación e ira que le causa no comprender la condición de salud actual, pudiendo convertirse en agresividad hacia los demás o consigo misma, masoquismo.

Andahuaylas, 03 de agosto de 2018

Jairo Lincol Cáceres Rivera
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : Y. S. S.
- **Edad** : 39 Años.
- **Fecha de Nacimiento** : 11/03/1979
- **Lugar de Nacimiento** : Cusco.
- **Grado de Instrucción** : Superior Completo.
- **Estado Civil** : Casada.
- **Ocupación** : Obstetra (sin laboral)
- **Religión** : Católica.
- **Lugar de Evaluación** : Hospital de Andahuaylas.
- **Fechas de Evaluación** : 02, 04, 06, 09, 11/07/2018
- **Examinador (a)** : Bach. Ps. Jairo Lincol Cáceres Rivera

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude al servicio de psicología con expresiones de nerviosismo, tristeza y llanto, mencionando lo siguiente: “Desde hace un tiempo siento que el corazón me late más fuerte, tengo dolores de cabeza y temblores en partes de mi cuerpo que no sé por qué; me dan preocupaciones acerca de lo que me va pasar y que serán de mis hijos, temo que me esté volviendo loca o me vaya morir.”

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

A. Observación y Entrevista.

B. Pruebas Psicométricas.

1. MCMI-III, Inventario Clínico Multiaxial de MILLON.
2. Inventario de Personalidad de Eysenck Forma B – Para Adultos.
3. Test de Personalidad Myers-Briggs (MBTI)

C. Pruebas Proyectivas.

1. Test H.T.P. de John N. Buck (Casa, Árbol y Persona)
2. Test del Animal de J. Levy.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La paciente es natural de la provincia de Grau (Apurímac), casada, tiene 39 años, católica, con estudios superiores de Obstetricia y técnica en enfermería, cursando actualmente la carrera de Derecho. Acude a consulta describiendo sentirse desde hace aproximadamente 1 mes y medio con malestares generales como palpitaciones cardíacas, dolores en la cabeza, temblores en todo el cuerpo, y teme estar perdiendo el control, volverse loca o morir. En su historia personal refiere que su concepción fue planificada, su madre tenía 33 años edad; aunque durante el embarazo de su madre, su padre tuvo otro compromiso, lo cual afectó emocionalmente a su madre descuidando los cuidados de su gestación, sin embargo, su etapa prenatal se desarrolló con naturalidad dentro de los 9 meses, nació de parto normal sin complicaciones, caminando al año y habló al 1 año y medio a 2 años. Creció durante todo el proceso de su desarrollo en la compañía de su abuela materna, su madre y sus 2 hermanos mellizos mayores; mientras que su padre se

distancio del hogar cuando ella tenía 3 años. Referente a su formación académica desde el nivel básico al superior lo curso sin complicaciones, fue una estudiante regular, que no presento problemas de ningún tipo, tampoco sufrió violencia alguna, con una actitud comunicativa, de servicio y no conflictiva, prefería la compañía de amigas, no sentía mayor interés del sexo opuesto, iniciando compromiso de pareja a los 18 años. Como antecedentes mórbidos, tuvo 2 accidentes de tránsito (1999, 2002), pero la paciente refiere que en ambos casos no fueron graves, solo atención externa o hospitalización de observación por un día, no hubo compromiso ni daño cerebral, salvo secuelas psicológicas. Actualmente se encuentra sin laboral, lo cual le va afectando al no poder integrarse socialmente, pero aun así no carece de soporte económico básico por la buena dinámica familiar constituida con su pareja y sus 2 hijos varones de 10 y 4 años. Por otra parte, no refiere antecedentes mórbidos de tipo familiar que estén asociados a su cuadro clínico actual, tampoco hábitos e influencias nocivas personales que perjudiquen su salud.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

La paciente aparentando tener la edad que menciona (39 años), con adecuado cuidado personal, figurando una inteligencia promedio normal por su nivel superior de estudio. Presentando a la fecha una mejoría en la consciencia de enfermedad, reconocimiento de la atención focalizada, y un estado de ánimo que refleja seguridad y confianza hacia la intervención psicológica. Ejerciendo un lenguaje corporal calmado y el verbal ligeramente agudo; habiendo disminuido su pensamiento rumiante, conservando una memoria adecuada y logrando el debilitamiento del sesgo en su percepción. Sin embargo, mantiene aún manifestaciones menores inesperadas de síntomas principales como

dolencias corporales, debilidad, palpitaciones, mareos, sensación de irrealidad, náuseas, temblores, sensaciones de frío y calor, entumecimiento de extremidades, miedo a desmayarse, perder el control, volverse loca o morir.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La paciente de 39 años de edad presenta escisión de la personalidad por conflicto del Súper Yo con el Yo, originado a causa de la represión de la realización de sus propios deseos y motivaciones personales. Presentando indicadores de estar defendiéndose frente a su conflicto desde una personalidad con patrones clínicos sugestivos de Esquizoide, debido a ir obviando compromisos mediante la evasión o hasta la renuncia por temor a interrumpir nuevamente la realización de sus deseos, dificultándose en integrarse a su nuevo espacio ambiental y funcional donde pueda realizarse de manera vivencial y coherente a su identidad. Activando con ello los componentes defensivos Narcisistas de su personalidad hacia actitudes instintiva de impulsividad de reacciones mansas y afectuosas hacia otros en búsqueda de alcanzar su aprobación para su adaptación social; lo cual le llevan a ser inactiva y no le permiten hacerle frente a su problema. Desencadenando el componente Autodestructivo de su personalidad mediante la generación de irritación e ira que le causa no poder comprender la condición actual de su salud; cayendo a ser dominada por el contenido fatalista de su pensamiento de temer estar volviendo enferma, loca o morirse, e ir inhibiendo su adecuado razonamiento; transformándolo en agresividad hacia los demás o consigo misma, masoquismo. Generando síndromes clínicos de indicadores sugestivos de Trastorno de Ansiedad vinculados a conductas de miedos y temores para iniciar o comprometerse a nuevas

actividades, centrando su atención de manera excesiva hacia su conflicto; prolongando así una conciencia vigilante y pensativa, con bloqueos momentáneos en la expresión automática de sus movimientos corporales. Reflejando nerviosismo, autodomínio precario con tendencia al retraimiento y aislamiento, afectando su estado emocional. Vinculándose al Trastorno Somatoformo por la conformación de preocupaciones y manifestaciones somáticas de sensaciones de aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Asimismo, ocasionando el Trastorno Distímico, que se evidencia en la baja energía, inmovilidad y desaliento en su lenguaje verbal; acompañado de llantos, tono de voz débil, agudo y sin resonancia vocal con expresiones faciales de impotencia, temor y tristeza frente a su crisis. Sumado a ello existen antecedentes de Trastorno de Estrés Postraumático vinculado a 2 accidentes de tránsito (1999, 2002) que sufrió la paciente, sin daño cerebral, rememorando las secuelas psicológicas de temores de ideación de muerte.

VII. CONCLUSIÓN Y DIAGNÓSTICO

La paciente tiene una personalidad con tendencia hacia el temperamento flemático; existiendo preferencia moderada de Extraversión sobre Introversión, lo cual le lleva a la búsqueda de relaciones sociales para sentirse segura a través de la compañía de los demás, teniendo dificultades para mantener estados de individualidad o soledad. Constando también una distinción pequeña de Intuición sobre Sensación, eligiendo la fantasía como mecanismo de compensación que se superpone a la experimentación sensorial. Asimismo, la preeminencia moderada de Sentimiento sobre Pensamiento, viéndose influenciada mayormente por sus afectos para la comprensión, resolución de problemas y

toma de decisiones; desplazando su razonamiento a un segundo plano. Con pequeña prioridad de la Percepción sobre el Juicio, siendo susceptible a las primeras impresiones que le brindan sus receptores sensoriales, dificultándose en comparar, analizar y elaborar sus ideas a un nivel mayor; sesgando su percepción hacia la atención principal del momento. Originando que la crisis que está atravesando la paciente desencadene la afectación de su estructura de personalidad al verse amenazada por el requerimiento de integrarse hacia su nuevo espacio ambiental y funcional, donde pueda responder de manera empírica y coherente a su identidad, reaccionando con la generación de patrones clínicos sugestivos de Esquizoide, debido a estar obviando los compromisos sociales mediante la Introversión en contraposición de su necesidad de relaciones de Extraversión. Activando con ello más de lo debido su Intuición como mecanismo compensatorio a través de la fantasía para defender el componente Narcisista de su personalidad, exteriorizando actitudes instintivas de impulsividad de reacciones dóciles, que le llevan a experimentar alteraciones Sensoriales; liberando el componente Autodestructivo de su personalidad por brindar mayor importancia a sus Sentimientos de impotencia, temor, irritación y tristeza al no poder comprender su crisis. Nublando su Pensamiento por el contenido fatalista de sus ideas de temer estar volviendo loca, e ir inhibiendo su adecuado Juicio; dándole más importancia a su Percepción, centrando su atención hacia su conflicto, prolongando así su conciencia hacia sensaciones de ideación trágica.

– **F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)**

VIII. PRONÓSTICO

(Favorable). La paciente es cada vez más consciente de su enfermedad, estando en tratamiento farmacológico y psicológico en el Hospital. Por otra parte, cuenta con el soporte familiar. Además, tiene un nivel de estudio superior que puede facilitar la participación protectora en el programa de intervención en psicoterapia.

IX. RECOMENDACIONES

- Terapia racional-emotiva-conductual (TREC)
- Psicoterapia de conversación.

Andahuaylas, 03 de agosto de 2018

Jairo Lincol Cáceres Rivera

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : Y. S. S.
- **Edad** : 39 Años
- **Fecha de Nacimiento** : 11/03/1979
- **Lugar de Nacimiento** : Cusco.
- **Grado de Instrucción** : Superior Completo.
- **Estado Civil** : Casada.
- **Procedencia** : Andahuaylas.
- **Ocupación** : Obstetra (sin laboral)
- **Religión** : Católica.
- **Referente** : Consultorio de Psicología.
- **Informantes** : El propio paciente.
- **Lugar de Evaluación** : Hospital de Andahuaylas.
- **Fechas de Evaluación** : 02, 04, 06, 11, 13, 16, 18, 20, 23/07/2018
- **Examinador (a)** : Bach. Ps. Jairo Lincol Cáceres Rivera

II. DIAGNÓSTICO

La paciente tiene una personalidad con tendencia hacia el temperamento flemático; existiendo preferencia moderada de Extraversión sobre Introversión, lo cual le lleva a la búsqueda de relaciones sociales para sentirse segura a través de la compañía de los demás, teniendo dificultades para mantener estados de individualidad o soledad. Existiendo también una distinción pequeña de Intuición sobre Sensación, eligiendo la fantasía como

mecanismo de compensación, que se superpone a la experimentación sensorial. Asimismo, la preeminencia moderada de Sentimiento sobre Pensamiento, viéndose influenciada mayormente por sus afectos para la comprensión, resolución de problemas y toma de decisiones; desplazando su razonamiento a un segundo plano. Con pequeña prioridad de la Percepción sobre el Juicio, siendo susceptible a las primeras impresiones que le brindan sus receptores sensoriales, dificultándose en comparar, analizar y elaborar sus ideas a un nivel mayor; sesgando su percepción hacia la atención principal del momento. Suscitando que la crisis que está atravesando la paciente desencadena la afectación de su estructura de personalidad al verse amenazada por el requerimiento de integrarse hacia su nuevo espacio ambiental y funcional, donde pueda responder de manera empírica y coherente a su identidad, reaccionando con la generación de patrones clínicos sugestivos de Esquizoide, debido a estar obviando los compromisos sociales mediante la Introversión en contraposición de su necesidad de relaciones de Extraversión. Activando con ello más de lo debido su Intuición como mecanismo compensatorio a través de la fantasía para defender el componente Narcisista de su personalidad, exteriorizando actitudes instintivas de impulsividad de reacciones dóciles, que le llevan a experimentar alteraciones Sensoriales; liberando el componente Autodestructivo de su personalidad por brindar mayor importancia a sus Sentimientos de impotencia, temor, irritación y tristeza al no poder comprender su crisis. Nublando su Pensamiento por el contenido fatalista de sus ideas de temer estar volviendo loca, e ir inhibiendo su adecuado Juicio; dándole más importancia a su Percepción, centrando su atención hacia su conflicto, prolongando así su conciencia hacia sensaciones de ideación trágica.

– **F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)**

III. OBJETIVOS GENERALES

- A. Modificar los pensamientos recurrentes y las reacciones conductuales perjudiciales que conducen a la generación y mantenimiento del trastorno, confrontándolas mediante técnicas psicoterapéuticas.

IV. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

- A. **Modelo:** Psicología Analítica (Psicoterapia Psicoanalítica)

- B. **Tipo:** Individual.

- C. **Sustento:** La paciente requiere una intervención psicoterapéutica desde el modelo psicodinámico simbólico arquetípico para el pánico. Considerando que en su abordaje entramos en el dominio de la psicología psicosomática del cuerpo y el instinto; las que plantean un estado continuo entre dos polos: pánico y deseo. Emergiendo en la conciencia algún punto de deseos reprimidos, de naturaleza libidinal no expresada, de caudal instintivo desviado y disociado que no logra una adecuada actuación/manifestación en la conciencia. Donde el miedo y la angustia juegan un rol central, volviéndose patológica cuando los aspectos del mundo inconsciente y las emociones más instintivas no logran ser adecuadamente elaborados por el Ego.

Siendo pertinente su abordaje a través de las imágenes y patrones que el mito asociado al pánico sugiere para ser desarrollado por la amplificación y comprensión de los símbolos fijados y sombríos que se asocian al patrón de comportamiento, reacción e imaginación de pánico. Comenzando por técnicas expresivas de la parte corporal que permitan la desconexión de la corporalidad, disociación de las sensaciones corporales, necesidades vitales, como lo son un buen descanso, entre otras que pueden colaborar en el proceso de acercamiento y reconocimiento de la fuerza instintiva inconsciente; integrando los aspectos instintivos disociados y representados como amenazantes. Llegando a fortalecer el Yo, y otorgarle nuevamente la capacidad de reflexionar, para poder constelar contenidos inconscientes a través de la imaginación, y originar la emergencia de una conciencia de auto-observación, auto-regulación y armonía psíquica hacia la continuidad del movimiento necesario y el impulso hacia la individuación.

V. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:

Sesión	Técnica	Objetivos Específicos	Tiempo
01	Elaboración del Árbol Genealógico (Genograma)	Vislumbrar cómo el inconsciente familiar interactúa con el inconsciente personal en la generación de las circunstancias conflictivas del individuo; desde la información registrada sobre los miembros de la familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones.	90 min.

02	Integración del Ánima/Animus.	Equilibrar las instancias contra-sexuales de la psique (Lo femenino y masculino).	90 min.
03	Reconocimiento de la Persona (Máscaras públicas).	Reducir la identificación desmedida con la máscara que impide al sujeto contactar con otras características de sí mismo.	90 min.
04	Activación de la Sombra (Oscura y Dorada).	Hacer consciente los aspectos reprimidos como los miedos, preocupaciones, culpabilidades, vergüenzas, potencialidades y etc.	90 min.
05	Imaginación Activa (Meditación Visionaria).	Integrar las afirmaciones del inconsciente, asimilando su contenido compensatorio, y así lograr producir un significado total de la existencia que por sí misma hace que la vida valga la pena.	90 min.
06	Regulación Afectiva desde los Complejos (Arquetipos).	Equilibrar el consciente y el inconsciente, lo personal y colectivo, el ego y la sombra, el ánima y el ánimus.	90 min.
07	Mentalización y Desarrollo del Self (Sí mismo).	Establecer una línea de comunicación compensatoria entre la consciencia y el inconsciente, con la integración de experiencias relacionadas con el propio cuerpo, que definan los límites entre uno mismo y el resto del mundo (Self físico).	90 min.

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Un mes, con una duración de 2 a 3 sesiones de 90 minutos por semana.

VII. AVANCES TERAPÉUTICOS

Se realizó las 7 sesiones con éxito, llegándose a presenciar en la paciente cambios en la comprensión de su conflicto y en su actitud frente a la vida.

VIII. CAMBIO DE ACTITUDES Y/O COMPORTAMIENTOS

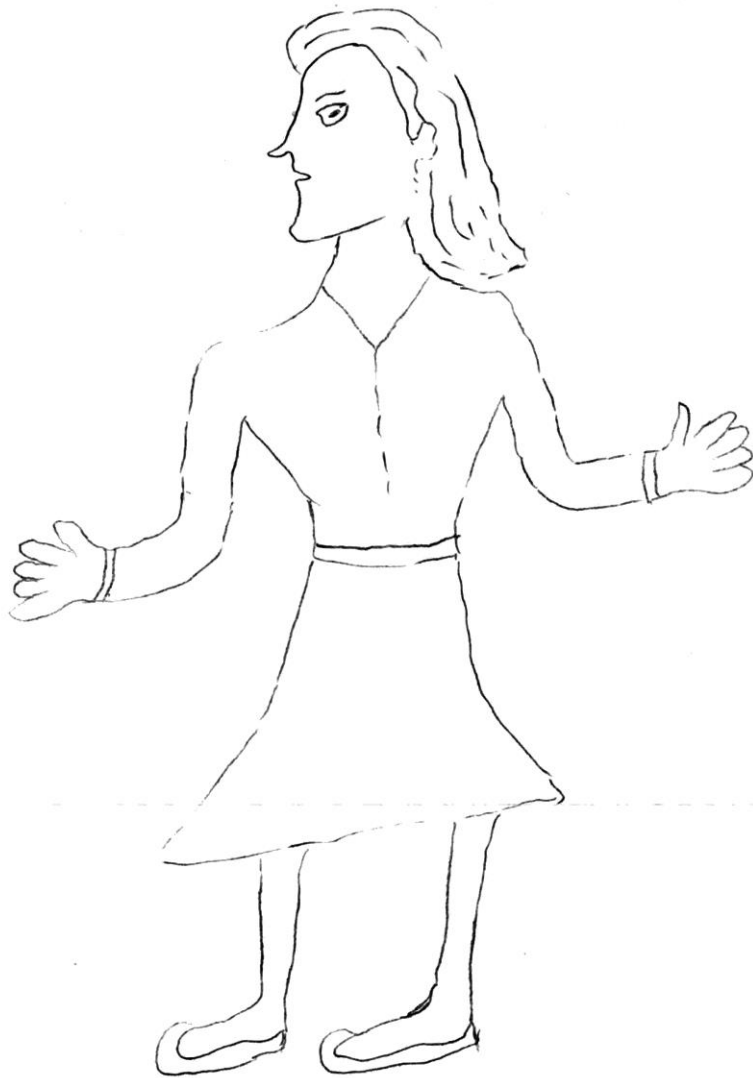
Se alcanzó los objetivos generales y específicos; pudiendo presenciarse en la paciente mejorías personales en su aspecto mental y físico, con la disminución de la sintomatología de su ataque de pánico. Recuperando la seguridad y confianza en sus habilidades para hacerle frente a las dificultades de la vida. Suscitando viajar nuevamente a la provincia de Grau (Apurímac), por vacaciones de sus hijos, para reunirse con sus familiares. Conservando aún comunicación de urgencia con Psicología si lo requiere, para evitar retrocesos y garantizar su recuperación completa.

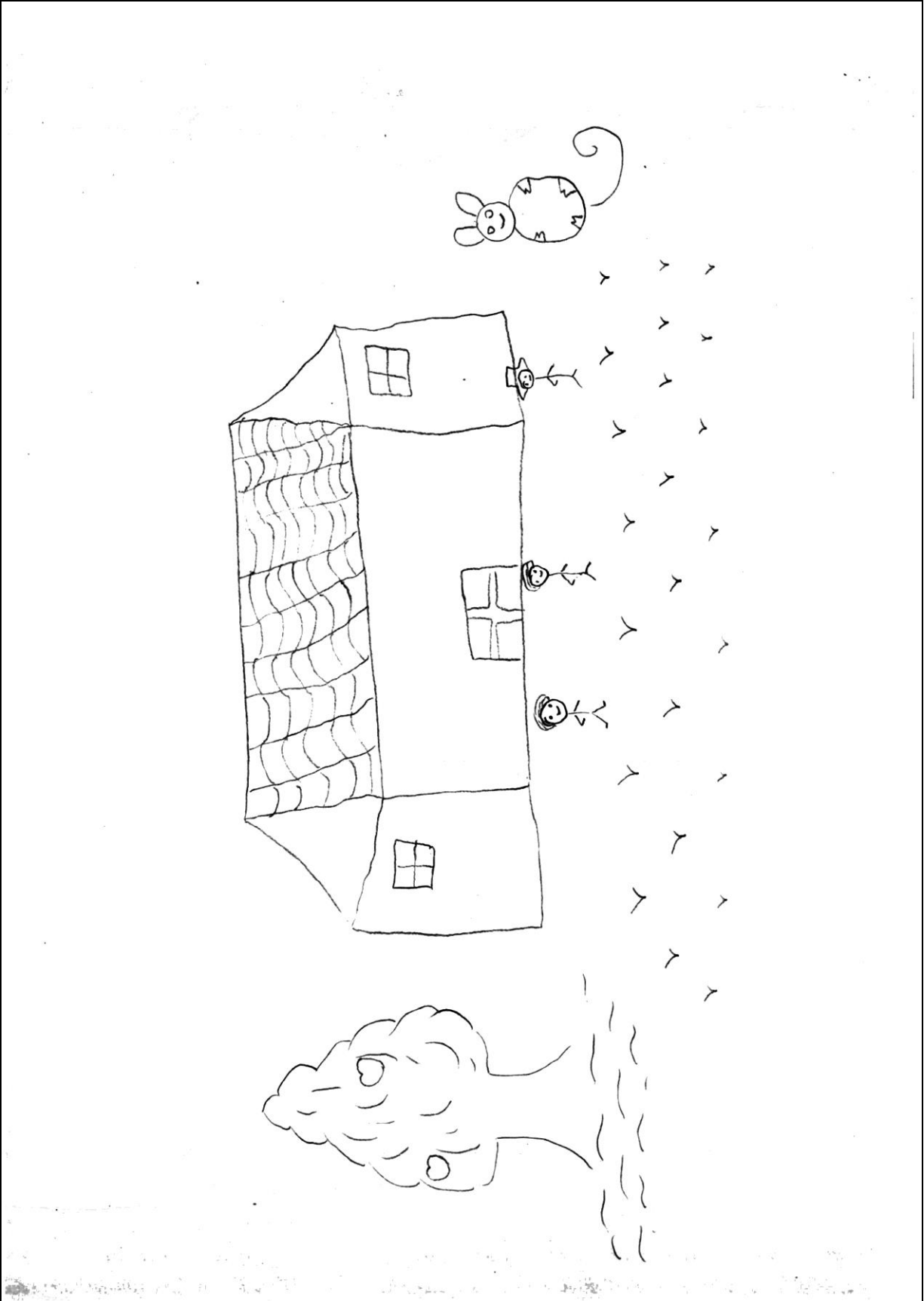
Andahuaylas, 03 de agosto de 2018

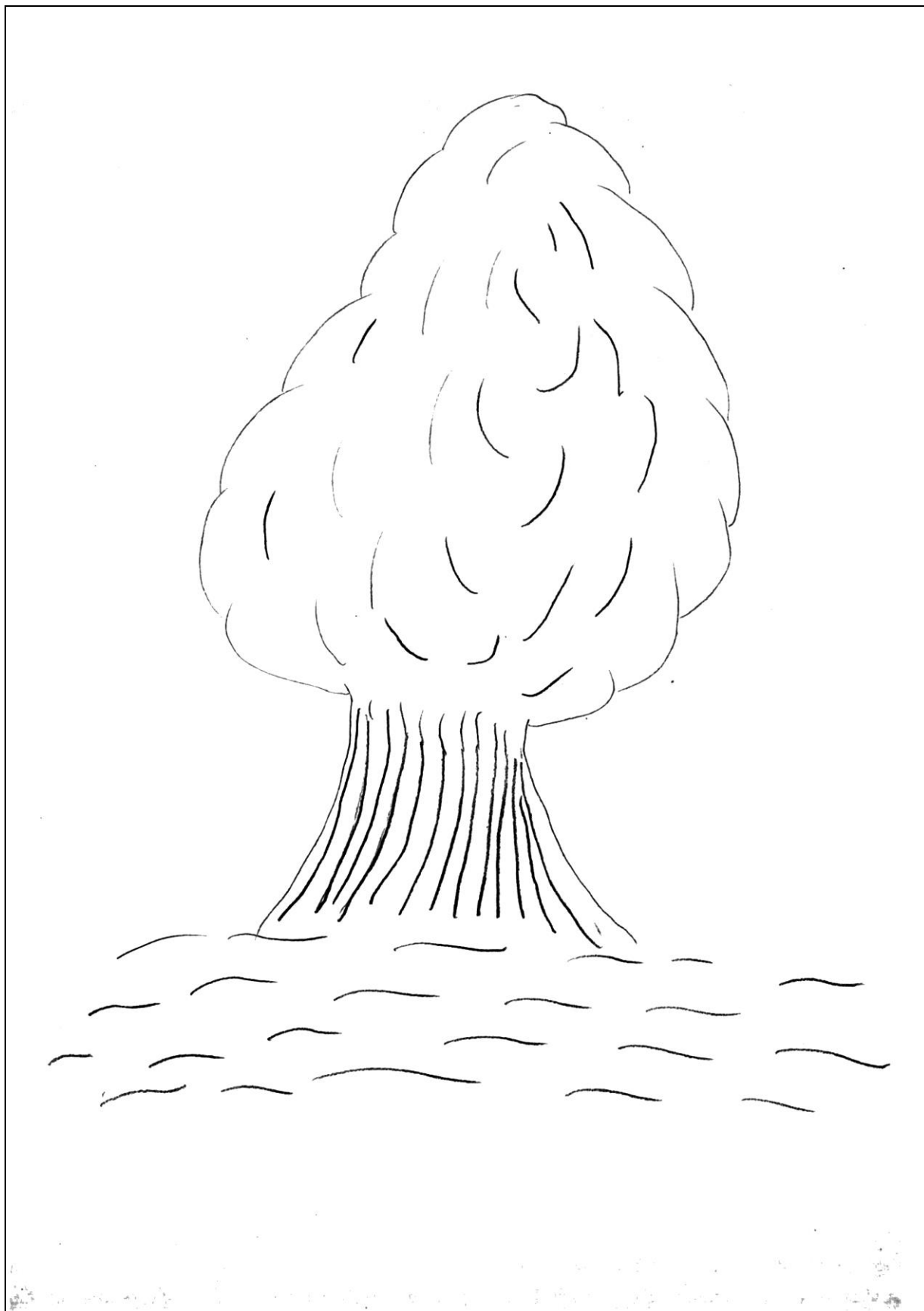
Jairo Lincol Cáceres Rivera

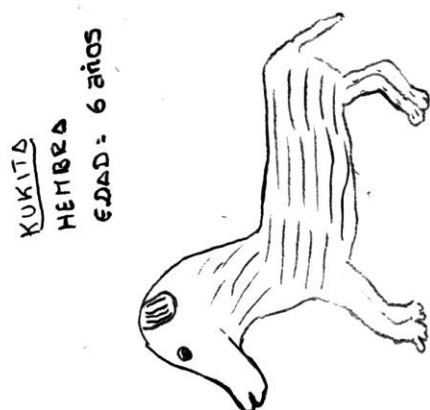
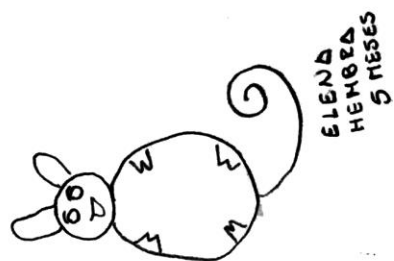
Bachiller en Psicología

ANEXOS









ELENA Y KUKITA EN SU NUEVO HOGAR.

Son dos animalitos más queridos en nuestra casa. ellas no se pelean, comen juntas, juegan las dos, duermen separados, son muy querendonas, cariñosas, los tenemos desde hace 2 meses en la casa sobre todo por la compañía.

Con ellas vivimos felices porque nos alegra el día, Kukita es el timbre de la casa para hacernos dar cuenta de quién viene a la casa a visitarnos y Elena nos alegra en la noche para dormir roncando por todas partes. Espero que nos acompañe mucho tiempo en la casa.