



Universidad de Flores

“Estudio de Correlación entre el estilo personal del terapeuta, estilos de apego y factores de personalidad del terapeuta”

Doctorando: Gabriel P. Genise

Número de Legajo: 18618

Director de tesis: Dr. Fernando García

Noviembre 2015

Índice

Agradecimientos	6
Resumen	9
Introducción.....	11
Capítulo I “ <i>El rol del terapeuta en el campo de la psicoterapia</i> ”	17
1.1 El problema de la definición de psicoterapia.....	18
1.2 El origen de la psicoterapia.....	19
1.2.1 La psicoterapia en Grecia	19
1.2.2 El cristianismo y la psicoterapia.....	21
1.2.3 La creación de la psicoterapia	23
1.2.4 El estado actual de la psicoterapia.....	25
Capítulo II “ <i>El Terapeuta: características, actitudes y estilo personal</i> ”	28
2.1 La Persona del Terapeuta: Características y Estilos. La creación de un constructo. 29	
2.1.1 Las motivaciones de convertirse en terapeuta	35
2.2 El posicionamiento del terapeuta respecto al mundo conceptual	37
2.2.1 El posicionamiento del terapeuta respecto a la orientación teórica	38
2.2.2 El posicionamiento del terapeuta respecto la investigación en psicoterapia..	39
2.2.3 El posicionamiento respecto a la experiencia del psicoterapeuta	40
2.3 El Estilo Personal del Terapeuta.....	40

2.3.1 Funciones del Estilo Personal del Terapeuta.....	45
2.4 Competencia del terapeuta	51
Capítulo III “ <i>El Estilo de apego en la figura del terapeuta</i> ”	54
3.1 Observaciones de la relación madre – hijo	59
3.2 Apego temprano como predictor de desarrollo.....	65
3.3 Aspectos Neurobiológicos del apego.....	66
3.4 Apego adulto y estilo de apego	70
3.5 Teoría del apego y modelo sistémico	73
3.6 Evaluación psicológica y estilos de apego.....	75
3.7 Síntesis del capítulo	79
Capítulo IV <i>Factores de Personalidad y el modelo de los cinco grandes</i>	81
4.1 La construcción de un concepto.....	82
4.2 Aportes del Psicoanálisis al constructo de Personalidad	85
4.2.1 El modelo estructural en psicoanálisis	86
4.2.2 Una lectura posfreudiana de la personalidad.....	87
4.3 Hacia una construcción del modelo de los 5 factores	88
4.3.1 El estudio psicolexical de Allport y Odbert	89
4.3.2 La identificación de las dimensiones de personalidad. Los esfuerzos de Cattell	91
4.3.3 La construcción teórica del modelo de los Big Five	97
4.3.4 La teoría de personalidad de Eysenck	98

4.3.5	Consenso de los cinco grandes.....	99
	Capítulo V <i>Estudios empíricos sobre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad</i>	102
5.	Investigaciones sobre el estilo personal del terapeuta.....	103
5.1	Rasgos observables del Terapeuta	104
5.1.1	Género del terapeuta.....	104
5.1.2	Edad del terapeuta	105
5.1.3	Grupo Étnico	106
5.2	Estados Observables del Terapeuta	106
5.2.1	La experiencia del terapeuta.....	106
5.3	Evaluación del Estilo Personal Del Terapeuta	107
5.3.1	Investigación empírica sobre el EPT	108
5.4	Estudios relacionados con las características personales del terapeuta	117
5.4.1	Estilo cognitivo y locus de control.....	118
5.4.2	El estilo de apego en psicoterapia	118
5.4.3	Investigaciones en personalidad y apego	122
5.4.4	Investigaciones en personalidad y psicoterapia	124
	Capítulo VI <i>“Problema, objetivos e hipótesis de la investigación”</i>	129
6.1	Planteo del Problema.....	130
6.2	Objetivos.....	131
6.2.1	Objetivo General	131

6.2.2	Objetivos Específicos	131
6.3	Hipótesis	133
Capítulo VII	“ <i>Método</i> ”	134
7.1	Diseño de la investigación	135
7.2	Participantes.....	135
7.3	Instrumentos de recolección de datos	136
7.4	Procedimiento	138
7.4.1	Análisis de datos.....	139
Capítulo VIII	“ <i>Análisis de datos y resultados</i> ”	140
8.1	Análisis de la distribución de las escalas del inventario de Personalidad BFI ...	141
8.2	Análisis de la distribución de las sub- escalas de Apego EAP.	142
8.3	Análisis de la distribución de la escala de Estilo Personal del Terapeuta (EPT – C)	143
8.4	Análisis de correlaciones entre los factores de personalidad y el estilo personal del terapeuta.....	145
8.5	Análisis de correlaciones entre los estilos de apego y el estilo personal del terapeuta.....	147
8.6	Síntesis del capítulo	150
Capítulo IX	“ <i>Discusión</i> ”	153
9.1	Limitaciones y recomendaciones futuras.....	161
Capítulo X	“ <i>Conclusiones</i> ”	164

Referencias	169
“Anexos”	192
DATOS PERSONALES	195
EPT - C	203

Agradecimientos

Quisiera aprovechar este espacio para agradecer enormemente a todas las personas que me acompañaron en la escritura de esta tesis e hicieron que ésta fuese posible.

A Fernando García, mi director de tesis, por acompañarme en el proceso, aconsejarme en la redacción del mismo y en la lectura para que este trabajo pudiera ser posible.

A Edgardo Etchezahar, profesor de metodología de este doctorado por acompañarme y aconsejarme sobre temas de metodología y estadística siempre con muy buena voluntad y predisposición.

A la Dra. Lía De La Vega por acompañarme y asesorarme en la escritura y el estilo de este trabajo sin importar día u hora en que nos reuniéramos siempre con muy buena intención.

Quisiera también agradecer a todos mis compañeros, amigos y maestros de la Fundación Aiglé ya que ellos me enseñaron la pasión por el ejercicio de la psicoterapia y que la combinación de profesionalismo y compañerismo es posible.

A Florencia, mi esposa por ser compañera, solidaria, emprendedora, tenaz y alentadora en todo lo que me propongo.

A mis hijas Tiziana y Olivia simplemente por ser tal cual son

A mis padres y hermanos por enseñarme a vivir

Mi agradecimiento se extiende a los directivos y autoridades de este doctorado por su apoyo y colaboración.

Finalmente quisiera agradecer a todos y cada uno de los terapeutas que se tomaron el trabajo de completar los cuestionarios para que este trabajo de investigación fuese posible.

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad, según el modelo de los Big Five, del terapeuta. A ese fin, se aplicó el cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta - EPT-C- (Fernández Álvarez y García, 1998), la Escala Argentina de Apego (Carreras, Brizzo, Gonzalez, Mele y Casullo, 2008) y el Big Five Inventory (Castro Solano y Casullo, 2001). La muestra del estudio estuvo compuesta por 252 psicoterapeutas de edad promedio de 36.78 años ($DT = 10,03$), y los años de experiencia promedio fueron de 8,76 años ($DT = 8.47$). El análisis de los resultados mostró que existe una correlación positiva entre la dimensión de neuroticismo y la función atencional del estilo personal del terapeuta, una correlación positiva entre la dimensión de personalidad neuroticismo del big five y la función operativa del EPT-C, una correlación positiva entre el estilo de apego ansioso y la función atencional del EPT-C, una correlación negativa entre el apego evitativo y el factor extroversión, una correlación positiva entre el estilo de apego ansioso y el factor neuroticismo y una correlación positiva entre el factor de extroversión y la función expresiva.

Palabras clave: estilo personal del terapeuta, personalidad, apego, investigación en psicoterapia

Introducción

“Al conocer sufrimos una sacudida que altera profundamente nuestra mirada, Como si se rompieran para siempre las gafas con las que, a nivel individual y social, estamos acostumbrados a ver (nos)”.

Friedrich Nietzsche (2015)

Sin lugar a duda la figura del terapeuta es interesante de ser estudiada. Desde sus comienzos el terapeuta adoptó diversas posturas y técnicas de intervención que todas ellas concluían a un mismo fin: aliviar el padecimiento del consultante. En una primera instancia de la historia de la psicoterapia, quien la ejercía llevaba a cabo una serie de intervenciones que lejos están de las que se aplican en la actualidad, tales como: exorcismos, posesión de cuerpos espirituales, ceremonias para aliviar el alma, etc. (Feixas y Miró, 1993). Paulatinamente la práctica de la psicoterapia se fue perfeccionando y profesionalizando, acercándose al campo de la ciencia y testeando su efectividad para el tratamiento de las diversas dolencias humanas.

La década del cincuenta supuso un gran impulso en la investigación dirigida a comprobar la eficacia de la psicoterapia. La voluntad de poder comprobar su eficacia y los resultados que de ésta se obtenían con diferentes modalidades, se impulsaron los paradigmas cuantitativos de investigación en psicoterapia, los cuales se proponían como objetivo evaluar el cambio comparando las puntuaciones pre tratamiento con las del pos tratamiento. Uno de los trabajos básicos en el terreno de la eficacia de la psicoterapia fue el metaanálisis de Smith, Glass y Miller (1980) en el cual los autores concluyen que las personas que reciben terapia mejoran más que el 80% de las personas que no han recibido tratamiento psicoterapéutico. Luego las investigaciones en psicoterapia se centraron en estudiar la comparación de la psicoterapia y el efecto placebo o ausencia de

tratamiento. Las investigaciones realizadas por la Asociación Americana de Psiquiatría (1992, citado en Botella y Corbella, 2009) permitieron llegar al consenso de que el efecto de la psicoterapia es significativamente superior al de la remisión espontánea (Corbella y Botella, 2009). De los esfuerzos por comprobar la efectividad de la psicoterapia, se concluyó también que los efectos de la misma se sostienen en el tiempo (Hubble, Duncan y Miller, 1999). Ciertas condiciones clínicas tales como el consumo de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad, sin embargo, presentan mayor susceptibilidad de sufrir recaídas (Assay y Lambert, 1999).

Producto también de demostrar la utilidad de la psicoterapia, surgen instrumentos para evaluar los resultados de la misma. Estos instrumentos se utilizan como una medida confiable y objetiva para poder evaluar cuán efectivo el proceso terapéutico ha resultado (Corbella y Botella, 2009). Siguiendo con el proceso de evolución y sofisticación de la psicoterapia en los años ochenta surge la necesidad de dar cuenta de la eficacia de los modelos teóricos para el abordaje de los diversos trastornos mentales. El metaanálisis de Smith et al. (1980) muestra una comparación de 78 tipos distintos de psicoterapia concluyendo que no había diferencias sustanciales entre los diferentes modelos teóricos de abordaje psicoterapéutico.

La investigación de resultados psicoterapéuticos tomó como variable el resultado obtenido en terapia, donde la información es obtenida fundamentalmente a través de un enfoque experimental y cuantitativo para poder determinar el monto de los cambios psicoterapéuticos. Paralelamente a la investigación de resultados, se ha desarrollado la investigación en procesos psicoterapéuticos. El objetivo de éste tipo de investigación radica en identificar los ingredientes activos en la psicoterapia y los mecanismos de

cambio que en ella ocurren, con el fin de poder aumentar la comprensión de los procesos de cambio y por lo tanto, de los resultados en psicoterapia (Santibañez Fernandez, Román Mellam y Vinet, 2009).

Existe desde hace más de una década un creciente interés y acuerdo sobre la incidencia de la variable del terapeuta en el proceso terapéutico (Wampold, 2001). En los últimos años aumentó significativamente el número de publicaciones que tienen por objetivo estudiar la contribución del terapeuta al proceso y resultado psicoterapéutico (Hill, 2002).

En su tesis doctoral Beatriz Gómez (2015) comenta:

Los aportes de Beutler con la selección sistemática de tratamientos (Beutler y Clarkin, 1990) y la psicoterapia prescriptiva (Beutler y Harwood, 2000), así como los desarrollos del Proyecto Barcelona-Buenos Aires (Corbella & Botella, 2004; García y Fernández-Álvarez, 2007) enfatizan la conveniencia de estudiar la relación entre terapeuta y paciente para conocer mejor las variables que influyen en el proceso psicoterapéutico. Una meta fundamental de estos estudios fue lograr que los llamados *factores inespecíficos de la terapia*, asociados a las características del vínculo, puedan devenir en factores específicos a través de su estudio riguroso.

A partir de diferentes estudios de procesos psicoterapéuticos, se llegó a la conclusión de que el cambio del paciente en el proceso deriva de la acción de las variables inespecíficas o factores comunes compartidos por varios enfoques. Estas variables o factores serán entendidos como aquellos aspectos del paciente, del terapeuta

y de la relación entre ambos, que son comunes a cualquier psicoterapia, independientemente de la técnica o marco teórico empleado. Diversas investigaciones permiten hoy afirmar que la evidencia más contundente que relaciona proceso y resultado, es la alianza terapéutica. Siguiendo en éste línea, una revisión de 132 investigaciones de proceso y resultado psicoterapéutico realizada por Orlinsky, Grawe y Parks en 1994 concluyó que existe una sólida relación entre la calidad de la alianza terapéutica y el resultado del proceso de psicoterapia, proponiendo una amplia gama de investigaciones a nivel mundial que plantean que diferentes aspectos de la alianza terapéutica fueron correlacionados positivamente con los resultados del tratamiento (Santibañez Fernandez, Román Mellam y Vinet, 2009).

En este sentido, Krause (2011) señala que la ausencia del ajuste emocional o sintonía pone en peligro el proceso de cambio y con frecuencia lleva a la ruptura de la relación de ayuda.

De acuerdo a Corbella y Botella (2009) a la conclusión que se puede llegar a la vista de estos resultados es a la importancia de los factores comunes existentes entre las diferentes modalidades terapéuticas más que por las técnicas específicas. La evidencia a favor de los factores comunes y la certeza de que ningún modelo es superior a otro, dieron lugar a considerar que determinados elementos deben estar presentes en toda psicoterapia y que ellos garantizan un mínimo de eficiencia.

De lo expuesto hasta el momento surge, entonces, la importancia de tener en cuenta a la figura de terapeuta como un elemento más del proceso psicoterapéutico que influye en su resultado tal como se ha venido demostrando en los últimos años. En este contexto la pregunta de investigación que surgió producto de la exhaustiva revisión

bibliográfica es ¿Qué relación se observa entre el estilo personal del terapeuta, el estilo de apego adulto y los factores de personalidad del terapeuta? Esta pregunta de investigación tiene sentido en cuanto que ésta tesis se propone establecer una relación en cuanto a las variables relacionadas con la persona del terapeuta y el proceso psicoterapéutico.

De allí partió la presente investigación, cuyo objetivo fue analizar en qué medida variables tan fundantes de la persona como el estilo de apego y los factores de personalidad influyen en la figura del terapeuta tanto en el modo de relacionarse con el paciente, la organización del espacio terapéutico, el modo de prestar atención a la información ofrecida por el paciente, entre otras. En los próximos capítulos se realizará un recorrido por los desarrollos teóricos y empíricos sobre el estilo personal del terapeuta, el estilo de apego y los factores de personalidad.

Capítulo I

“El rol del terapeuta en el campo de la psicoterapia”

1.1 El problema de la definición de psicoterapia

Encontrar una definición única de psicoterapia es un trabajo arduo y complejo ya que en la actualidad se cuenta con múltiples definiciones de la disciplina. De acuerdo a Feixas y Miró (1993) el motivo de la pluralidad de definiciones radica en la cantidad de enfoques psicoterapéuticos. A los fines de ejemplificar esta pluralidad de definiciones, se mencionarán algunas de ellas:

- La psicoterapia es un término genérico para cualquier tipo de tratamiento basado fundamentalmente en la comunicación verbal o no verbal con el paciente. Este tratamiento es distinto de los tratamientos electrofísicos, farmacológicos o quirúrgicos
- La psicoterapia es el tratamiento, por medio psicológicos, de problemas de orden emocional, en el que una persona entrenada establece intencionalmente una relación profesional con el paciente o cliente con el objetivo de a) suprimir, modificar o disminuir síntomas existentes, b) intervenir en la pautas distorsionadas de conducta y c) promover el crecimiento y desarrollo de la personalidad.
- La psicoterapia es un proceso interpersonal destinado a promover el cambio de sentimientos, cogniciones, actitudes y conductas

Al observar las distintas definiciones encontradas sobre la descripción de la materia, se vislumbra que la mayoría de estas definiciones identifican a la psicoterapia como un tratamiento que es ejercido por un profesional autorizado, quien utiliza medios

psicológicos para favorecer a la resolución de problemas humanos, en el contexto de un vínculo profesional (Feixas y Miró, 1993).

La psicoterapia tal como es conocida en la actualidad, tiene sus orígenes en el siglo XIX, sin embargo, hasta llegar a la psicoterapia contemporánea sucedieron una serie de movimientos y desarrollos anteriores. La misma hunde sus raíces en diversos tipos de saberes: la magia, la medicina, la filosofía y la religión.

1.2 El origen de la psicoterapia

Las prácticas que pueden ser consideradas antecedentes de la psicoterapia se encuentran relacionadas a una actitud animista. Esta actitud consiste en la creencia de un elemento diferente al cuerpo, que lo puede abandonar: el alma (Sendrail, 1980). Las prácticas antiguas que podrían ser consideradas “psicoterapéuticas” presentan distintas variantes. Entre ellas se registraron: ceremonias para la restauración del alma, prácticas exorcistas, confesiones, curaciones por incubación (Feixas y Miró, 1993). Ellenberger (1970) comenta que en el caso del exorcismo, los espíritus malignos toman el cuerpo del enfermo y lo poseen. La persona se transforma en otro individuo y actúa de manera diferente. Si bien estas creencias tienen sus orígenes en la antigüedad, muchas de ellas aún persisten en la actualidad.

1.2.1 La psicoterapia en Grecia

Aristóteles fue un gran recopilador de la cultura griega. En sus obras se puede apreciar que la palabra para esta cultura ha sido ampliamente utilizada con fines curativos. Incluso algunos filósofos propusieron el uso de la palabra como herramienta

de curación para algunas enfermedades. Platón, otro gran referente de la cultura griega, realizó interesantes aportes sobre los efectos que provocan las palabras sobre la vida anímica de las personas. En su obra se observan conceptos como las pasiones, los sueños y el inconsciente que parecen ser antecedentes de la obra de Freud (Feixas y Miró, 1993). Así también Grecia es la cuna de la tradición médica occidental. Hipócrates sistematizó el conocimiento médico de distintas fuentes, entre ellas, logró sistematizar la medicina sacerdotal, la escuela pitagórica, las tradiciones médicas de Egipto y la india y las concepciones cosmológicas de los filósofos de su tiempo. A su vez Hipócrates es conocido por la localización de las enfermedades en estados internos del organismo. Postuló la existencia de cuatro “humores” (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) que se encuentran localizados en órganos específicos (corazón, cerebro, hígado y bazo) y asociados a temperamentos específicos (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico). Mientras que Hipócrates y sus seguidores eran conscientes de la influencia del estado de ánimo sobre la salud, ellos no indagaban en las posibles motivaciones de orden psicológico del malestar (Piñero, Entralgo y Meseguer, 1970).

Por otro lado Galeno, cuya obra es considerada como la síntesis de la medicina antigua y el eje de la medicina hasta la Edad Moderna, distinguió entre cosas naturales (elementos radicales, humores, temperamentos y facultades), cosas prenaturales (cosas en contra de las naturales, es decir la enfermedad, sus causas y síntomas) y cosas no naturales (que no pertenecen a la naturaleza). La enfermedad es considerada por Galeno una disposición prenatal del cuerpo que pueden ser: aire y ambiente, comida y bebida, trabajo y descanso, sueño y vigilia, excreciones y secreciones y movimientos del ánimo. Galeno es un referente en el desarrollo de la psicoterapia actual ya que él escribió el *Tratado de las pasiones del alma y sus errores*. En este trabajo se ve cómo Galeno

distinguía dos clases de pasiones: las sanas y las enfermizas. Consideraba que las primeras eran competencia de la moral y consideró para la medicina las segundas y recomienda una especie de tutor, pedagogo para lograr la serenidad (Feixas y Miró, 1993).

1.2.2 El cristianismo y la psicoterapia

En la Edad Media la iglesia tuvo un papel central al momento de considerar los trastornos mentales como producto de una voluntad sobrenatural, el diablo. Los tratamientos “psicoterapéuticos” incluían una amplia gama de estrategias que iban desde la oración hasta la hoguera, la tortura y el exorcismo, como se mencionó anteriormente (Laín, 1972). Junto con el cristianismo surge el fenómeno de la *confesión* el cual es un procedimiento que podría considerarse dentro de las psicoterapias primitivas. En el ámbito de la religión cristiana, la confesión es un fenómeno que permite la expresión de la vida interior. En *el tratado de la victoria de sí mismo*, el teólogo Melchor Cano ofrece remedios para vencer a los vicios de la gula, la lujuria, la ira, la holgazanería, la pereza, la avaricia, la soberbia y la envidia. Así también, Cano propone para no caer en una “vida regalada”, retiros espirituales periódicos, distinguir la calidad del pensamiento que nos ocupa. Este planteamiento, refieren Feixas y Miró (1993), es un claro ejemplo de un antecesor a técnicas psicoterapéuticas tales como la autoobservación, la detección de los pensamientos automáticos, la construcción de jerarquías, el fomento de pensamientos alternativos. Así mismo se vislumbra que aquellos que fueron promulgando una práctica de introspección y conocimiento del alma eran filósofos, curas y teólogos. Ellos fueron quienes configuraron la piedra fundamental de la práctica psicoterapéutica y por ende los antecesores de los actuales psicoterapeutas o profesionales de la salud mental.

La propuesta de Ignacio Layola “*los ejercicios espirituales*”, parte de la creencia de que las personas pueden cambiar. Para ello, sugiere realizar ejercicios intensivos y muy estructurados durante un período de cuatro semanas bajo la guía de un experto. Estos ejercicios ofrecen instrucciones no solo sobre el contenido y la forma de realizarlos, sino también de qué manera y qué actitud debe acompañar la realización de los actos sugeridos (Feixas y Miró, 1993; Scheler, Gaos, y Romero, 1971).

Los conocidos como *Tratamientos morales* fueron desarrollados en el siglo XIX. Estos significaron un vuelco importante en relación al cuidado y atención de los enfermos mentales. Anteriormente estos pacientes habían sido disgregados y castigados debido a que, según la sociedad de esa época, poseían *comportamientos desviados* los cuales eran resultados de posesiones demoníacas. Sin embargo el cambio que ocasionó el iluminismo, enfatizado en la observación naturalista, cultivó el factor de la compasión por los problemas humanos, incluyendo la enfermedad mental. Si bien es cierto que numerosas personas participaron en el desarrollo del trabajo terapéutico, Philippe Pinel, un psiquiatra francés que dirigía los asilos de la Bicêtre y Salpêtrière en París a principio de 1790, comenzó con la ardua tarea de eliminar como terapéutica determinadas prácticas tales como el castigo humano entre otras, porque habían demostrado ser inefectivas. En su lugar él comenzó con un régimen de tratamiento no físico y no violento enfatizando el cuidado individualizado compasivo. Este tipo de enfoque terapéutico tuvo gran aceptación en los Estados Unidos a partir de 1830 (Cautin, 2010).

1.2.3 La creación de la psicoterapia

Fundamentalmente la creación de la psicoterapia como una práctica específica y orientada a la cura de los trastornos mentales surge a partir del psicoanálisis. Sin embargo previo a su creación existieron diversos antecedentes que favorecieron a su desarrollo. En este apartado se desarrollarán los antecedentes del psicoanálisis y los desarrollos de Freud, como así también el rol que desempeñaba el terapeuta de acuerdo a la práctica.

La hipnosis marca en la historia de la psicoterapia un eje fundamental ya que representa el vínculo entre las curaciones de la antigüedad con lo que más tarde sería el psicoanálisis (modelo fundador de la psicoterapia tal como se la conoce hoy día). Durante el posmodernismo se logró un giro en la comprensión del padecimiento humano. Paulatinamente se fueron abandonando las ideas de las posesiones divinas, la brujería y el exorcismo, y se fue ubicando el padecimiento mental dentro de los parámetros de la ciencia de ese entonces. Mesmer proporcionó un impulso clave. Su contribución intentó moldear su pensamiento siguiendo los parámetros científicos de ese entonces: la electricidad, el magnetismo y la astronomía. Liebault, un médico residente de Nancy, comenzó a utilizar la hipnosis con sus pacientes, utilizaba este método con todos sus pacientes. Más tarde Bernheim introdujo a la hipnosis en la clínica universitaria. Él consideraba que la misma era producto de la sugestión (Ellenberger, 1970; Feixas y Miró, 1993).

A partir de observar a un hipnotizador de teatro danés (Carl Hansen), donde los sujetos que eran hipnotizados adquirían una palidez mortal, Freud se convenció que los

fenómenos de la hipnosis eran reales. Por tal motivo, decidió estudiar e introducirse en la práctica de estas técnicas junto con Charcot y Bernheim en la universidad de Salpêtrière y Nancy. Es así como Freud comienza a aplicar la hipnosis a sus pacientes y en 1892 publica su primer trabajo sobre la curación de una histérica y propone su primera teoría sobre la misma (Valls, 2015). Tal como mencionan Feixas y Miró (1993):

La obra de Freud se desarrolla a partir de la medicina y culmina en la creación de las condiciones de posibilidad para que la psicología se convierta en un saber operativo y eficaz, capaz no sólo de detectar la enfermedad, sino de promocionar la salud. Su obra representa para la psicología un proceso de reincorporación de la visión global del enfermo y la reintegración en ella de la dimensión psicológica (p. 63)

Con la segunda Guerra Mundial se logró el reconocimiento definitivo del aspecto terapéutico de la psicología clínica, debido al trabajo realizado por los psicólogos que llevaron a cabo la selección de personal militar y el tratamiento de veteranos de guerra. En 1949 se llevó a cabo una conferencia en donde se configuró el modelo clínico que se continúa utilizando en la actualidad en donde el modelo del psicólogo clínico como *científico practicante* ha inspirado a los programas de entrenamiento de psicólogos a lo largo del mundo. Este modelo sugiere que el psicólogo debe de recibir formación en diagnóstico, intervención y terapia (Cautin, 1998). Producto de la guerra mundial, el número de psicoterapeutas se multiplicó rápidamente. Por este entonces emerge en este terreno Carl Rogers quien, pone en marcha una

primera línea de investigación empírica con métodos de registro y observación completamente pioneros en el tema (Fernández - Álvarez, 2015) En los años 60` la psicoterapia como una actividad clínica comenzaba a ser reconocida por los consumidores y los servicios de salud mental. Dado que no existía al momento una definición legal de la psicoterapia ni requisitos para el entrenamiento de terapeutas, el título de psicoterapeuta se encontraba abierto prácticamente a quien quisiera utilizarlo. Por ésta época, los terapeutas eran entrenados en tres modelos terapéuticos: el modelo psicoanalítico, el modelo centrado en el cliente y el modelo conductual (DeLeon, Kenkel, Garcia - Shelton y Vandebos, 2010). Hacia fines de los años 80´, la investigación en psicoterapia había crecido de manera notable, no sólo respecto de la cantidad de pruebas que había reunido, sino por la riqueza creciente de los métodos que fueron utilizados. Ya en la década de los 90´se produce un giro fundamental afectando el terreno de la investigación en psicoterapia en donde se produce el debate de dejar entrar en su estructura conceptual y metodológica los principios de la medicina basada en la evidencia con el objetivo de buscar pruebas sistemáticas respecto de la eficiencia de las intervenciones en la clínica. Esta irrupción se expande rápidamente haciendo un aporte fundamental a la disciplina (Fernández – Álvarez, 2015).

1.2.4 El estado actual de la psicoterapia

La psicoterapia, como se mencionó anteriormente, atravesó un corto pero intenso recorrido hasta ser definida como tal. Hundiendo sus raíces en la magia o la religión, esta práctica es un fenómeno nacido en occidente y exclusivo de esta parte del

mundo hasta hace relativamente poco tiempo. Lo que hace apenas cien años atrás se presentaba como una propuesta terapéutica para enfrentar algunas enfermedades mentales, hoy en día ha llegado a consolidarse como una vasta gama de procedimientos de gran diversidad que se administra con formatos y modalidades muy heterogéneas.

Actualmente se puede decir que la psicoterapia es uno de los productos culturales más emblemáticos de nuestros tiempos que se extendió a lo largo del planeta y que posee una demanda tan elevada que los profesionales que la imparten no son suficientes para absorber a toda la población que la requiere. Producto de la extensión mundial de esta práctica, devinieron una marejada de teorías acerca del sufrimiento humano provocando la creación de más de 400 enfoques distintos de psicoterapia. De un modo no planificado, los psicoterapeutas comenzaron a explorar otras direcciones dando lugar al eclecticismo. Esto permitió derribar las fronteras de los modelos terapéuticos. El problema con el eclecticismo es que en ausencia de una teoría común, se legitiman muchas cosas. Este contexto dio lugar a la integración en psicoterapia. El enfoque integrativo se nutre de partes válidas de las teorías existentes, pero las re-enmarca en un marco teórica más amplio (Fernández Álvarez y Opazo, 2004).

Siguiendo con Fernández Álvarez y Opazo (2004) un psicoterapeuta que adopta una postura integradora asume una perspectiva que privilegia lo relativo antes que lo absoluto. No persigue cerrar el sistema alcanzando una verdad absoluta, sino que trabaja con la idea que el conocimiento es abierto y en evolución constante.

Los próximos capítulos se centrarán en poder realizar una construcción del perfil del terapeuta, sus características personales y el estado actual de la investigación en esta temática.

Capítulo II

“El Terapeuta: características, actitudes y estilo personal”

2.1 La Persona del Terapeuta: Características y Estilos. La creación de un constructo.

La psicoterapia es una modalidad de tratamiento que ha sido consagrada desde fines del siglo XIX. Desde mediados del siglo XX, el desarrollo científico de características positivistas, desembarcó en las ciencias de la salud e impulsó la investigación en los distintos campos de conocimiento (Agrest y Wikinski, 2001). La discusión sobre la efectividad de la psicoterapia ha ocupado un lugar relevante en la investigación de la misma entre los años 1952 – 1980. Con el paso del tiempo, el interés de los investigadores en este campo, se han centrado en otros aspectos. Se demostró que la psicoterapia es más efectiva que la ausencia de ella, por lo que la investigación se focalizó en distinguir los factores o variables que se encuentran relacionados con el cambio en los pacientes (Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza, 1989). El interés por la investigación en este campo se incrementó de manera exponencial en los últimos 50 años. El mismo se centró en 1) la evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas y 2) la comparación de los resultados de los diferentes tratamientos. Sin embargo, la importancia que demostró la alianza terapéutica como principal factor predictor del éxito de la psicoterapia, plasma la necesidad e importancia de aumentar el caudal de conocimiento sobre cuáles son las variables del terapeuta y del paciente que influyen en su establecimiento (Corbella y Botella, 2009). El grado de mejoría que los pacientes puede lograr a través de la psicoterapia es el resultado de una multiplicidad de factores. La tradicional clasificación de Lambert (1992 citado en Gómez, 2015) identificaba cuatro: las técnicas, los cambios extraterapéuticos, las expectativas y la relación terapéutica (Gómez, 2015). Safran y Muran (2005) definieron la calidad de la

alianza terapéutica como el predictor más robusto en el éxito de un tratamiento. De hecho se le atribuye entre un 30% y un 45% del éxito de un proceso psicoterapéutico. Esta idea conduce a la hipótesis de que es la alianza y no las técnicas las que permitirían el desarrollo de cambio terapéutico, dando así mayor sustento a la idea de que los factores inespecíficos de la psicoterapia son los responsables de su éxito (Hermosa Bosano, 2010). La constitución de la alianza terapéutica se encuentra modelada no solo por las necesidades del paciente, sino también por la identidad personal y necesidades del terapeuta. Ésta puede ser comprendida como una “negociación intersubjetiva” entre estos dos participantes que comparten un fin común (Safran y Muran, 2000). Según Fernández Álvarez (2011) basándose en los factores comunes de la psicoterapia propuestos por Frank (1961 versión en español, 1977) se identifican del siguiente modo: los profesionales destacan la importancia de la relación terapéutica, brindan esperanza, y promueven motivación para el tratamiento, promueven oportunidades para el aprendizaje; facilitan el proceso de activación emocional, aumentan la sensación de dominio y competencia del paciente y animan de manera tácita o implícita a que ponga en marcha, en su vida cotidiana, los cambios y logros terapéuticos.

A partir de 1980 Garfield plantea que el cambio terapéutico se relaciona con aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación que se forja entre ambos. Esta nueva línea de investigación se basó en la investigación de las variables inespecíficas del tratamiento (Winkler, Caceres, Fernández y Sanhueza, 1989).

Es el momento de centrarse mucho más en las cualidades y comportamientos de los participantes en la psicoterapia que se manifiestan en las interacciones. Sólo de este modo podemos obtener datos más significativos sobre aquellos procesos que pueden conducir a

resultados realmente positivos en psicoterapia (Garfield, 1981, pp. 305-306)

El Modelo Genérico de la Psicoterapia (Orlinsky, Grawe y Parks, 1994; Orlinsky y Howards, 1986) incluyó una descripción de los hallazgos en este campo y consideró relevante los siguientes datos sobre la variable del terapeuta: el compromiso, la confiabilidad, el grado de directividad, la empatía, la expresividad, el manejo de situaciones terapéuticas, tanto en la comprensión como en la intervención y la genuinidad.

Según este modelo, el acto terapéutico es el producto de la relación entre la demanda y la oferta que se pone en juego a través de un contrato, una relación e intervenciones específicas. El terapeuta contribuye en este proceso con su experiencia profesional. Esto incluye sus características demográficas, su situación vital y naturalmente su estilo personal como terapeuta (Gómez, 2015).

En el campo de investigación en psicoterapia se pueden observar múltiples factores personales del terapeuta que se estudiaron. Entre ellos encontramos: la personalidad, el estilo de afrontamiento, el bienestar emocional, las creencias y los valores (Scogin, et al. 1994). Varios autores enfatizan la característica de la personalidad del terapeuta como uno de los elementos importantes en el éxito o fracaso de un determinado tratamiento (Winkler, Caceres, Fernández y Sanhueza, 1989) Sin embargo, no existían estudios empíricos que se centraran específicamente en el estilo personal del terapeuta y su participación en los procesos de cambio y recuperación de los pacientes que fueron asistidos (García y Fernández Álvarez, 2007). El factor operativo en el éxito terapéutico, reposa más en las cualidades del terapeuta que en su formación científica, características que giran en torno a la capacidad para poder

establecer una relación psicoterapéutica. Dichas cualidades son: objetividad, honestidad, capacidad para establecer relaciones o vínculos, libertad emocional, seguridad, integridad, intuición, paciencia, perspectiva, empatía, creatividad e imaginación (Winkler, Caceres, Fernández y Sanhueza, 1989).

De acuerdo con Wachtel (2011) la psicoterapia adoptó tempranamente el modelo de las dos personas en vez del de una persona. En este caso, el terapeuta era considerado como un observador más o menos objetivo de las características y dinámicas que formaban parte del paciente. En este sentido, el terapeuta era considerado como un observador neutral o anónimo. Con el paso del tiempo, los terapeutas pasaron a ser participantes genuinos en el proceso psicoterapéutico en una experiencia cocontruida entre dos personas, cada una contribuye a aquello que ocurre en el espacio terapéutico. En este sentido, el terapeuta no puede “nunca” ser un observador del paciente. Siguiendo a Gómez (2010) aún cuando la terapia esté conducida por un manual, la psicoterapia posee un aspecto “artístico” el cual se basa en la habilidad del terapeuta de dialogar y la empatía es aquella amalgama que mantiene la colaboración terapeuta – paciente y facilita la comunicación en el proceso.

Por otro lado, la persona del terapeuta modera de manera muy significativa la implementación terapéutica. Aunque algunos aspectos se consideren universalmente aplicables a todos los pacientes (como por ejemplo: el respeto, no minimizar los problemas, saber escuchar) existen algunos aspectos que requieren ser adaptados a cada paciente en particular, tales como la autorevelación del terapeuta, la calidez, el apoyo, el nivel de formalidad en el trato, etc. La atención constante del terapeuta a las reacciones del paciente como a su percepción de estar recibiendo la ayuda necesaria lo orienta para poder ajustar sus propias actitudes (Gómez, 2011).

Kottler (1993) enfatiza el poder y la influencia de la personalidad del terapeuta como un facilitador de crecimiento, y menciona que su fuerza y espíritu como ser humano estimulan dramáticamente la capacidad de inspirar confianza y la disciplina. Según este autor, el terapeuta se comunica con dos niveles simultáneamente: por un lado, está el contenido de lo que dice, la adecuación o justeza de sus intervenciones. Por el otro, en un sentido más sutil, opera el estilo profesional. Una porción importante de su influencia como terapeuta opera en el ámbito no verbal. No es solo lo que dice, sino el modo en que dice lo que dice.

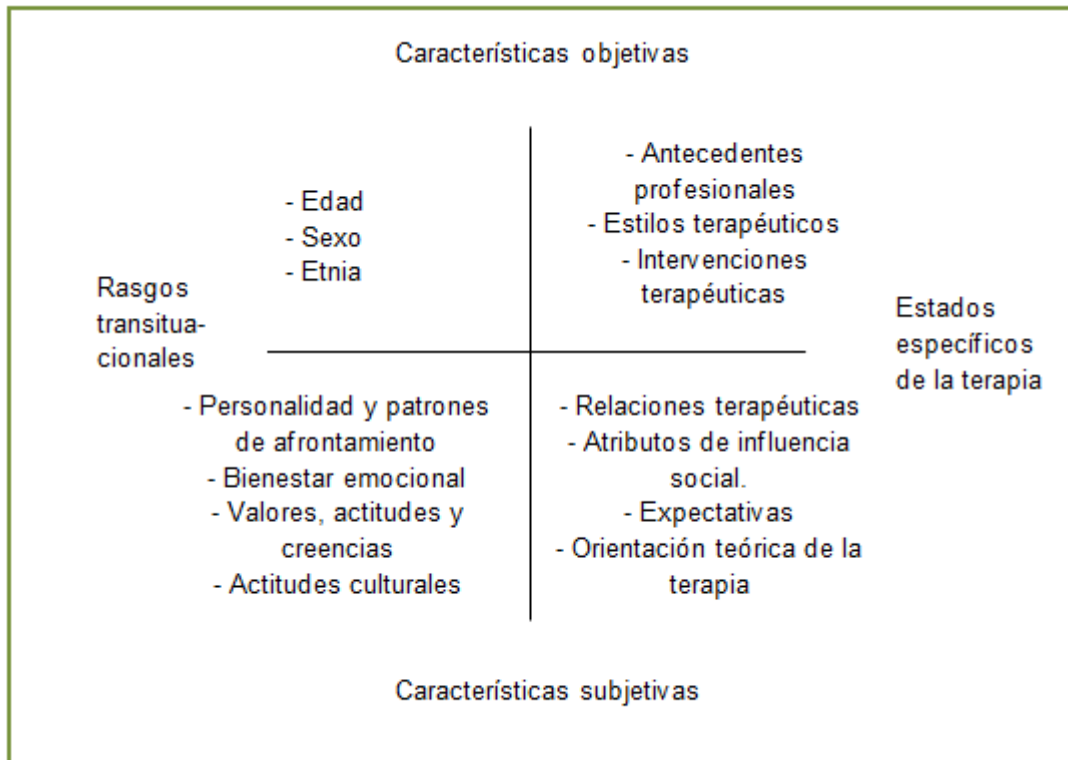
El concepto de « estilo » fue desarrollado por English y English, en 1958. Estos autores, consideran que el “estilo” comprende la suma total de los detalles del comportamiento individual que implica una característica típica e identificatoria para la persona. Más adelante, Witkin y Goodenough, en 1981, utilizaron esta noción para describir los métodos cognitivos que rigen la actividad humana. (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá, 2003). Adler utilizó el término “*estilo de vida*” para referirse a la personalidad del sujeto en cuanto a sus rasgos internos, estructuras, dinámicas y conflictos. Este estilo se encuentra compuesto por las características que permiten identificar a una persona: cómo vive, maneja los problemas y las relaciones interpersonales. Lazarus y Folkman (1984) definen al estilo como: “Las concepciones estilísticas de la conducta tienen una cierta proximidad a los rasgos, pero difieren de ellos puesto que no constituyen una estructura puntual estable y todavía menos son considerados como entidades intrapsíquicas por ninguno de los investigadores. Se podría decir que parecen unas formas conductuales desarrolladas a partir de ellos que actúan como disposiciones pero con una naturaleza más multidimensional y versátil que la de los rasgos” (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003). En efecto, la

noción de estilo, ha sido, y es actualmente, de utilidad para definir las conductas humanas que permanecen estables en el tiempo pero que a la vez mantienen cierta flexibilidad para soportar transformaciones (García Rizzo, 2008).

Beutler, Machado y Neufeldt (1994) plantean que el estilo del terapeuta conforma un observable de la terapia. Sin embargo, no se cuenta (hasta el momento) con datos empíricos suficientes sobre el modo en que opera. Se sabe que es un factor que cuenta con cierta estabilidad temporal. Los autores concluyen que desde sus perspectivas, el terapeuta posee características estables que expresan aspectos ideosincráticos, y que influyen en la comunicación.

La variable del terapeuta aún está por explorarse, pese a importantes contribuciones en éste campo. Cada vez son más las investigaciones que tienen como objetivo estudiar la contribución que el terapeuta hace al proceso y al resultado psicoterapéutico (Corbella, et al, 2009).

Beutler, Machado y Neufeldt (1994) clasificaron las variables del terapeuta en dos dimensiones: estado y rasgo. La primera hace referencia al grado en que se utilizó, desarrolló o definió la variable del terapeuta específicamente con el fin de promover el rol como psicoterapeuta. La otra refleja una calidad duradera que se manifestó en la vida extra terapéutica del terapeuta y fue incidental al proceso de la terapia. En este sentido, los autores esbozan una serie de conclusiones basándose en dichos cuadrantes (Bergin y Garfield, 1994). Estos cuadrantes serán abordados en el apartado de investigaciones empíricas relativas al tema.



Fuente: adaptado de Beutler, Machado y Allsteter Neufeldt (1994).

2.1.1 Las motivaciones de convertirse en terapeuta

Basándose en encuestas a psicoterapeutas profesionales Guy (1993, citado en Feixas y miró, 1993) enumeró varias motivaciones funcionales y disfuncionales asociadas con la elección de la profesión del psicoterapeuta:

Motivaciones funcionales

- Interés natural por la gente y curiosidad sobre sí mismo y los demás
- Capacidad de escuchar e interés en ello
- Capacidad de conversar e interés en ello
- Empatía y comprensión

- Conocimiento y aceptación de las propias emociones, positivas y negativas
- Capacidad de introspección
- Capacidad de negación de las gratificaciones personales
- Tolerancia a la ambigüedad, es decir, capacidad para soportar lo desconocido
- Paciencia y cariño hacia los demás y aceptación de las personas tal como son
- Tolerancia a la intimidad profunda
- Satisfacción por tener poder e influencia sobre otras personas, pero sin caer ni en el abuso ni en la sensación de omnipotencia.
- Capacidad de tomarse las cosas con humor.

Motivaciones disfuncionales

- Deseo de comprenderse mejor a sí mismo y de superar los propios problemas personales
- Deseo de ayuda a otros a superar problemas no superados en la propia vida
- Deseo de superar la sensación de soledad mediante el contacto con otras personas en un marco estructurado y seguro
- Deseo y abuso de poder que lleva a no respetar la autonomía de los pacientes
- Necesidad desmesurada de dar amor o de sentirse amado
- Deseo de rebelarse contra la autoridad.

2.2 El posicionamiento del terapeuta respecto al mundo conceptual

El terapeuta posee determinadas características que influyen las concepciones que posee acerca de su actividad profesional y sus intervenciones. De acuerdo a los aportes de Liddle (1982) todos los terapeutas deberían esclarecer su posición respecto a:

- 1) Su definición de la terapia y el rol del terapeuta
- 2) Qué conductas son a su parecer normales y cuáles disfuncionales
- 3) Qué objetivos pueden determinarse para la terapia
- 4) Los cambios que ocurren durante el tratamiento
- 5) Si la terapia debería evaluarse y cómo ha de ser esto

Todo esto da cuenta de ciertos posicionamientos que debería tomar el terapeuta para el trabajo en su profesión. Corbella y Botella (2009) en relación al posicionamiento comentan:

Se consideran que los posicionamientos que adopta un terapeuta respecto a su propia orientación teórica, su experiencia profesional y la investigación en psicoterapia son los elementos que fundamentan la relación del terapeuta con el mundo conceptual, entendido como el marco teórico – práctico de la psicoterapia (p.88)

Se pueden describir distintos tipos de posicionamiento respecto a la profesión.

2.2.1 El posicionamiento del terapeuta respecto a la orientación teórica

Como se comentó en el capítulo 1, en la actualidad existe una pluralidad de modelos teóricos. El número de modelos registrados es también controversial, ya que no hay una cifra única. Sin embargo, se puede estimar que existen alrededor de 460 modelos psicoterapéuticos.

La formación durante la carrera de grado así como las experiencias personales de cada estudiante a lo largo de la misma generan influencia en la decisión de la orientación teórica de los nuevos psicólogos. Según Corbella y Botella (2009) la formación universitaria, las experiencias personales, el posicionamiento epistemológico y las afinidades proporcionadas por cada orientación teórica, inciden en la elección de orientación. Sin embargo agregan los autores, a partir de la década de los 80' existe una curva ascendente en los psicólogos que no adscriben a un único modelo teórico. En la actualidad existen más terapeutas que se consideran eclécticos o integrativos que aquellos que adhieren a un único modelo teórico. Dentro del concepto de posicionamiento, se podrían vislumbrar dos posturas que forman parte de los extremos de una dimensión: *el posicionamiento dogmático o monolítico* y *el posicionamiento crítico*. El primero se caracteriza por la aceptación de premisas sin dar lugar al cuestionamiento o la autocrítica del propio modelo terapéutico. Generalmente se encuentra acompañado de una actitud restringida o un rechazo a la voluntad de integración en el campo de la psicoterapia. Se caracteriza por una visión cerrada del proceso psicoterapéutico, en donde el terapeuta es un experto y el paciente es un receptor de las reflexiones realizadas por el terapeuta. El segundo posicionamiento

responde a una ubicación que se alejaría de la aceptación dogmática y favorecería el cuestionamiento del propio modelo.

2.2.2 El posicionamiento del terapeuta respecto la investigación en psicoterapia

Siguiendo a Botella y Corbella (2009) en relación a la conceptualización que realizan de acuerdo a los posicionamientos de los terapeutas en relación a la psicoterapia. En cuanto a la investigación, los autores refieren que existen tres posiciones respecto a este ámbito. La *incredulidad* caracterizada por el escepticismo a aceptar la posibilidad de obtener resultados de investigación que puedan mejorar la asistencia psicoterapéutica. El segundo, *la aceptación reflexiva*, se basaría en un posicionamiento por parte del terapeuta abierto a los resultados arrojados en la investigación en psicoterapia el cual enriquecería la práctica psicoterapéutica. Y el tercero denominado por los autores *el distante* el cual se podría considerar como un posicionamiento ambiguo entre las posiciones anteriormente mencionadas el cual se caracteriza por el respeto hacia los resultados de la investigación en psicoterapia pero desvinculado a la práctica clínica.

2.2.3 El posicionamiento respecto a la experiencia del psicoterapeuta

Finalmente en relación a este último apartado los mismos autores hacen referencia al posicionamiento en relación a la experiencia. Es conocido que la experiencia en el campo de la psicoterapia es un factor de gran impacto, por ejemplo la constitución de la alianza terapéutica es una variable que aquellos terapeutas que poseen mayor experiencia tienden a constituirla con mayor facilidad que un terapeuta novel. En cuanto al posicionamiento, se pueden distinguir dos: el primero sería un *posicionamiento experiencial* caracterizado por una acumulación de vivencias y de experiencias sin el esfuerzo por parte del terapeuta de buscar la relación, la diferenciación, y la integración de los diversos elementos que la constituyen. El otro posicionamiento sería *El posicionamiento experiencial analítico*, entendido como la lectura reflexiva de los acontecimientos vivenciados en el contexto terapéuticos.

2.3 El Estilo Personal del Terapeuta

El terapeuta debe desempeñarse con completa autenticidad, esto implica ser uno mismo, comunicar los propios sentimientos y experiencias internas. Un buen terapeuta debe ser capaz de expresar algo de sí mismo. La autenticidad también incluye la autocrítica, el reconocer los propios errores ante el paciente cuando este los señala (Díaz, 2015).

El terapeuta emprende sus acciones siguiendo los principios de un modelo genérico que se aplica a cualquier procedimiento específico. En el cumplimiento de su

árdua tarea, el profesional se comunica con el paciente en múltiples niveles, En la comunicación que establece con el paciente combina formas estilísticas y modalidades singulares ajustadas a cada situación particular. Las características del estilo comunicativo del terapeuta van a ir estructurando su perfil personal de operar en la terapia, incluyendo también su manera de relacionarse con el paciente. El conjunto de esas características constituyen el *estilo personal del terapeuta*. El estilo personal del terapeuta, ha sido definido en palabras del Dr. Fernández - Álvarez como “el conjunto de condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su tarea” (Fernández - Álvarez, 1998). El estilo personal del terapeuta es dinámico, multidimensional y refleja las predilecciones comportamentales que el terapeuta usa para comunicarse con otra persona. Fernández - Álvarez considera que tres variables constituyen principalmente a la formación del estilo personal del terapeuta:

- a) La posición socio – profesional
- b) La situación vital, la personalidad, la actitud y los posicionamientos
- c) Los modos dominantes de comunicación que utiliza

Las dos primeras variables mencionadas hacen referencia a condiciones personal que influyen sobre la actividad terapéutica en su conjunto. Una hace referencia a la incidencia que tiene el lugar que ocupa el terapeuta en el contexto socio – profesional donde se desempeña. La otra, remite a la síntesis de las circunstancias vitales y de relación con el marco teórico que condicionan el modo de cumplir con su tarea. La tercera variable mencionada, reúne las modalidades básicas de comunicación que el terapeuta utiliza reponiendo a los diferentes aspectos que conforman el acto terapéutico. Las dos primeras variables hacen referencia a aspectos personales que influyen en la actividad terapéutica en su totalidad. La tercera variable agrupa las

características esenciales de comunicación que el terapeuta emplea en el acto terapéutico (Corbella, et al. 2009).

McNair y Lorr (1964) encontraron tres factores que parecerían definir la conducta psicoterapéutica y que se enfocaban en las características de las técnicas utilizadas. La primera dimensión se definió por asunciones derivadas de la orientación psicodinámica tradicional, la segunda representaba un continuo entre la expresión versus el control del afecto y la tercera dimensión pareciera representar la directividad versus no directividad del terapeuta. El estilo personal del terapeuta se conforma en gran medida por el posicionamiento y las actitudes terapéuticas (que han sido explicadas anteriormente).

García y Fernández - Álvarez (2007) refieren que el estilo personal del terapeuta (en adelante EPT) se trata de un factor que presenta marcada estabilidad temporal, y que interviene en el modo específico de aplicar cualquier procedimiento o técnica psicoterapéutica. En este sentido, el EPT se plantea como una variable moderadora de los procesos, que incide sobre los resultados de las acciones terapéuticas, aunque en diferente grado según las características del paciente, la patología y el contexto de aplicación específico. Los autores del constructo han planteado que el EPT puede ser evaluado a través de dos dimensiones hipotéticas básicas: una relacionada con lo predominantemente técnico y la otra asociada con la relación terapéutica. La primera dimensión hace referencia a los mecanismos atencionales de búsqueda y selección de la información y a las operaciones terapéuticas. La segunda, está asociada con los aspectos motivacionales, la relación terapéutica o los llamados factores comunes de la psicoterapia. Esto incluye la regulación emocional y el ajuste en el grado de

involucración en la relación con el paciente y con la terapia (Castañeiras, Ledesma, García y Fernández Álvarez, 2008).

Ceberio, Moreno y Des Champs (2015) comentan que el estilo personal se encuentra conformado por los elementos que configuran los rasgos de personalidad, sus constructos personales que se pondrán en juego en el plano de lo pragmático por lo que es inevitable que el modelo que adopte sufra modificaciones producidas por su estilo personal.

Se considera que el EPT es una variable que incluye las siguientes características:

A) Regula la forma en que el terapeuta desempeña sus labores, dejando su propia marca individual que lo permite identificar como individuo ejerciendo un rol.

B) Perdura en el tiempo y puede permanecer así por largos periodos, a pesar de que no es necesariamente estático. Pueden existir cambios como resultado del entrenamiento recibido, cambios en las condiciones de trabajo y factores asociados a la vida personal del terapeuta.

C) Cuando los cambios son causados por factores muy intensos, pueden causar alteraciones temporales o permanentes en el estilo personal.

D) Se compone de una serie de dimensiones bipolares relacionadas a las varias funciones que distinguen una acción psicoterapéutica. Entre ellas se distinguen la función Instruccional, Atencional, Expresiva, Operacional e Involucración (Fernández - Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003).

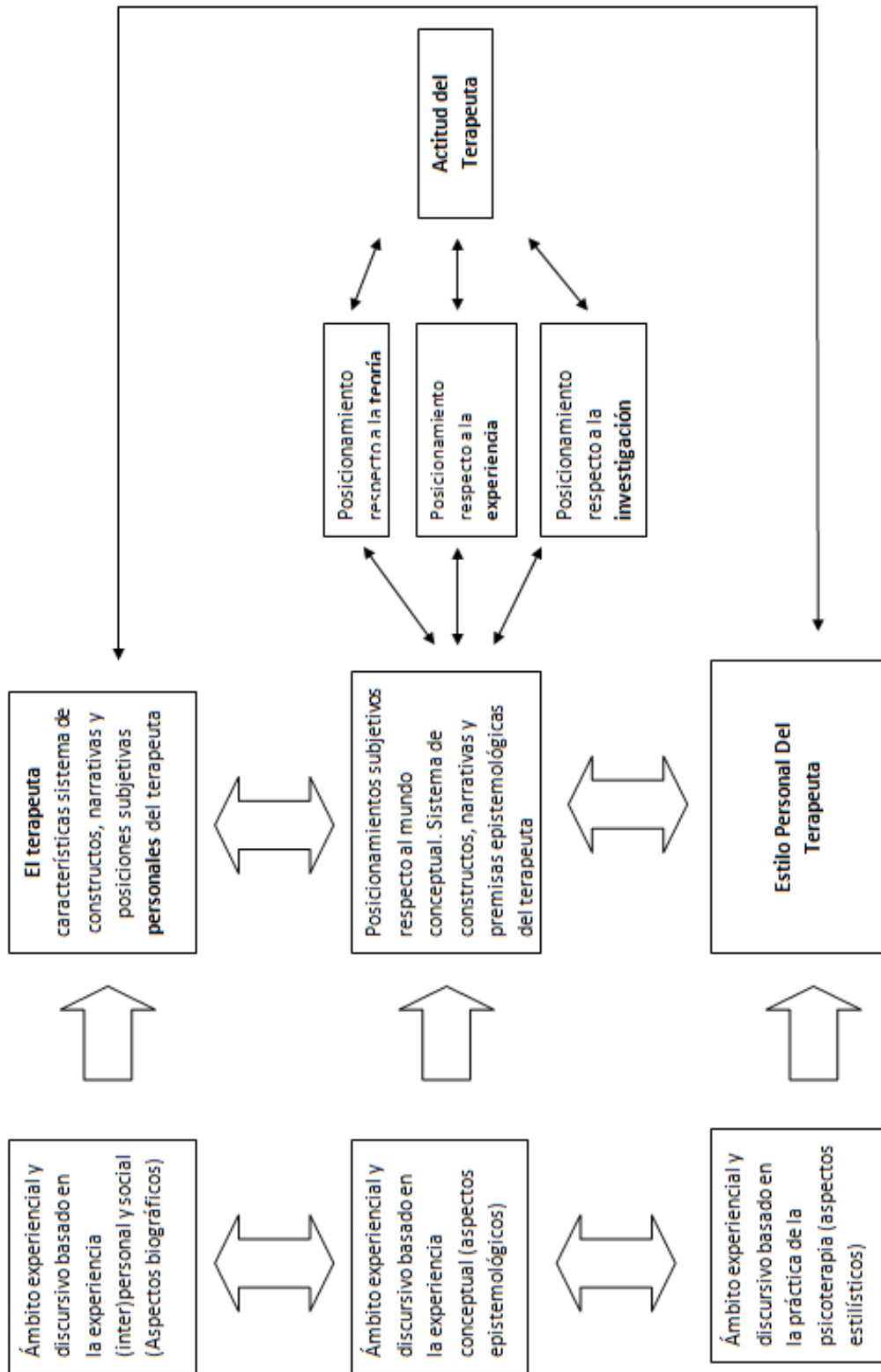


Figura 1 Relación entre los posicionamientos, la actitud y el Estilo personal del terapeuta

¹ Corbella y Botella (2009)

2.3.1 Funciones del Estilo Personal del Terapeuta

Fernández - Álvarez (1998) menciona que en el desempeño del acto terapéutico, el terapeuta debe de cumplir con una serie de acciones. Dichas funciones fueron identificadas como:

- Instruccional
- Atencional
- Expresiva
- Operacional
- Involucración

2.3.1.1 Función Instruccional

La función instruccional hace referencia a la instalación y ajuste del dispositivo terapéutico. De acuerdo a esta dimensión los terapeutas pueden ser más *rígidos* o más *flexibles*. En este sentido el terapeuta debe de realizar una serie de operaciones para que el proceso psicoterapéutico se ponga en acción. Esto hace referencia a una serie de reglas y normas que enmarcarán el proceso.

1. Acciones a realizar por el paciente

- Asistir al horario convenido
- Pagar los honorarios correspondientes
- Aceptar las reglas de trabajo

2. Naturaleza y límites de la vinculación entre paciente y terapeuta
3. Participación de otras personas allegadas al paciente identificado a través del curso del proceso psicoterapéutico
4. Acciones a realizar por el terapeuta a lo largo del proceso (Corbella y Botella, 2009).

Normalmente el terapeuta comunica estas pautas al inicio del proceso terapéutico ya que serán las cuales enmarcarán el proceso en sí. Las mismas en muchas oportunidades serán necesarias de repetirse o de reconsiderar a lo largo del mismo (especialmente en procesos terapéuticos prolongados). Así también esta variable se encontrará influida por el posicionamiento del terapeuta en cuanto al modelo teórico, ya que cada modelo proporciona determinadas pautas de encuadre. En relación a la dimensión presentada, cuando un terapeuta presenta características de la dimensión más rígida, este comunicará al consultante que no se establecerán modificaciones al marco original presentado y aceptado, por el contrario un terapeuta más flexible permitirá y contemplará la necesidad de establecer cambios a lo largo del proceso terapéutico. Si bien como se mencionó anteriormente cada terapeuta responde a un modelo teórico el cual imparte directivas del establecimiento del encuadre terapéutico, cada terapeuta impartirá dichas normas con un estilo propio y personal que lo diferenciará del resto aun utilizando el mismo modelo teórico.

2.3.1.2 Función Atencional

La función atencional refiere de acuerdo a Fernández - Álvarez (1998) a la selección de elementos necesarios para avanzar en el proceso terapéutico. Los terapeutas fluctúan en esta dimensión entre *activos* y *receptivos*. Los terapeutas en virtud de poder realizar una serie de operaciones en pos de favorecer la disminución del padecimiento del consultante, deben prestar atención a lo que ocurre durante el proceso en sí mismo. De esta capacidad dependerá la cantidad y calidad de información que esté en condiciones de recoger y que deberá utilizar para poder llevar a cabo su tarea. Cuando el terapeuta utilice programas de intervención muy pautados o cuando el modelo teórico contempla la directividad del proceso, el terapeuta requerirá prestar atención a ciertos aspectos específicos para poder llevar a cabo sus intervenciones. Por otro lado, cuando el terapeuta utilice modelos psicoterapéuticos menos estructurados, su atención tenderá a ser más fluctuante. Por lo anteriormente mencionado el modelo teórico influirán en el modo en que el terapeuta direcciona su capacidad atencional y la canaliza.

2.3.1.3 Función Expresiva

En cuanto a la función expresiva Fernández - Álvarez (1998) refiere que la misma es la manera de relacionarse afectivamente con el paciente. Los terapeutas en este sentido fluctúan entre los polos *próximos* y *distantes*. En relación a esta variable Corbella y Botella (2009) plantean:

Con el fin de sostener este dispositivo, el terapeuta debe mantener la relación terapéutica dentro de un marco de colaboración activa. En ese sentido, se suele decir que el terapeuta debe ser empático. Esto equivale a decir que es necesario sostener determinado grado de intercambio emocional con el paciente para que éste se sienta contenido afectivamente y confiado para pedir ayuda. Esta función expresiva se podría relacionar con la dimensión de expresión versus el control del afecto planteada por McNair y Lorr (1964) (pp. 106-107)

La empatía es un concepto del cual se ha escrito mucho. Con respecto a la psicoterapia, Frank (1971) incluyó a esta variable como un factor común a todas las psicoterapias que conducen al éxito terapéutico.

En cuanto a los distintos aspectos que conforman al estilo personal del terapeuta, esta variable es la que probablemente más divergencias técnicas se encuentren. En el psicoanálisis se gestó el concepto de neutralidad y abstinencia en donde el terapeuta se suponía que debía de funcionar como una pantalla en donde el paciente pudiera proyectar los imagos infantiles (Freud y Rosenthal, 1998). Así también existen otros modelos en donde se requiere de la participación y contención por parte del terapeuta. Sin embargo la función expresiva es una variable que se encuentra presente en las características del terapeuta sin mediar el modelo teórico al que adscriba. La forma en que el terapeuta se expresa emocionalmente durante las sesiones es un factor sintetizador de la función.

2.3.1.4 Función Operacional

La función operacional u operativa, hace referencia al modo del cumplimiento de las tareas por parte del terapeuta. Los mismos puntúan entre *pautados* (reglados y directivos) y *espontáneos* (intuitivos, no intuitivos). La pericia de un terapeuta para cumplir con su tarea depende de que el terapeuta sea capaz de lograr tres cosas:

- Construir y sostener junto con el consultante una buena alianza terapéutica
- Realizar intervenciones que resulten efectivas
- Evaluar el proceso y el resultado de la psicoterapia

Las tres dimensiones anteriores responder a la constitución de una buena alianza de trabajo: la instalación del dispositivo, una adecuada función atencional y una buena comunicación expresiva sirven justamente para esos fines (Fernández Álvarez, 1998).

La psicoterapia abarca una gran diversidad de procedimientos. Una de las características de los mismos es que pueden clasificarse en abiertos y cerrados. Estos modos terapéuticos responden a los objetivos que persiguen. Muchos terapeutas se sienten cómodos sabiendo qué es lo que tienen que hacer de ante mano, sabiendo qué tienen que hacer en cada sesión, mientras que otros prefieren improvisar durante el proceso. En relación al primer eje de esta dimensión, los tratamientos manualizados son un claro ejemplo, ya que indican qué tiene que hacer el terapeuta a lo largo del proceso. Las psicoterapias psicodinámicas se ubicarían en el otro polo de la dimensión.

Es importante tener en cuenta algunos aspectos al momento de pre programar un formato de psicoterapia:

- La dificultad de la situación terapéutica
- Las formas más directivas de intervención, generalmente se relacionan a modelos más predictivos, mientras que las formas más discursivas suelen relacionarse con modalidades de psicoterapia más abiertas
- Los dispositivos más simples suelen admitir programas terapéuticos más sencillos
- Existen técnicas que están programadas para aplicarlas en un formato más racional y siguiendo pasos específicos en su aplicación (Corbella y Botella, 2009)

Se pueden encontrar antecedentes sobre la función operativa en la literatura: McNair y Lorr (1964) desarrollaron la dimensión *directividad* versus *no directividad*, que más tarde la emplearía Beutler para la selección sistemática de tratamientos (Corbella y Botella, 2009).

2.3.1.5 Función De Involucración

Los terapeutas son agentes de salud y como tales tienen un nivel de compromiso con el consultante muy elevado. Los terapeutas dedican una vida a comprender el funcionamiento del sistema mental de los consultantes, a disminuir el padecimiento que presentan, a mejorar la calidad de vida de los mismos. Galfré y Frascino (2015) definen

a la tarea terapéutica como apasionante sin dudas, la cual expone al profesional cotidianamente a interacciones que se encuentran teñidas de fuertes dosis de ansiedad, violencia, desorganización, desesperanza, entre otros. Los autores agregan que la persona del terapeuta es continente de varios temas:

- Historias y experiencia de vida
- Similitudes y resonancias con las situaciones problemáticas de los pacientes, que pueden haber resuelto o no
- Sentimientos que se ponen en juego en la tarea misma
- Sistema de creencias propio del terapeuta
- Las características de personalidad del profesional

Por lo tanto como en cualquier actividad, los terapeutas pueden verse involucrados en mayor o menor medida en su labor. Si bien puede suponerse que un equilibrio razonable es poder situar la involucración en un término medio, existen también determinadas circunstancias que llevan al profesional a tener que tener un nivel de compromiso mayor.

2.4 Competencia del terapeuta

La competencia es la capacidad del terapeuta de ayudar a sus pacientes o consultantes a resolver sus problemas y mejorar su confianza en sí mismos. En un sentido amplio del término, incluye a todas las habilidades necesarias para que ello ocurra. En ese sentido se incluye el autoconocimiento, autocontrol, relaciones o técnicas, además de las características personales ya expresadas. La experiencia se

encuentra directamente relacionada con el nivel de experiencia terapéutica y con el nivel de entrenamiento en la aplicación de programas específicos de tratamiento (Díaz, 2015). De acuerdo a Howard (1999) tanto la experiencia terapéutica, como el nivel de entrenamiento en programas de intervención específicos parecen estar asociados a mejores resultados terapéuticos. Aunque ser competente como terapeuta es realmente importante, mayor es el impacto de la percepción que el paciente tiene del terapeuta. O sea, no basta con que el terapeuta sea competente en un proceso terapéutico, sino que el paciente debe percibirlo como tal (Díaz, 2015). La competencia entonces, ya sea real o aparente, aumenta la confianza del paciente hacia el terapeuta, y ambas cualidades se encuentran asociadas a mejores resultado del tratamiento (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994). En las fases iniciales de la terapia, la competencia se infiere por parte del paciente a partir de otras señales tales como la información previa recibida sobre el terapeuta, el entorno en el que trabaja, títulos, diplomas, certificados que se tienen en la consulta, edad y estatus. Por ejemplo, los terapeutas de alto estatus son más atractivos para los pacientes que son rígidamente respetuosos de la autoridad, pero no para aquellos que tienen actitudes más igualitarias (Goldtein y Myers, 1986).

De acuerdo a lo desarrollado a lo largo del capítulo se ha podido generar una comprensión mayor de la figura del terapeuta y de toda la complejidad de su labor. Un elemento sumamente importante de tener en cuenta consiste en comprender que la labor del terapeuta no se encuentra estéril a las características intrínsecas de la persona del terapeuta, esto incluye sus estilos de relacionarse con los otros y con el mundo y, sus características de personalidad que claramente irán modelando la labor terapéutica e irán otorgando un estilo único en la implementación de un modelo de trabajo. En los

capítulos siguientes se abordarán los modos en que el terapeuta va gestando el estilo de relación con los otros y como las características de personalidad influyen en su labor.

Capítulo III

“El Estilo de apego en la figura del terapeuta”

-“La teoría del Bowlby implica un cambio a nivel epistemológico

En el modelo de construcción de teoría por su asiento en una amplia base

Empírica, por su enfoque multidisciplinario y prospectivo”-, (Montuor, 2013)

Es evidente que ha captado la atención de numerosas personas esa relación especial existente entre el niño y su madre, también con su padre, abuelos, cuidadores, etc. Una “conexión” que con el paso del tiempo se transforma en un lazo afectivo y estrecho. El niño establece con quien interactúa de manera estable una relación que cumple la función de satisfacer sus necesidades (Portu Zampirain, 2010) Esta relación fue denominada “apego”. El término fue introducido por Bowlby (1982) quien se dedicó a estudiar las relaciones familiares y las consecuencias de las interrupciones en los vínculos madre-hijo. Coincidió con Mary Ainsworth (1989) quien antes de la Segunda Guerra Mundial, enfocó sus estudios sobre la presencia de los padres como generador del sentimiento de seguridad en los niños (Casullo y Fernández Liporace, 1995).

La palabra *apego* proviene de *apegar*, compuesto por el prefijo verbal *a-*, tomado del latín *ad* (hacia) y el verbo *picare* (pegar) (Diccionario Etimológico, 2013).

La teoría del apego tiene sus orígenes en los años 50´ en donde se afirmaba que la razón por la cual un niño desarrollaba un estrecho vínculo con su madre, radicaba en que ella lo alimentaba. Hasta ese entonces, se consideraba al alimento como vía primaria. La relación personal, por otro lado, era considerada como una relación de “dependencia”, y ésta misma calificaba como relación secundaria (Bowlby, 2006).

Bowlby tenía a su disposición dos tipos de teorías. La primera residía en el psicoanálisis, la cual él tomó y utilizó por casi veinte años. La segunda, fue la etología. La misma captó su atención cuando leyó la traducción en inglés del trabajo de Lorenz (Holmes, 2001). En vistas de una lectura evolucionaria, Bowlby propuso que durante el tiempo en el cuál los humanos vivían en lo que decidió llamar “el ambiente de la adaptación evolucionaria”, la selección genética favoreció los comportamientos de apego ya que aumentan la probabilidad de proximidad madre – niño, la cual, a su vez, aumenta la probabilidad de protección y provee ventajas de supervivencia. Bowlby destacó la supervivencia de la especie en sus primeros trabajos (Cassidy y Shaver, 1999)

En 1951, tras la lectura de los trabajos de Lorenz, Bowlby, comprende que en algunas especies animales podrían desarrollarse un fuerte vínculo con una figura materna individual, sin el alimento como intermediario. El marco conceptual resultante apunta a dar cabida a todos los fenómenos sobre los cuales Freud llamó la atención – por ejemplo las relaciones amorosas, la angustia de separación, el duelo, la defensa, la ira, la culpa, la depresión, el trauma, el desapego emocional, los períodos sensibles de los primeros años de vida, etc. y así ofrecer una alternativa a la metapsicología tradicional del Psicoanálisis y añadir otra más a las muchas variantes de la teoría clínica existentes en aquellos tiempos (Bowlby, 2006) En ese marco, desarrolló el *esquema de apego, búsqueda de proximidad y base segura*, resaltando en su trabajo la importancia del contacto físico y la consistencia de los cuidadores (Cozolino, 2006). Buscando diferenciarse de la teoría predominante en ese entonces, el psicoanálisis, refiere que en lugar de comenzar con un síndrome clínico e intentar rastrear sus orígenes de manera retrospectiva, comenzó con una clase de traumas infantiles e intentó delinear las secuelas de manera prospectiva. A su vez, en lugar de comenzar con los pensamientos y

sentimientos íntimos de un paciente, y de intentar construir una teoría del desarrollo de la personalidad a partir de esos datos, empezó con observaciones de la conducta de los niños en ciertos tipos de situaciones definidas, incluyendo registros de los sentimientos y pensamientos que ellos expresan, intentando construir una teoría del desarrollo de la personalidad a partir de allí. Una vez descartada la teoría de la dependencia acerca del vínculo del niño con su madre, y también la alternativa, Kleiniana, esto condujo al concepto de la *conducta de apego* con su propia dinámica distinta de la conducta y la dinámica de la alimentación o el sexo, las dos fuentes de la motivación humana durante mucho tiempo consideradas fundamentales (Bowlby, 2006).

John Bowlby observó primates salvajes, niños en orfanatos e interacciones madre – hijo en su práctica clínica. Él reconoció que ambos, tanto primates como niños humanos, se desarrollan en el contexto de adultos consistentes y cariñosos. Fascinado con el delicado balance entre vínculo y exploración (Cozolino, 2006) Dado que su punto de partida fue la observación del comportamiento, su teoría fue tomada por algunos clínicos como una versión del conductismo, malentendido que surge para el autor de la confusión entre el apego y la conducta de apego (Rohnett Ramires y Scheffel Schneider, 2010).

La *teoría del apego*, es un modo de concebir la propensión que muestran los seres humanos a establecer sólidos vínculos afectivos con otras personas determinadas y explicar las múltiples formas de trastorno emocional y de alteraciones de la personalidad, incluyendo aquí, la ira, la depresión y el apartamiento emocional, que ocasionan la separación involuntaria y la pérdida de seres queridos. Como cuerpo de teoría, la teoría del apego, se ocupa de los mismos fenómenos que hasta ese entonces habían sido tratados como *necesidad de dependencia* o de *relaciones objetales* o de

simbiosis e individuación. Aunque incorpora mucho el pensamiento psicoanalítico, la teoría difiere del psicoanálisis tradicional al adoptar diversos principios que derivan de las disciplinas relativamente nuevas que son la etología y la teoría del control, esto permite prescindir de los conceptos de energía psíquica y de impulso y establecer también estrechos vínculos con la psicología cognitiva (Bowlby, 2006). Se puede considerar entonces, a la teoría del apego, como la piedra fundamental sobre la que se desarrollaron las teorías evolutivas desde la perspectiva cognitiva. La teoría del apego, supone un sistema conductual y un modelo representacional del sí mismo (*self*) y de la figura o figuras de apego (Maristany, 2008).

La *conducta de apego* es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados. Saber que la figura de apego es accesible y sensible le da a la persona un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad y la alienta a valorar la relación. Si bien la conducta de apego es muy obvia en la primera infancia, puede observarse a lo largo del ciclo de la vida, sobre todo en situaciones de emergencia. Dado que se observa en casi todos los seres humanos, se la considera parte integral de la naturaleza humana y como algo que compartimos con miembros de otras especies (Bowlby, 2006). En relación a esto, Cozolino (2006) en una lectura evolutiva comenta que el niño nace con un cerebro inmaduro y se aferra a su madre durante bastante tiempo luego de haber sido cortado el cordón umbilical. Tanto la madre del niño como otros cuidadores son los aspectos salientes de su mundo, se transforman en un eje central de su aprendizaje temprano. Lo primero que el infante aprende de sus cuidadores

es cuanto ellos están disponibles para hacerlo sentir cómodo y a salvo. La experiencia de relación con los padres lleva al niño a elaborar modelos o representaciones mentales del mundo y de las personas de su entorno, que le permiten desarrollar expectativas sobre la accesibilidad de sus figuras de apego, anticipar sus respuestas sobre la base de su experiencia previa en situaciones similares y guiar de una forma más efectiva su sistema de apego. De ésta manera, diferentes historias de interacción entre padres e hijos incentivan distintos modelos mentales, y en consecuencia, diferentes relaciones de apego. Estos modelos vinculares mantienen cierta estabilidad en el tiempo y en la edad adulta se transforman en modelos operativos interno, que se definen como una representación mental de sí mismo y de las relaciones con los otros (Tenorio de aguiar, Santelices y Pérez, 2009).

3.1 Observaciones de la relación madre – hijo

Mary Ainsworth, colaboró con Bowlby en la década de 1950. Su idea básica era: estudiar las interacciones madre – bebé durante el primer año de vida, y a continuación hacer algo que permitiera a los observadores acceder y clasificar el modelo de apego propuesto, internalizado y en activo. Su estudio de Baltimore logró realizar este objetivo y ha sido replicado en múltiples ocasiones por otros investigadores de todo el mundo. En este estudio, tras un año de observaciones realizadas en el domicilio, cada pareja o díada madre – bebé era llevado al contexto del laboratorio. En diversos momentos del procedimiento de veinte minutos, el bebé permanecía con la madre, con la madre y una persona desconocida y sólo con la persona desconocida, y a continuación a solas

durante un período que podía prolongarse hasta tres minutos. La idea era (y sigue siendo) que separar a un bebé de un año de edad de su figura de apego en un contexto desconocido y, en ocasiones, en presencia de una persona extraña activaría el sistema de apego del bebé. Entonces se podrían estudiar las respuestas del bebé ante la separación y en el momento del reencuentro. En la primera fase de su estudio, Ainsworth descubrió que la conducta de los bebés durante el reencuentro se correspondía con patrones específicos de respuesta. Cada uno de estos patrones correspondía de forma estadísticamente significativa con las valoraciones de las observaciones independientes realizadas en el contexto del hogar durante el año anterior a la evaluación del laboratorio. Esta medida de laboratorio ha recibido el nombre de *Situación del Extraño Infantil o de Ainsworth* (Siegel, 2007).

La situación del Extraño, se convirtió en el paradigma por excelencia de la teoría del apego. Estos datos sirvieron de apoyo empírico para poder afirmar que la madre es quien funciona como una base segura para la exploración, y que la percepción de cualquier amenaza activa las conductas de apego y desaparece las conductas exploratorias (Florez, Giuliani y Giulio, 2011). A través del estudio anteriormente mencionado, Bowlby y Ainsworth conceptualizaron tres tipos de apego. El primer tipo de apego, incluyó a los niños que respondían con protesta, dolor y angustia a la situación de alejamiento de su cuidador primario y con alegría ante el regreso. A partir de esta conducta, se los identificó como poseedores de un *apego de tipo seguro*, que se caracteriza en que el individuo confía en que su cuidador será accesible, sensible, y colaborador con él si se encuentra en una situación atemorizante, esto permite que el niño se sienta seguro de explorar el medio, aprender nuevos repertorios conductuales, y generar conductas de apoyo a los demás. En el segundo tipo de apego, se observó a los

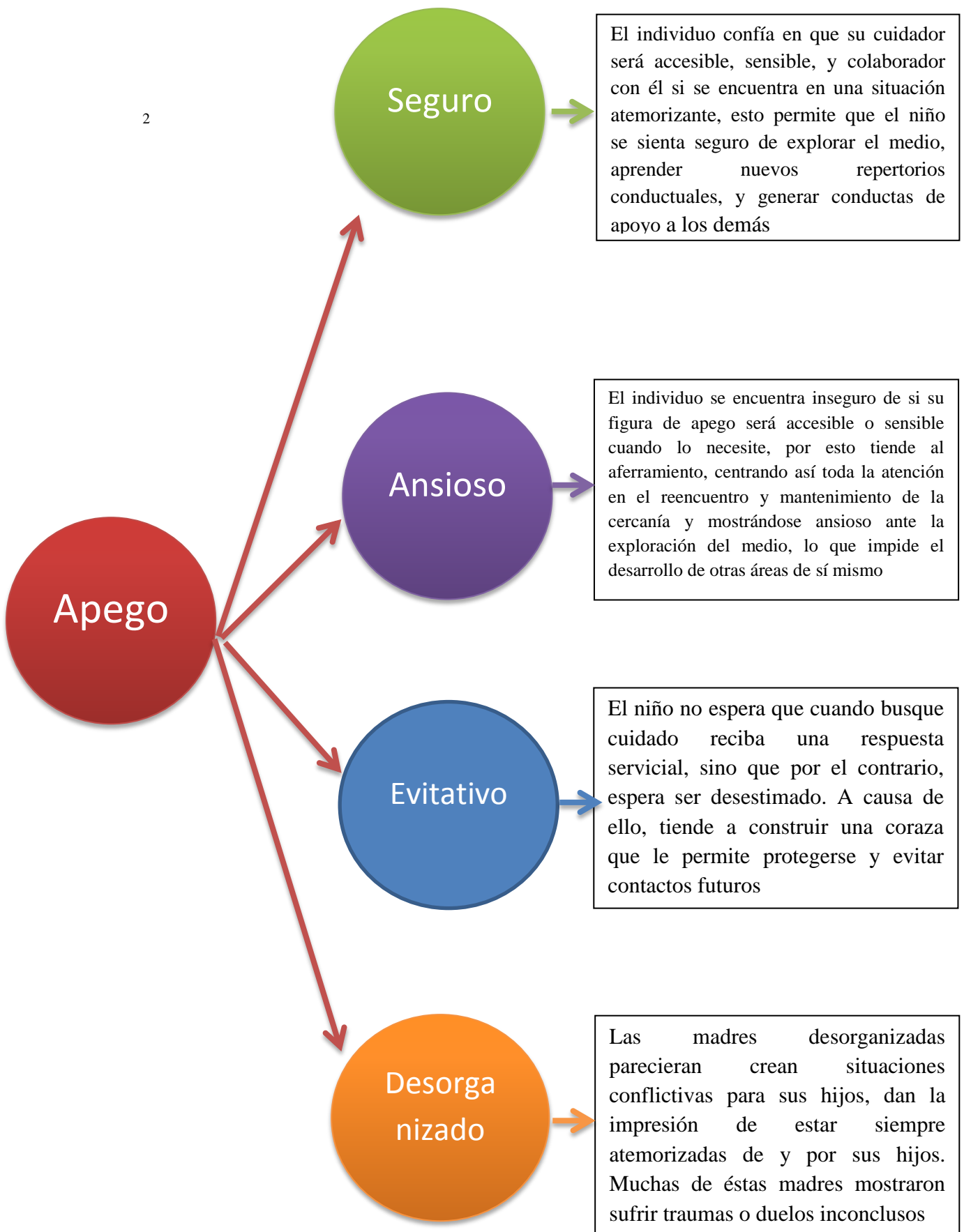
niños que actuaban con desesperanza, pasividad y tristeza. Se los incluyó en un tipo de *apego ansioso – resistente* en donde el individuo se encuentra inseguro de si su figura de apego será accesible o sensible cuando lo necesite, por esto tiende al aferramiento, centrando así toda la atención en el reencuentro y mantenimiento de la cercanía y mostrándose ansioso ante la exploración del medio, lo que impide el desarrollo de otras áreas de sí mismo. Finalmente, el tercer tipo de apego. Una porción de los niños estudiados respondían con defensas y evitación de que la madre retome, a ellos se los catalogó como poseedores de un *apego ansioso – elusivo*, hoy también conocido como *apego evitativo*. En este niño no se espera que cuando busque cuidado recibirá una respuesta servicial, sino que por el contrario, espera ser desestimado. A causa de ello, tiende a construir una coraza que le permite protegerse y evitar contactos futuros (Casullo y Fernández Liporace. 1995).

En la actualidad también se emplea un cuarto tipo de apego desarrollado por Mary Main y Judith Salomon que permite definir adicionalmente la naturaleza de la conducta de algunos bebés. A este tipo de apego, se lo denominó *apego desorganizado*. Las madres desorganizadas parecieran crean situaciones conflictivas para sus hijos, dan la impresión de estar siempre atemorizadas de y por sus hijos. Muchas de éstas madres mostraron sufrir traumas o duelos inconclusos (Cozolino, 2006).

Se cree que un bebé que ha desarrollado un modelo de trabajo interno de apego seguro será capaz de usar al progenitor para calmarse rápidamente y para volver a su tarea infantil de exploración y juego. Si el bebé dispone de un modelo de apego inseguro, entonces la reaparición del progenitor no facilitará tal función emocional regulativa ni permitirá que el niño use al progenitor para volver al juego. (Siegel, 2007).

Patricia Crittenden (2002) desarrolló el modelo dinámico maduracional. Diferenció en el apego inseguro dos formas: *evitante* y *coercitivo*. Consideró que los padres no hieren a sus hijos a menos que, su gran temor sea dañarlos más si no los castigarán. De acuerdo a la autora, algunos padres descuidan a sus hijos si ellos mismos están absorbidos por sus propias formas básicas de supervivencia o se creen indefensos (Vega, 2011).

A modo de organizar la información vista hasta el momento, se presenta el siguiente cuadro resumiendo los descubrimientos en las investigaciones sobre apego



² Elaboración Propia

Los niños seguramente apegados parecen haber internalizado a sus madres como una fuente de confort, usándolas para sentirse seguros mientras buscan estimulación en otro lugar (Stern, 1995).

De acuerdo a los aportes de Fonagy (2004) en el primer tomo de la trilogía sobre el apego, Bowlby hace una descripción del sistema de apego meramente conductual: la necesidad aparece en ausencia del cuidador/a y la presencia física de éste/a hace desaparecer esa necesidad. En el segundo volumen de la trilogía, Bowlby sostuvo que la meta del sistema de apego es mantener al cuidador accesible y receptivo, y para referirse a esto, utilizó el término *disponibilidad*. Este autor, en el tercer volumen sostiene que las experiencias con el cuidador, mediante una serie de procesos cognitivos, dan lugar a modelos representacionales, a los cuales Craik (1943) denomina *Modelos de Funcionamiento Interno*. En este sentido, se observaría la influencia de Piaget. Esta concepción del sistema de apego da paso a una consideración más sofisticada en cuanto a las diferencias individuales. El apego seguro se caracteriza por Modelos de Funcionamiento Interno en los cuales la figura de apego es percibida como accesible y receptiva si se la necesita. Se subraya la clarividencia de Bowlby al considerar la receptividad del cuidador como determinante de la seguridad del sistema de apego. Bowlby también considera que hay un modelo de funcionamiento complementario del self.

Martha Edwards (2005) desarrolla un modelo más Integrativo que denomina *procesos parentales*. Investigó qué hace el padre para poder sostener, mantener o continuar el movimiento del bebé de captar la atención del adulto. Edwards pone mucho más el acento en el adulto, y para eso integra con la teoría del apego, la teoría del desarrollo cognitivo de Vygotsky y la teoría de la personalidad de Adler (Vega, 2011).

3.2 Apego temprano como predictor de desarrollo

Las teorías de Bowlby sugieren que no solamente las relaciones prevén el desarrollo de la personalidad, sino también afectan la capacidad del niño para regular sus emociones y en la formación de representaciones mentales de sí mismo y de los otros. Por ejemplo, un niño que no ha sido criado con conductas expulsivas por parte de sus cuidadores, es probable que interprete el comportamiento de los otros como expulsivo y se comporte de maneras que lo lleven a futuras expulsiones en su vida, perpetuando el patrón aprendido. Sin embargo, la teoría también sostiene que tales comportamientos son factibles de ser modificados, especialmente teniendo en cuenta los cambios fundamentales en las relaciones de apoyo. Si los demás sirven de apoyo, a pesar de los comportamientos desagradables, el comportamiento y la mirada del niño pueden cambiar (Scoufe y Siegel, 2012).

La base segura, es una poderosa trama afectiva que garantiza al niño la exploración del mundo en condiciones saludables. El modo en que se internalizan representaciones relacionadas a experiencias de apego, influirán en las expectativas de futuras interacciones. Estos patrones de interacción funcionan como prototipos para las relaciones interpersonales, como una guía de cómo relacionarse y responder a otros significados. Experiencias adversas en la infancia tienen efectos de dos tipos. En primer lugar aumentan la vulnerabilidad de las personas frente a futuras experiencias adversas, y en segundo lugar, existe una mayor probabilidad de que el sujeto se enfrente a situaciones semejantes (Maristany. 2008). En los casos en los que no se logra la adquisición de un sentido de base segura porque la figura de apego no se ha encontrado disponible, los individuos internalizan el “sentido de vulnerabilidad”. En este caso, el

sistema de apego, está continuamente activado, ya que muchas situaciones son significadas como amenazantes y producen desestabilización emocional, lo que actúa disminuyendo el involucramiento en actividades de filiación, exploración y cuidado de otros (Mikulincer, Shaver y Pereg, 2003).

3.3 Aspectos Neurobiológicos del apego

En la conducta y los sentimientos humanos la inclinación de la madre a cuidar y proteger a los hijos, ocupa una posición única y privilegiada. Con el embarazo el cerebro de la mujer cambia, estructural y funcionalmente, al responder a consignas básicas que recibe el feto. Este vínculo ha de reforzarse con el parto y la lactancia dado que se potencian los circuitos neurales más fuertes de la naturaleza. El vínculo de apego afectivo y emocional forma parte del proceso biológico natural. Los estudios pioneros de Spitz (Spitz, 1945) demostraron en los años 40 que el contacto y cuidado humano es tan necesario para sobrevivir para los bebés como el alimento o el abrigo. Por otra parte, Harlow con sus experimentos con primates demostró que los bebés prefieren un muñeco que simula su madre cuando está forrado con materiales cálidos (lana, tela, guata) que cuando solamente es una estructura de alambre. Aun cuando esta preferencia les implique la pérdida de alimento. Además, cuando estaban en presencia de la madre “cálida” desarrollaban un comportamiento motor de exploración mucho más intenso (Harlow, 1958).

Desde un punto de vista neuropsicológico, la afectividad engloba la totalidad de la vida emocional. Estas investigaciones abordan lo afectivo – emocional de una manera funcionalmente unitaria. El complejo comportamiento *cognitivo emocional* humano se basa en la integración de áreas del cerebro, aunque ninguna de ellas puede catalogarse como puramente afectiva o puramente cognitiva. Uno de los centros neurálgicos para favorecer y activar la integración cognitivo emocional en el vínculo de apego es el conocido *complejo amigdalino* o amígdala. Esta estructura es la clave en el procesamiento de emociones y su asociación a los procesos cognitivos y motivacionales (sistema límbico). Ubicado estratégicamente en los hemisferios cerebrales, podríamos decir que el sistema límbico integra los impulsos vegetativos – viscerales con lo cognitivo conductual por vía emocional (Moratalla y Sueiro Villafranca, 2008).

Según Ainsworth (1967, p. 429), el apego es más que la conducta manifiesta, es algo interno que se está construyendo en el sistema nervioso, en el curso y como resultado de la experiencia del infante de sus transacciones con la madre. Siguiendo la sugerencia de Bowlby, el sistema límbico se ha postulado como el sitio de los cambios de desarrollo asociados con el aumento de las conductas de apego. De hecho, el período específico de siete a quince meses han demostrado ser crítico para la mielinización y por lo tanto la maduración de particulares áreas de asociación límbicas y corticales de rápido desarrollo. La evidencia muestra que las transacciones de experiencias de apego, cara a cara, influyen directamente en la impresión y el cableado del circuito de la corteza prefrontal orbital, una zona conocida corticolímbica para comenzar un cambio madurativo importante a los diez a los doce meses y para completar un período crítico de crecimiento en el medio para terminar el segundo año. El marco de tiempo para esto

es idéntico al de Bowlby para la maduración de un sistema de control del accesorio abierta a la influencia del medio ambiente de desarrollo (Bowlby, 2006).

Las relaciones de apego, son consideradas fundamentales para servir a funciones regulatorias, generalmente relacionadas a necesidades psicológicas básicas. Algunas de las funciones regulatorias del apego son obvias y fundamentales. Por ejemplo, los niños humanos literalmente no pueden sobrevivir sin la asistencia de un adulto o cuidador. En la niñez tardía y en la adultez, en las relaciones de apego, la emoción se transforma en un target principal de la regulación social. (Coan, 2008).

Un niño nace en un mundo genéticamente programado para conectarse con sus cuidadores, quienes se convertirán en las “figuras de apego” del niño. Estos apegos pueden conformarse por la madre, el padre, u otro sujeto que se encuentra envuelto en la provisión de afecto del niño. El apego es considerado una función adaptativa básica, que lleva al infante a crear pocos apegos en su vida. Estos apegos proveen una relación en la cual el niño podrá:

- 1) Buscar proximidad en una figura de apego
- 2) Tener un sentido de un refugio seguro en el que, cuando él se altere, la figura de apego calmará su angustia
- 3) Y finalmente, desarrollar un modelo interno de base segura que le proveerá de la seguridad suficiente para explorar el mundo, poseer un sentido de bienestar que calme su estrés en el futuro (Siegel, 2001)

Aunque el sistema de apego está “conectado” en el cerebro, el bebé tiene una experiencia que dará forma directa a la organización de ése sistema. La experiencia involucra la activación de las neuronas en el cerebro que responden a los eventos

sensoriales del mundo externo, o de las imágenes internas creadas por el cerebro (tales como nuestra experiencia de eventos pasados) (Siegel, 2001).

El apego seguro construye vías cerebrales que optimizan la integración de las conexiones neurales, el arousal anatómico, y respuestas positivas de afrontamiento. La regulación de estos sistemas se establece a muy corta edad en la vida y organizan la respuesta al estrés y los comportamientos interpersonales. Si la regulación polyvagal del sistema de compromiso social no se desarrolla correctamente debido a un apego inseguro, probablemente nos volvamos dependientes en la utilización de regulaciones autonómicas primitivas (Porges, 2003). Los niños que presentan apego seguro, utilizan a otras personas para modular el estrés producido ante una determinada situación y no producen una respuesta adrenocortical cuando las figuras de apego se encuentran disponibles. En contraste con lo anteriormente dicho, aquellos niños con esquemas de apego inseguro, muestran una reacción de estrés en las vías hipotalámica – pituitaria – adrenal (HPA) (Cozolino, 2006; Porges, 2001).

La dominancia del sistema adrenocortical se corresponderían con los patrones de apego ansiosos ambivalente, los cuales se encuentran caracterizados por irritabilidad, dependencia, comportamientos Acting out y una habilidad decreciente a reponerse al estrés. Estos niños, reciben dosis irregulares de afecto de sus cuidadores los cuales se encuentran sobre estimulados y desorganizados. Ellos, a su vez, experimentan dificultades en el control de impulsos, hostilidad, y miedo al abandono. Los esquemas de apego son memorias implícitas que son conocidas sin ser enseñadas, ya que se encuentran almacenadas en la arquitectura del “cerebro social” como predictor del comportamiento de los otros. Los esquemas tempranos persisten en la adultez, impactando en nuestras elecciones y en la calidad de nuestras relaciones. Ese impacto

va más allá de la habilidad nuestra de moldear nuestras relaciones, también influyen en nuestra vida emocional, el funcionamiento inmunológico y en la experiencia del self (Cozolino, 2006).

3.4 Apego adulto y estilo de apego

El apego adulto tiene sus orígenes a mediados de los años 80' en la psicología social de la personalidad y en la psicología del desarrollo, aunque con diferentes énfasis en cada especialidad. En ésta época, se dio inicio a dos programas de investigación con el objeto de estudiar los patrones de apego en los adultos. En general el apego predice la participación en el grupo de pares preescolares, la capacidad de amistades cercanas en la escuela media, la capacidad de coordinar las amistades y el funcionamiento del grupo en la adolescencia y la capacidad de generar relaciones de confianza y románticas en la adultez. Aquellos con historias de apego seguro fueron más asertivos socialmente y con mayores probabilidades de ser elegidos líderes por sus compañeros que aquellos que no poseyeron una historia de apego seguro (Scoufe y Siegel, 2012).

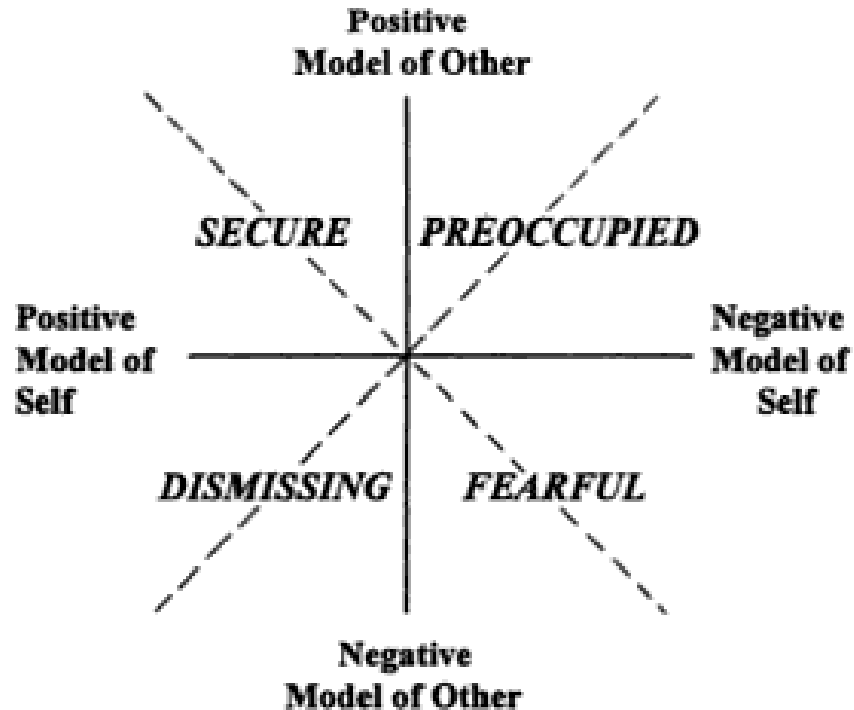
Como se mencionó anteriormente, la teoría del apego proporciona una base para comprender el desarrollo del apego emocional en los niños. Como resultado de las interacciones con los cuidadores, los niños desarrollan modelos internos de trabajo de los demás y de sí mismo. Estos modelos, contienen creencias acerca de las figuras de apego y de sí mismo que guían los comportamientos y expectativas en la relación padre – hijo. El lazo que creamos con nuestras figuras de apego, es gradualmente internalizado y organizado en patrones de personalidad que guiarán en un futuro las

relaciones en el adulto. Por ejemplo, un individuo que crece en un ambiente de apoyo, amor y cariño, crecerá con confianza, sabiendo cómo y dónde buscar ayuda o protección, mientras que una persona que es menos afortunada verá el mundo como incómodo e impredecible (Yusof y Carpenter, 2013).

El apego adulto ha sido denominado por Bowlby *modelos operativos internos*. Estos modelos son constituidos a partir de relaciones tempranas con las figuras de apego. A su vez, se debe considerar que estos modelos operativos internos han sido construidos o internalizados desde edades tempranas, determinando así tanto los vínculos como las conductas de apego de manera estable. También existe una posibilidad de que estos puedan cambiar durante el desarrollo y la vida adulta (Santelices - Alvarez, Garrido - Rojas, Fuentes - Fuentes, Guzman – Gonzalez y Lizano – Martinez, 2009).

En la década del 90´ Bartholomew sistematizó la concepción realizada por Bowlby acerca de los modelos internos de trabajo, en un esquema de clasificación de cuatro categorías. Estos cuatro patrones de apego prototípicos son definidos en dos dimensiones: un modelo positivo del sujeto en relación al self y un modelo positivo del sujeto en relación a los otros. El aspecto positivo del modelo del self indica el grado en la cual la persona internalizó un sentido de valía. Este modelo es asociado al grado de ansiedad y dependencia de los sujetos sobre la aprobación de otros en relaciones íntimas. El apego seguro en el adulto, se encuentra caracterizado por la combinación de modelos de positivismo propio y de otros (Bartholomew y Shaver, 1998).

Figura 1



3

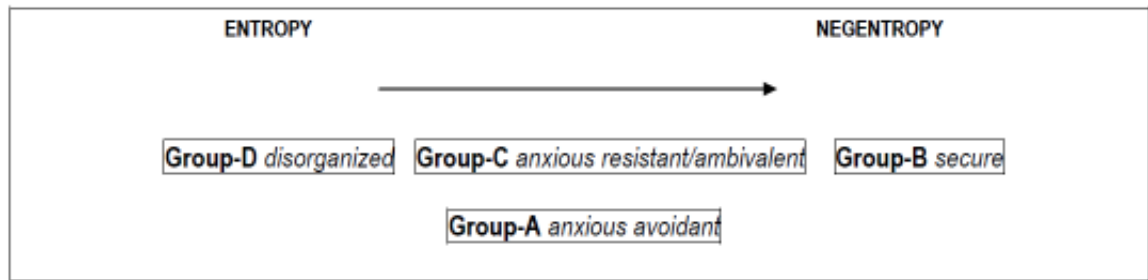
Bartholomew (1998) propuso una conceptualización más elaborada de lo que algunos expertos en la temática denominaron “orientaciones de apego”, “patrones de apego” o “estilos de apego”. Finalmente la autora llegó a la conclusión de que existen dos dimensiones mayores subyacentes a las mediciones del apego en el adulto: la ansiedad (frente a ser abandonado o al amor insuficiente) y la evitación (de la intimidad y la expresión emocional); además señala que aquellas se pueden organizar en relación con

³ Modelo de clasificación de cuatro categorías en apego adulto propuesto por Bartholomew (Bartholomew y Shaver, 1998).

otras dos dimensiones que se encuentran relacionadas con las representaciones de sí mismo y del otro.

3.5 Teoría del apego y modelo sistémico

En relación al estilo de apego seguro, la “morphostasis” ha sido definida como “la tendencia del sistema a la estabilidad, un estado de equilibrio dinámico” El apego seguro, podría ser conceptualizado como una estabilidad en la que el niño puede anticipar que el cuidador será accesible y demostrará una interacción con él. A su vez, la experiencia del apego seguro en el niño, pareciera estar organizada por la capacidad del sistema “niño – cuidador” en permanecer apropiadamente balanceada en relación a diádas abiertas (capacidad de soportar la exploración) y las cerradas (Capacidad de brindar seguridad) en relación a las influencias externas. Esto podría ser descrito como el sistema niño – cuidador en un estado de negentropía o “cuando el balance apropiado entre la apertura y el cierre es mantenido”. En cuanto al estilo de apego ansioso o desorganizado, la experiencia de inconsistencia por el niño desorganizado y la experiencia impredecible acrecientan las posibilidades de configurar un niño desorganizado. El estilo desorganizado es descrito por el concepto de “entropía” A modo de plasmarlo en aspectos visuales, se adjunta una imagen explicativa de lo anteriormente mencionado (O’Gorman, 2012).



4

Las teorías de Bowlby sugieren que no solamente las relaciones prevén el desarrollo de la personalidad, sino también afectan la capacidad del niño para regular sus emociones y en la formación de representaciones mentales de sí mismo y de los otros (Scoufe y Siegel. 2012). El modo en que se internalizan representaciones relacionadas a experiencias de apego, influirán en las expectativas de futuras interacciones. Estos patrones de interacción funcionan como prototipos para las relaciones interpersonales, como una guía de cómo relacionarse y responder a otros significados. (Mikulincer, Shaver y Pereg. 2003).

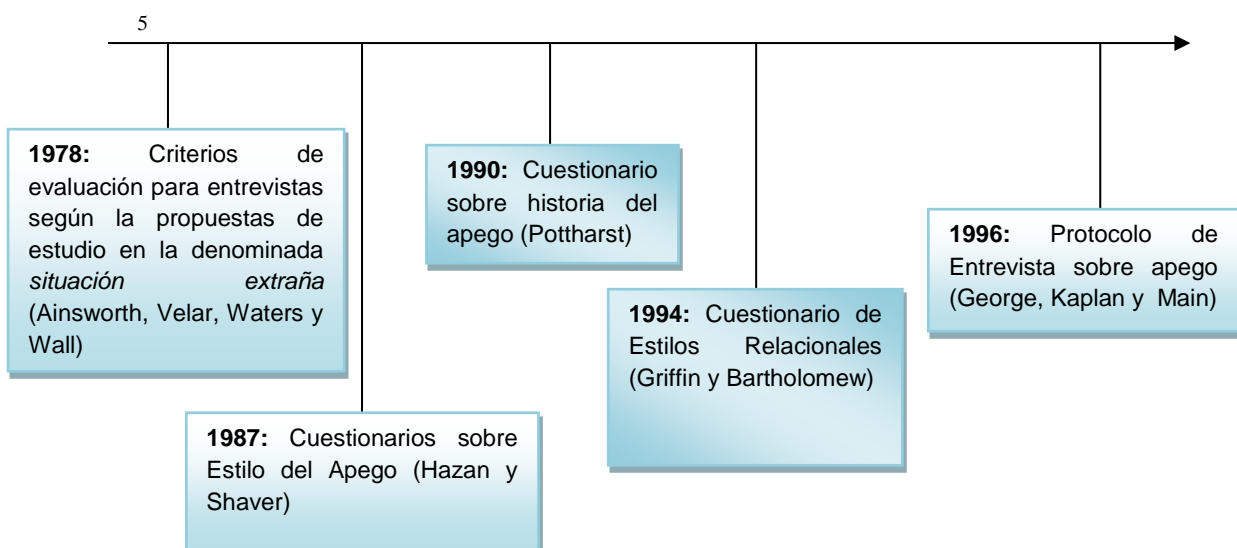
La relación entre la teoría del apego y la teoría sistémica se ve reflejada a través de las conexiones realizadas por Bowlby entre la teoría general de los sistemas, la cibernética y el mantenimiento de las relaciones. Así también la relación entre estas teorías se ve reflejada a través de la presencia de constructos sistémicos junto con la literatura sobre apego. Por ejemplo, el uso del término “homeostasis” cuando se describe el sistema de control del apego y el término “feedback” cuando se hace referencia a la relación de apego. Recientemente ha habido un número importante de teorías que establecen la relación entre la terapia familiar y la teoría del apego: El modelo de redes, la terapia narrativa del apego, el modelo dinámico maduracional,

⁴ (O’Gorman, 2012)

Emotionally Focused Couples Therapy y la terapia familiar basada en la teoría del apego (O’Gorman, 2012).

3.6 Evaluación psicológica y estilos de apego

En relación a la evaluación psicológica de apego se observan dos cuestiones básicas: poder determinar si el sistema de apego es normativo, o sea, si está presente en el desarrollo de todas las personas y si es dinámico e importante en las transiciones de la adolescencia y la adultez. En la actualidad, existen diversos intercambios de corte teórico que refieren a cuál sería el instrumento más adecuado para evaluar los estilos o vínculos de apego ya sea en adolescentes, como en adultos (Casullo y Fernández Liporace, 2004). Sobre los antecedentes en la evaluación del apego, puede establecerse un ordenamiento cronológico sobre los mismos.



⁵ (Casullo y Fernández Liporace, 2004)

Los criterios de evaluación de entrevistas según las propuestas de estudio en la situación extraña, pretenden formalizarse como categorías clasificatorias. De esta manera, a partir de los indicadores obtenidos en la entrevista con el adulto, podrían llegar a inferirse con alto grado de precisión los comportamientos con mayor probabilidad en ocasión de la situación extraña. A su vez, la observación de ciertos indicios comportamentales infantiles, haría posible la predicción del estado posterior en cuanto a la postura de apego en el adulto. En el siguiente cuadro se observan los criterios de evaluación de entrevistas según el estudio de situación extraña (Casullo y Fernández Liporace, 2004).

Estado Actual	En la situación extraña
<p>Seguro / autónomo</p> <p>Discurso coherente y colaborador.</p> <p>Relata sus recuerdos de manera consistente</p>	<p>Seguro (B)</p> <p>Explora la sala y los juguetes con interés</p> <p>Evidencia extrañar a la figura adulta cuando se separa de ella.</p> <p>Prefiere a los padres antes que a un extraño</p> <p>Se contacta con ellos pero vuelve a sus juegos</p>
<p>Desvinculado</p> <p>Discurso poco coherente. No relaciona experiencias y vínculos de apego. Tiende a normalizar los eventos y componentes de su historia. Hace comentarios muy breves.</p>	<p>Evitativo (A)</p> <p>No llora cuando se separa de los padres</p> <p>Ignora activamente la reunión con los padres.</p> <p>No busca conectarse</p>

Minimiza el efecto de experiencias negativas	No exhibe malestar o enojo. Se centra en los juguetes y en el contexto
<p>Preocupado</p> <p>Discurso poco coherente. Preocupado por experiencias de apego de su pasado.</p> <p>Evidencia de enojo, pasividad o temor en sus relatos. Expresiones verbales vagas, a veces muy extensas.</p>	<p>Resistente o ambivalente (C)</p> <p>Se muestra molesto aún en momentos previos a la separación de la figura adulta.</p> <p>Fracasa en sentirse cómodo y acomodarse al relacionarse con la figura parental. Se focaliza en ella y continúa llorando.</p> <p>Fracasa en retomar las actividades de exploración después de la reunión.</p>
<p>Desorganizado, no resuelto</p> <p>Cuando se refiere a pérdidas o abandonos falla en el control de sus discursos. Puede estar en silencio durante largos lapsos.</p>	<p>Desorganizado, desorientado (D)</p> <p>Muestra conductas desorganizadas y desorientadas en presencia de los padres (camina, se tira al piso, levanta sus manos), parecido sufrir un colapso temporario en sus estrategias comportamentales.</p>

Mary Main amplió el campo del apego más allá del estudio de la conducta infantil hasta el nivel del análisis de las representaciones. Main y colaboradores, preguntaron a los progenitores de estudios del apego sobre los recuerdos de sus propias experiencias infantiles. Los autores encontraron que el patrón de narración de la “historia” de su vida familiar temprana en el contexto semiestructurado de una entrevista adulta podría correlacionarse con la clasificación del hijo de ese progenitor en

la situación del extraño. De este modo, Main dio comienzo a lo que en la actualidad constituye una serie de investigaciones mediante la creación de un instrumento de estudio denominado *la entrevista de Apego Adulto* originalmente en inglés *AAI: Adult Attachment Interview* (Siegel, 2007). Otro instrumento sumamente importante en el estudio del estilo de apego adulto, es el de Hazar y Shaver (1987), el cual buscó evaluar el estilo de apego romántico empleando la categorización de Ainsworth (Casullo y Fernández Liporace, 2004). Los investigadores solicitaban a los participantes que indicaran cuales de los tres tipos de apego, mejor caracterizaba sus sentimientos y comportamientos en relaciones románticas (Brennan, Clark, Shaver, 1998). Los autores sostienen que las experiencias emocionales y las conductas asociadas a enamorarse, a mantener el lazo y a la separación – pérdida del compañero son compatibles con la concepción del apego de Bowlby y se encontrarían impulsadas por el mismo sistema motivacional (Carreras, Brizzo, Gonzalez, Mele y Casullo, 2008).

El protocolo de la entrevista sobre apego es una entrevista estructurada que prevé la obtención de determinada información vinculada al ámbito familiar y a recuerdos sobre las experiencias infantiles asociadas. El cuestionario sobre historia de apego, posee varias secciones que tienen por objeto recolectar información demográfica, historia y patrones de interacción familiar. Finalmente el cuestionario de Estilos Relacionales, se encuentra integrado por 30 ítems que permite obtener una medida individual de cada uno de las cuatro categorías propuestas por Bartholomew anteriormente mencionadas. (Casullo y Fernández Liporace, 2004). En la actualidad existen estudios que dan cuenta de la robustez de la medida (Bifulco, Moran, Ball y Bernazzani, 2002; Bifulco, Moran, Ball y Lillie, 2002; Bifulco, Mahon, Kwon, Moran y Jacobs, 2003; Wood y Riggs, 2007)). Otras escalas creadas para evaluar el estilo de

apego adulto son: Escala para padres y pares (Greenberg, Siegal y Leitch), Parental Relationship Questionnaire (PRQ) de Kenny, la Escala de Estilo de Apego creada por Simpson, la Escala de Apego adulto (Collins y Read), Bartholomew y Horowitz construyen la Relationship Scale Questionnaire, Sperling y Berman desarrollan la ASI (Attachment Style Inventory y en 2009 Fraley construye la ECR – RS (Questionnaire self report measures of Adult Attachment) (Paolicchi, Kohan Cortada, Colombres, Botana, Maffezzoli, Pennella, Abreu, Bozzalla, Sorgen y Bosoer, 2013).

La escala argentina de apego fue desarrollada por María Martina Casullo y Mercedes Fernández Liporace en el año 2004. Las autoras tomaron como marco teórico de referencia los cuatro estilos de apego que propone Bartholomew redactándose tres indicadores para cada uno de los cuatro estilos de apego mencionados. El instrumento toma como referencia dos contextos diferenciados: el de las relaciones románticas y el de los vínculos no románticos. El participante deberá responder puntuando cada elemento sobre una base de escala likert en donde 1 equivale a casi nunca, 2 a veces, 3 corresponde a con frecuencia y 4 a casi siempre. La versión fue administrada para su estandarización a 800 adultos de origen argentino (50% varones y 50% mujeres). Residentes de CABA y sus alrededores (Casullo y Fernández Liporace, 2004).

3.7 Síntesis del capítulo

A lo largo del capítulo se han expuesto los temas fundamentales en relación a cómo un ser humano comienza a gestar los modos de vincularse con los otros y cómo esto va moldeando el modo de interacción a lo largo de la vida. Las figuras de apego

son elementos cruciales en este proceso. El terapeuta se verá influenciado por estos elementos y delinearán el modo de relacionarse con sus pacientes. En el capítulo 5 se expresarán los datos de investigación empírica que revelan cómo influye el estilo de apego en el proceso psicoterapéutico.

Capítulo IV

Factores de Personalidad y el modelo de los cinco grandes

4.1 La construcción de un concepto

La personalidad como un factor psicológico es particularmente difícil de cuantificar dado que es muy variable y su influencia en los pensamientos y el comportamiento es difícil de determinar. De acuerdo a la etimología de la palabra, personalidad proviene del latín *persona*, o sea, máscara usada por un personaje teatral. El latín lo tomó del etrusco, *phersu* y este del griego *prospora* que significa máscara (Diccionario etimológico, 2015). En la actualidad, la personalidad es entendida como un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Es decir, que la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona. Este concepto suele confundirse con dos términos relacionados con ella: el temperamento y el carácter. Aunque en el lenguaje cotidiano los tres tienen un significado similar, el *carácter* hace referencia a las características adquiridas durante nuestro crecimiento y conlleva un cierto grado de conformidad con las normas sociales. El *temperamento*, por el contrario, no es el resultado de la socialización, sino que depende de una disposición biológica básica hacia ciertos comportamientos. Por lo tanto, el carácter refleja el resultado de la influencia de la educación, mientras que el temperamento representa la influencia de la naturaleza, físicamente codificada (Millon y Davis, 2001). En términos generales, los psicólogos entienden la personalidad como el conjunto de características o rasgos que mejor describen o identifican el modo de ser y comportarse habitualmente un individuo, de tal modo que es posible predecir con bastante exactitud su funcionamiento en otros contextos, actividades, o situaciones vitales diferentes. Desde un punto de vista, la personalidad, no es concebida pues como

una entidad concreta y específica, sino más bien como la suma de propiedades y características psicológicas de distinto orden y naturaleza (emocionales, afectivas, cognitivas, comportamentales, sociales), que caracterizan el modo de ser propio y particular de un individuo y que lo identifican como tal, a través del tiempo y de las diferentes situaciones y roles que desempeña. La personalidad es en sí misma más que la suma de sus componentes, es decir, una propiedad emergente compleja que se halla en cambio y crecimiento continuo. El acercamiento científico de la personalidad humana que más éxito ha tenido se ha centrado en la búsqueda, descripción, análisis y medida de los elementos básicos que configuran la personalidad individual. Esos elementos básicos reciben el nombre de rasgos, que oscila desde la nula (o inapreciable) hasta la máxima posesión de las diferentes características que lo definen (Belloc Fuster. 2012).

Al realizar un recorrido por la historia del concepto, el mismo ha tenido importancia desde hace ya 2000 años. La personalidad fue investigada por muchos científicos como Cícero e Hipócrates (Fazeli. 2012). La descripción de la personalidad fue concebida a partir de una variedad de puntos de vista teóricos y en diferentes niveles de abstracción. Por ejemplo en 1929, McDugall propuso cinco áreas para poder definir la personalidad. Él las denominó: *Intelecto* (incluía la inteligencia y el conocimiento), *disposición* (incluía las tendencias volitivas y afectivas), *temperamento* (incluía las acciones del cuerpo sobre las reacciones psicológicas y físicas del sistema nervioso), *carácter* (incluía la organización de sentimientos y los patrones complejos). Cada uno de estos niveles, incluyendo la descripción realizada por McDugall aportaron a la comprensión de las diferencias individuales (Plaisant, Guertault, Courtois, Réveillère, Mandelsohn y John, 2010). Sin embargo, no fue hasta 1934 que el concepto de

personalidad fue reconocido como un campo específico dentro de la psicología con la publicación del primer *Handbook de personalidad*. A pesar de los aportes de Allport al campo de la personalidad como una especialidad en si misma, los psicólogos continuaban viendo a la misma como un tópico propio de la psicología anormal o como parte de la psicología social. A lo largo de la evolución del concepto de personalidad, se pueden identificar dos grandes esfuerzos por esclarecer el constructo: el primero hace referencia al *estudio de las diferencias* o el estudio de cómo las personas se diferencian los unos a los otros y el segundo se enfoca en el *estudio de la persona como ser único*. El primer enfoque se relacionó con el trabajo propio de los psicólogos y se lo denominó el enfoque cuantitativo. Este enfoque, siguiendo a Murphy (1932), define a la personalidad como la *suma de los rasgos individuales*. El segundo con el trabajo de los psiquiatras, psicoanalistas y sociólogos y se lo denominó el enfoque cualitativo. Este enfoque se centró en la comprensión, la coherencia subyacente de una vida individual, usualmente utilizando métodos biográficos y de caso único (John, Robins y Pervin, 2008).

En el recorrido histórico del concepto, se puede afirmar que los abordajes que más dan énfasis a la estructura de la personalidad provienen del precursor Freud, más tarde de Allport, Catell, Eysenck, hasta las más recientes concepciones cognitivas de la personalidad, como el modelo de los cinco factores. A continuación se realizará un recorrido por dichos precursores.

4.2 Aportes del Psicoanálisis al constructo de Personalidad

El psicoanálisis fue, como se mencionó en capítulos anteriores, una teoría pionera en la evolución de la psicoterapia como así también en la construcción de una teoría de la personalidad. Los aportes de Freud fueron un apoyo contundente en favorecer la comprensión de las vicisitudes del ser humano.

Si bien la teoría pulsional de Freud era dualista, su enfoque principal radicaba en el deseo sexual, que en ocasiones se equipara con la energía psíquica. En Tres ensayos sobre la teoría sexual (Freud, 1978), Freud argumentó su modelo de desarrollo refiriendo que el desarrollo de la personalidad podría ser entendido en términos de vicisitudes de la pulsión sexual. A partir de este argumento, surge su idea de que las etapas en el desarrollo de la libido, son etapas psicosexuales que representan el desarrollo de ambas: sexualidad y personalidad. Las etapas del desarrollo psicosexual de Freud representan la búsqueda de placer en la evolución del niño y la toma de consciencia de la limitación de la búsqueda de placer (John, Robins y Pervin, 2008).

Muchas de las formulaciones teóricas de Freud se basaron en una polaridad fundamental – una polaridad entre el apego y la individualización, o entre las relaciones interpersonales y la autonomía. Él conceptualizó la existencia humana en términos de tres polaridades fundamentales. Esta dualidad planteada por Freud de individualización y unión primaria subyace la significancia de la separación e internalización como mecanismos básicos en el desarrollo de la personalidad. El buen funcionamiento de la personalidad implica una integración relativa o un equilibrio entre los aspectos de relación interpersonal y de autodefinición. Pero tal como Freud señaló, cada individuo

lucha con estas dos dimensiones porque están “en oposición entre sí y se disputan mutuamente el terreno”. Así mismo, Freud distinguió entre *el hombre que es predominantemente erótico* y da preferencia a sus relaciones emocionales con otras personas y el *hombre narcisista* que se inclina por la autosuficiencia y busca su satisfacción fundamental en el proceso mental interno (Blatt, 2007).

4.2.1 El modelo estructural en psicoanálisis

Mientras que el primer modelo diseñado por Freud, el modelo topográfico, se caracterizaba por el procesamiento mental y por su cualidad *vis à vis*, el modelo estructural categorizaba el procesamiento mental por sus funciones o propósitos. Con la introducción del modelo tripartito (yo, ello y súper yo) la comprensión del conflicto viró en la teoría freudiana del conflicto consciente / inconsciente al conflicto entre deseos y los dictados de la consciencia o la realidad. En esta concepción el *ello* es el reservorio de la energía sexual y la agresividad y, al igual que el inconsciente en el modelo topográfico, opera bajo el proceso primario del pensamiento (pensamiento ilógico, involuntario, se rige por el deseo). El *súper yo* es la consciencia y se encuentra establecido a través de la identificación. El *yo* es la estructura que debe de alguna manera balancear las demandas del deseo, la realidad y la moral. Este proceso se caracteriza por el uso del proceso secundario del pensamiento (controlado, racional, voluntario) (John, Robins y Pervin, 2008).

El esbozo histórico de la construcción de la personalidad según el modelo freudiano muestra que el primer modelo respondía más a un enfoque “naturalista” mientras que el segundo modelo responde a un enfoque “personalista”. En la elaboración de la primera teoría del aparato psíquico, Freud muestra haberse inspirado en la fisiología de su época y en el evolucionismo Darwiniano. La idea de un “aparato psíquico” está presentada como una ficción construida por un aparato óptico y con el arco reflejo, los sistemas se diferencian entre sí por sus funciones en el conflicto. Se utilizan términos fisiológicos como excitación, inervación, descarga, etc.

La interpretación personalista del segundo modelo del aparato psíquico parece evidente ya que Freud toma como criterio la *función* de los sistemas o subestructuras en el conflicto. Así, la interpretación naturalista y fisiológica del modelo psicoanalítico de la personalidad hace que se parezca más bien al que implica la introspección consciente que al que se desprende de la exploración de las formaciones inconscientes. Si este modelo está construido sobre bases analíticas, sólo puede ser interpretado en un sentido personalista, es decir, subrayando *el papel de las relaciones intersubjetivas en la estructuración de la personalidad* (Lagache, 1961)

4.2.2 Una lectura posfreudiana de la personalidad

Sin duda existen numerosos autores posfreudianos que realizan aportes sobre la construcción de la personalidad. Los aportes de Bowlby como se mencionaron en el capítulo anterior fueron considerados uno de los más importantes dentro del seno psicodinámico en cuanto a la configuración de la personalidad. Bleichmar (1997) en

relación a la configuración de la personalidad de un sujeto, plantea que el niño se desarrolla emocionalmente mediante un proceso evolutivo dividido en tres etapas fundamentales, que describen la forma en la que el niño interactúa con el mundo exterior. Estas etapas las denominó *autismo normal*, *simbiosis normal* y *la etapa de separación – individuación*. Bleichmar toma aportes de Bowlby sobre la configuración de los estilos de apego refiriendo que estos y la forma en la que se da el primer vínculo estructuran en el niño ciertas funciones psíquicas que determinan la forma en que se establecerá y reaccionará frente a futuras relaciones y sus comportamientos frente al mundo en general. Estos aspectos, de acuerdo al autor, son fundamentales en la configuración de la personalidad del futuro sujeto.

4.3 Hacia una construcción del modelo de los 5 factores

A partir de los años `30 comienza a plasmarse una nueva taxonomía en el lenguaje natural de la descripción de la personalidad. En este sentido, varios investigadores utilizaron el lenguaje natural como una fuente de atributos en la taxonomía científica. El comienzo de estos trabajos se enfocó con la extracción de todos los términos relevantes de la personalidad del diccionario utilizando un enfoque léxico. Este enfoque postula que la mayoría de las características de la personalidad con relevancia social fueron codificadas en el lenguaje natural (John, Robins y Pervin, 2008).

El supuesto básico del enfoque léxico es que aquellas diferencias individuales que son sobresalientes y especialmente relevantes en la vida de las personas, quedaron codificadas en sus respectivos lenguajes naturales. Cuanto más importante es dicha diferencia más probable es que se exprese con una palabra (Goldberg, 1982).

4.3.1 El estudio psicolexicol de Allport y Odbert

Allport y Odbert llevaron a cabo un estudio léxico sobre la personalidad utilizando el diccionario. En dicho estudio incluyeron todos los términos que podrían haber sido utilizados como “distintivos del comportamiento de un ser humano hacia otro”. Identificaron alrededor de 18.000 términos los cuales pudieron identificarlos en 4 categorías:

- Rasgos de personalidad (sociable, agresivo y temeroso) definidos como tendencias determinantes generalizadas y personalizadas. Esta categoría responde a modos consistentes y estables por los cuales una persona se adapta al medioambiente.
- Estados, ánimos y actividades temporarias tales como temor, alegría o exaltación.
- Juicios altamente evaluativos de conductas y reputación personal tales como excelente, digno, promedio, irritante. Aunque estos términos presuponen algunos rasgos del individuo, no indican atributos específicos que dan lugar a la evaluación de la persona por parte de otros o por parte de la sociedad en general.

- Características físicas, capacidades, talentos y otros términos de dudosa relevancia para la personalidad

La clasificación realizada por Allport y Odbert proveyó una estructura inicial para el lexicón acerca de la personalidad. Son sumamente rescatables los aportes realizados por los autores ya que ambos se comprometieron fuertemente en colocar a la psicología de la personalidad como un campo de investigación. A su vez, hasta ese entonces la psicología de la personalidad, como se mencionó anteriormente, formaba parte de manera casi exclusiva al campo de la psicología social. Allport parecería haber tomado una decisión casi estratégica en cuanto a poner el foco de manera casi exclusiva al estudio de la personalidad de manera individual (Craig, Hogan y Wolfe, 1993). Norman (1967) tomó la clasificación de Allport y Odbert y elaboró 7 categorías en donde las personas pueden ser descritas por los siguientes rasgos:

- Rasgos perdurables
- Por sus estados internos que generalmente experimentan
- Por los estados físicos que padecen
- Por actividades que realizan
- Por el efecto que tienen sobre otras personas
- Por el rol que ocupan
- Por la evaluación social de sus características
- Por la evaluación personal y social de sus características físicas

En esta clasificación, Norman también utiliza el diccionario como fuente para la creación de los ejes.

Si bien los aportes realizados por Allport fueron un puntapié inicial y de suma importancia para el estudio de la personalidad, la crítica que se le hace a su clasificación radica en la expansión de sus categorías.

4.3.2 La identificación de las dimensiones de personalidad. Los esfuerzos de Cattell

Cattell es considerado uno de los autores más importantes por lo que representó en su día y por su influencia posterior en los estudios de personalidad. Él toma los aportes de Allport y Odbert como punto de partida. Dada la magnitud del tamaño de la lista, es que Cattell decide subdividir 4500 términos encontrados en las investigaciones de Allport. Para realizar dicha subdivisión, utiliza como procedimiento de selección el enfoque semántico y empírico como así también las revisiones existentes a la fecha. A partir de este procedimiento, Cattell logra reducir de 4500 rasgos a solamente 35 variables, eliminando más del 99% de los términos iniciales. A partir de esta reducción, el autor realiza una serie de análisis de factor oblicuos (lo cual le permitió correlacionar factores) y concluyó en identificar 12 factores, los cuales se incluyeron más tarde en su cuestionario de 16 factores de personalidad. Uno de los aportes más sustanciosos de Cattell fue la clasificación que realizó sobre los rasgos. En ese sentido, el autor los dividió de la siguiente manera:

- ❖ En función de su valor y consistencia
 - Rasgos superficiales (son aquellos que cambian. Son detectables con pruebas subjetivas)
 - Rasgos fuertes o profundos (Los subyacentes, son más estables)
- ❖ En función del rango de aplicación
 - Rasgos comunes (existen en todos los individuos)
 - Rasgos específicos (existen en algunas personas)
- ❖ En función de su origen
 - Constitucionales (determinados biológicamente)
 - Ambientales (adquiridos por la experiencia)
- ❖ En función de su contenido o naturaleza
 - De capacidad o aptitudes (recursos no observables para resolver problemas)
 - Comportamentales o temperamentales (Estilos de comportamiento observables)
 - Dinámicos o motivacionales (aquellos que explican las motivaciones para actuar) (Adán, 2013)

Varios investigadores estuvieron a cargo del descubrimiento inicial de las dimensiones del Big Five. Fiske construyó una descripción más sencilla de las 22 variables mencionadas anteriormente por Cattell. Tupes y Christal reanalizaron las matrices y descubrieron cinco factores relativamente fuertes y recurrentes (Craik, Hogan y Wolfe, 1993). De acuerdo a Norman (1963) los factores fueron inicialmente llamados:

- Extraversión o insurgencia (energético, asertivo)
- Agradabilidad (confiable, cooperativo, etc.)
- Consciencia de sí mismo
- Estabilidad emocional
- Cultura (intelectual, educado, independiente)

Estos se consideran los primeros nombres para los cinco grandes dimensiones que con el tiempo se conocieron como los Big Five o Cinco Grandes, nombre que Goldberg optó no por reflejar su grandeza intrínseca, sino para enfatizar que cada uno de estos factores es muy amplio (John, Naumann y Soto, 2008).

En 1963 Norman añadió 171 términos a la lista de Allport y Odbert. Excluyó los términos oscuros y evaluativos, así como las palabras que hacían referencias a la apariencia física y anatómicas. Se incluyeron rasgos, estados internos, roles sociales y afectos (Laak, 1996).

De acuerdo con McCrae y John (2008) el modelo de los cinco factores de personalidad no es una teoría de la personalidad, sino que es una teoría de rasgos en los cuales las personas pueden ser caracterizadas en términos de presencia o no de esas rasgos y que pueden ser medidos. El modelo de los cinco factores se caracteriza por establecer una distinción entre *las tendencias básicas* (potenciales psicológicos abstractos) y *adaptaciones características* (la manifestación concreta en el sistema de personalidad). En ese sentido los postulados de la teoría de los cinco factores de personalidad son:

1. Tendencias básicas

1.a *Individualismo*: todos los adultos pueden ser caracterizados por sus estándares en una serie de rasgos de personalidad que influyen en la manera de pensar, sentir y comportarse

1.b *Origen*: Los rasgos de personalidad son una tendencia endógena que pueden ser alterados por intervenciones exógenas, procesos o eventos que afectan a las bases biológicas

1.c *Desarrollo*: el desarrollo de los rasgos de personalidad ocurren a través de una maduración intrínseca, generalmente en el primer tercio de vida y que continúa a lo largo de la misma

1.d *Estructura*: Los rasgos se encuentran organizados jerárquicamente de específicos a generales. Neuroticismo, Extraversión, agradabilidad, apertura a la experiencia y consciencia de sí mismo constituyen el nivel más alto de la jerarquía.

2. Características de adaptación

2.a *Adaptación*: Con el tiempo las personas reaccionan a su ambiente a través de patrones desarrollados de pensamientos, emociones y conductas que son consistentes con sus rasgos de personalidad.

2.b *inadaptación*: En algún momento la adaptación puede no ser óptima en relación a los valores culturales o las metas personales.

2.c *Plasticidad*: Las características adaptativas cambian a lo largo del tiempo en respuesta a una maduración biológica, social, de roles o expectativas

3. Biografía objetiva

3.1 *Determinación múltiple*: La acción y la experiencia en cualquier momento son funciones complejas de todas las características adaptativas evocadas en esa situación.

3.2. *El curso de la vida*: Las personas tienen planes, una agenda y objetivos que permiten organizar las funciones a través del tiempo en función de que sean consistentes con los rasgos de personalidad

4. Auto concepto

4.a *Esquema de sí mismo*: Las personas mantienen una mirada cognitivo afectiva de sí mismos que es accesible a la consciencia

4.b *Percepción selectiva*: La información es selectivamente representada en el autoconcepto de manera que sean consistentes con los rasgos de personalidad y dé un sentido de coherencia a la persona.

5. Influencias externas

5.a *interacción*: El ambiente físico y social interactúa con las disposiciones de la personalidad a los fines de modelar características adaptativas y así poder regular la conducta

5.b *Apercepción*: Las personas construyen su ambiente a los fines que este sea consistente con sus rasgos de personalidad

5.c *Reciprocidad*: las personas influyen selectivamente el ambiente al cual responden

6 Procesos Dinámicos

6.a *Dinámica Universal*: Las funciones que la persona utiliza para adaptarse y expresar sus emociones, pensamientos y conductas se encuentra regulada por los mecanismos de volición

6.b *Dinámicas diferenciales*: Algunos procesos dinámicos se encuentran diferencialmente afectados por tendencias básicas de la persona, incluyendo los rasgos de personalidad (McCrae y Costa, 2008).

A partir de las investigaciones realizadas en la temática, se extrajeron las siguientes cinco grandes dimensiones y facetas derivadas de la personalidad:

- ✓ *Extroversión*: (surgencia): afecto, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones, emociones positivas.
- ✓ *Agradabilidad*: (Simpatía) confianza, honradez, altruismo, cumplimiento, modestia, sensibilidad
- ✓ *Consciencia*: (Conformidad, seguridad) competencia, orden, obediencia, lucha por el logro, autodisciplina, reflexión.
- ✓ *Neuroticismo*: (Estabilidad emocional, inquietud) ansiedad, hostilidad colérica, depresión, timidez, impulsividad, vulnerabilidad..
- ✓ *Apertura a la experiencia*: (Cultura, intelecto, “intelectancia”) fantasía, estética, sentimientos, acciones, ideas, valores (Laak, 1996)

La teoría de los cinco grandes permite explicar el funcionamiento de la personalidad como un sistema por el cual estos factores o tendencias básicas interactúan con influencia externa y factores biológicos que se encuentran en la formación y sostenimiento de características adaptativas (por ejemplo: actitudes, valores,

autoconcepto). En este sentido, uno de los componente nucleares del sistema de personalidad propuesto por los big five es el autoestima, considerada históricamente con un factor evaluativo del sí mismo y por tal motivo de vital importancia para la calidad de vida de las personas (Simkin, Etchezahar y Ungaretti, 2012) .

4.3.3 La construcción teórica del modelo de los Big Five

De acuerdo a la literatura, pueden distinguirse tres perspectivas en relación a las cinco dimensiones: la léxica, la semántica y la social

La perspectiva léxica utiliza el diccionario. Se considera que contiene el 10% del léxico. Las expresiones del lenguaje sobre las diferencias entre los individuos se consideran como la base de las divergencias reales en las características de las personas. Los criterios seleccionados definen a las personas en el sentido léxico y existe consenso que éste debe de considerarse como la fuente para las diferencias individuales en rasgos lo que permite un proceso de diferenciación en la personalidad. La perspectiva semántica se refiere a las características lingüísticas. Finalmente la perspectiva social se refiere al valor del juicio social humano y los rasgos de personalidad. Se afirma en muchas oportunidades que el juicio social, en general, y la atribución de rasgos, específicamente por medio de los reportes de uno mismo y de los demás, son aturdidos por las preocupaciones de los jueces (Laak, 1996).

4.3.4 La teoría de personalidad de Eysenck

La personalidad es definida según Eysenck de la siguiente manera:

Una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema más o menos estable y duradero de la conducta conativa (voluntad) de una persona; el temperamento, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta afectiva (emoción); el intelecto, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta cognitiva (inteligencia); el físico, su sistema más o menos estable y duradero de la configuración personal y la dotación neuroendócrina (Eysenck y Eysenck, 1985, p. 9).

Los antecedentes de la teoría de personalidad de Eysenck son nutridos, entre ellos se encuentran Heymans y Webb, Cattell, Hipócrates, Galeno, Wundt, Freud, Jung, entre otros.

Eysenck es considerado un precursor ya que propone un modelo dimensional de la personalidad. Las dos primeras dimensiones propuestas por él fueron el neuroticismo y la extraversión. El modelo de Jung en este caso, sugirió a Eysenck la existencia de la *extraversión* (a partir de sus dos tipos fundamentales: la *introversión* y la *extroversión*). Del neuroticismo (puesto que la psicastenia como la histeria pertenecía al grupo de los denominados trastornos neuróticos) Así pues la dimensión de neuroticismo daría cuenta de la intensidad del trastorno neurótico(o la predisposición del mismo) y la dimensión

extraversión determinarían el tipo de trastorno neurótico. Kretschmer propone un continuo entre la esquizofrenia y la enfermedad maníaco depresiva, lo cual favorece a la creación de una tercera dimensión de personalidad por parte de Eysenck denominada *Psicotisismo* que explicaría la disposición o intensidad del trastorno psicótico. Con estas dimensiones el autor comenzó a dar forma a su modelo de personalidad de tres dimensiones: dos (neuroticismo y psicotisismo) referidas a la disposición a sufrir trastornos neuróticos o psicóticos, y una tercera (extraversión) que explicaría qué tipo específico de trastorno neurótico o psicótico. De esta manera se favoreció a la implementación de una multiplicidad de estudios científicos los cuales dieron comienzos, gracias a los postulados de Eysenck, al estudio sistemático de las tres dimensiones más prolíferas de personalidad, dos de las cuales (neuroticismo y extraversión) se consideran en la actualidad, dimensiones básicas de la personalidad (Schmidt, et. al, 2010).

4.3.5 Consenso de los cinco grandes

Finalmente luego de un extenso número de investigaciones, los científicos que abordaron el estudio de la temática llegaron a la construcción de las cinco dimensiones que se detallan a continuación:

- *Extraversión / Introversión*: se caracteriza por la alta sociabilidad, la persona que presenta esta característica presenta la tendencia a la compañía de otros, atrevimiento a situaciones sociales, tendencia a evitar la soledad. Presenta también una prevalencia a experimentar emociones positivas tales como la

alegría, satisfacción, etc. Suelen ser personas asertivas. El polo opuesto a esta dimensión es la *introversión*. Las personas que puntúan en este polo suelen caracterizarse por ser reservados, poco dependientes de otros.

- *Apertura a la experiencia*: Es la dimensión que generó más confusiones y desacuerdos del modelo de los cinco factores, Sin embargo, la persona que puntúa en esta dimensión presenta una imaginación activa, tiene una percepción muy afinada de las vivencias internas, curiosidad intelectual, etc. Por el contrario, las personas con poca apertura a la experiencia tienden a ser más convencionales y tradicionales. Prefieren lo sencillo y lo obvio antes que lo complejo.
- *Responsabilidad*: esta dimensión presenta sus bases en el autocontrol, en la planificación, organización y realización de tareas. Esta variable permite identificar si la persona es responsable y escrupulosa o desordenada y poco confiable
- *Agradabilidad*: representa tendencias interpersonales. En el polo positivo la persona suele ser altruista, considerado, confiado y solidario. En su polo opuesto la persona suele ser egocéntrico, escéptico y competitivo.
- *Neuroticismo / estabilidad emocional*: Las puntuaciones altas en esta dimensión conlleva a una inestabilidad emocional, ansiedad, mucha preocupación, etc. Presentan una percepción sesgada hacia las situaciones negativas que hacen que continúen siendo emociones negativas. En oportunidades se denomina a esta dimensión inestabilidad emocional

A lo largo de los próximos capítulos se estudiará de qué manera las dimensiones del big five se relacionan con la labor del psicoterapeuta en su práctica clínica y cómo ésta afecta a su estilo personal (John, Naumann y Soto, 2008).

Capítulo V

Estudios empíricos sobre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad

5. Investigaciones sobre el estilo personal del terapeuta

Los estudios sobre la figura del terapeuta se refieren a su contribución a los resultados en psicoterapia, o sea, la variabilidad en los resultados del procesos psicoterapéutico atribuibles al profesional como factor. Desde la década de los 80' el énfasis se puso en estudios clínicos randomizados entre la eficacia y la efectividad de los tratamientos manualizados. En este sentido se disminuyó la atención otorgadas a los factores del terapeuta. Muchas variables del terapeuta tales como la personalidad, sus creencias, la cultura o las características demográficas fueron dejadas de lado durante mucho tiempo (Gómez, 2015). La investigación no pudo escapar a la necesidad de reconocimiento del rol clínico del terapeuta y su influencia en el proceso terapéutico. Aveline (2005) sostiene que los terapeutas efectivos no constituyen un tipo uniforme. El autor señala que los terapeutas hacen más que promover una buena alianza terapéutica. Desde luego que sus características personales no constituyen un factor único de efectividad, de hecho constituyen entre un 10 y un 20% a la varianza de resultados.

Wampold (1997; 2001) sostiene que es un error suponer que los efectos del terapeuta son inexistentes o poco importantes. La investigación que se realizó para estimar los efectos del terapeuta demostró que una proporción moderada y amplia en la variabilidad del resultado se debe al terapeuta. Dicha proporción de variabilidad que se adjudica al profesional oscila entre un 6% y el 10%. Ignorar este efecto puede llevar a concluir que existen resultados diferentes entre los tratamientos cuando en realidad estas diferencias puedan hacer referencia a los distintos terapeutas (Gómez, 2015).

En cuanto al estudio del estilo personal del terapeuta varios factores influyen en la conformación del constructo. A continuación se realizará un seguimiento sobre las investigaciones que dieron y dan robustez al constructo.

5.1 Rasgos observables del Terapeuta

Los rasgos observables del terapeuta son rasgos que se encuentran presentes en la figura del terapeuta y que exceden la relación terapéutica. Estos incluyen el género, la edad y la étnica (Bergin y Garfield, 1994). En un meta análisis sobre los efectos del terapeuta en el proceso terapéutico se encontró que aproximadamente el 9% de la varianza en los resultados en psicoterapia se debía a la diferencia entre los terapeutas. Sin embargo, poco se sabe sobre las características específicas que resaltan los efectos producidos por el terapeuta (Anderson, Ogles, Petterson, Lambert y Vermeersch, 2009).

5.1.1 Género del terapeuta

Bowman, Scorgin, Floyd y McKendree – Smith resumieron el efecto del género del terapeuta en los resultados de la psicoterapia a través de un meta análisis. Los autores encontraron un pequeño desvío favorable hacia las terapeutas (Bergin y Garfield, 1994). Mogul en 1982 encontró que los pacientes reportaron estar más satisfechos con terapeutas mujeres que con hombres y sugirió la elección del terapeuta en función de la historia del cliente. Beck en 1988 proporcionó un dato interesante en relación al género del terapeuta refiriendo que los terapeutas obtenían mejores

resultados en las oportunidades que veían juntos a dos o más miembros de la familia. Sin embargo estos estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significante en cuanto a la eficacia de los terapeutas (Corbella y Botella, 2009).

5.1.2 Edad del terapeuta

Un dato importante en relación a esta variable, es poder establecer una distinción entre la edad del terapeuta y la experiencia del terapeuta. Así también dicha variable no fue una medida robusta en la investigación científica. No se encuentran meta-análisis sobre esta variable y muchos estudios la ignoran o concluyen en que no es significativa en cuanto al resultado en psicoterapia (Bergin y Garfield, 1994). Un estudio realizado por Berman y Norton (1985, citado en Botella y Corbella, 2009) apoya la idea de que la similitud de edad entre el terapeuta y el paciente contribuye a la efectividad del proceso. Otros estudios (Corbella y Botella, 2009) encontraron que los pacientes de aproximadamente 55 años preferían terapeutas mayores. Sin embargo, como se mencionó anteriormente la edad no es una variable que tenga peso en cuanto al resultado del proceso psicoterapéutico.

5.1.3 Grupo Étnico

Como últimas de las variables mencionadas en cuanto al estudio de las variables de los rasgos del terapeuta, se realizaron distintas investigaciones en sintonía con el estudio de grupos étnico del terapeuta y ellos concluyen que el origen racial no es un predictor potente de resultado en psicoterapia. El dato observable es que aquellas personas que pertenecen a un grupo minoritario étnico, prefieren ser atendidos por personas que pertenezcan al mismo grupo (Beutler, Machado y Allstetter Neufeldt, 1994).

5.2 Estados Observables del Terapeuta

5.2.1 La experiencia del terapeuta

En relación a esta variable, existe mucha controversia en cuanto a cuán relevante es la experiencia del terapeuta en el éxito terapéutico. Existen numerosas investigaciones que demuestran que las características del terapeuta son un predictor importante en los resultados en psicoterapia (Anderson, Ogles, Petterson, Lambert y Vermeersch, 2009) En un estudio realizado en la década de los 80' sobre los factores que influyen en el abandono prematuro en psicoterapia, se comprobó que aquellos profesionales que poseían título de doctor y experiencia como psicoterapeutas, poseían una menor tasa de abandonos de tratamientos por parte de los pacientes que otros

terapeutas (Greenspan y Kulish, 1985). Por otro lado, Parloff (1986) obtuvo resultados que no señalaban una relación clara entre experiencia y eficacia terapéutica.

5.3 Evaluación del Estilo Personal Del Terapeuta

En el año 1998 Fernández Álvarez y García construyeron una primera versión del instrumento de evaluación del EPT denominado EPT – C a partir de la conceptualización teórica previamente desarrollada y que tenía como aspectos básicos seis funciones distintivas que permitían ilustrar el perfil personal del terapeuta:

1. Instruccional. Instalación y ajuste del dispositivo terapéutico. Los terapeutas fluctúan entre *Rígidos* y *Flexibles*

2. Atencional. Selección de los elementos necesarios para poder avanzar en el trabajo terapéutico. Los terapeutas fluctúan entre *Activos* y *Receptivos*

3. Expresiva. Manera de relacionarse afectivamente con los pacientes. Los terapeutas fluctúan entre *Próximos* y *distantes*

4. Operacional. Modo de cumplimiento de las tareas. Los terapeutas fluctúan entre *Pautados* (*reglados, directivos*) y *Espontáneos* (*intuitivos, no directivos*)

5. Involucración (compromiso) Modo en que el terapeuta se involucra en su tarea. Los terapeutas fluctúan entre *muy comprometidos* y *poco comprometidos* (Corbella, et al. 2009).

5.3.1 Investigación empírica sobre el EPT

El constructo a lo largo de su creación atravesó múltiples investigaciones, no sólo dentro del país, sino también, en el exterior.

En cuanto al desarrollo conceptual y a la evaluación del EPT. El instrumento, EPT-C (Fernández-Álvarez y García, 1998; Fernández-Álvarez et al., 2003) fue desarrollado a partir de una conceptualización teórica del Estilo Personal del Terapeuta. Los resultados preliminares permitieron identificar características y, a partir de ellas, esbozar un perfil personal de cada terapeuta.

En este sentido, Quiñones, Melipillán y Ramírez (2010), en un estudio psicométrico del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) realizado con psicoterapeutas acreditados en Chile, encontraron una estructura de cuatro factores que denominaron expresividad emocional, operativo-atencional, instruccional e involucración con una consistencia interna que oscilaba entre 0,64 y 0,79.

Por otra parte, Moura de Carvalho et al. (2011) realizaron un análisis de la validez factorial de la versión abreviada de 21 ítems del EPT-C aplicada a 384 psicoterapeutas portuguesas. La versión en portugués del EPT-C mostró también propiedades psicométricas satisfactorias en cuanto a la consistencia interna.

Otra línea se encausó en la investigación aplicada sobre el EPT en diferentes ámbitos y condiciones. El cuestionario sobre el EPT fue administrado a muestras de terapeutas en la Argentina y en otros países, en investigaciones con distintos objetivos. Se utilizó para diversos tópicos de investigación en psicoterapia: como variable moderadora de los resultados de la psicoterapia, estableciendo diferencias entre terapeutas que poseen distintos grados de experiencia y entre los que adscriben a

diferentes orientaciones teórico-técnicas. Se estudió la estabilidad del estilo a través del tiempo y el desarrollo del EPT en procesos de formación y entrenamiento de la psicoterapia (García y Fernández-Álvarez, 2007; García et al., 2008; García, Castañeiras, Gómez y Fernández-Álvarez, 2009).

1) *El estilo personal del terapeuta y los resultados en psicoterapia*: Se han realizado importantes investigaciones sobre éste tópico. La primera de ellas surge como parte del proyecto conjunto entre la Fundación Aiglé (Buenos Aires) y la Universidad Ramón Llull (Barcelona). Los objetivos se orientaron en investigar la compatibilidad de estilo personal del terapeuta y las características del paciente, especialmente lo referido a la resistencia y estilo de afrontamiento. Se tomó una muestra de 401 pacientes y 48 terapeutas. La evaluación se realizó en tres momentos: antes del comienzo, en la 8va. Sesión y al finalizar el tratamiento (o al 9no. Mes de iniciado). Dicha investigación arrojó como resultado que la función operativa del EPT tiene un efecto moderador sobre la resistencia al paciente, influyendo dicha interacción en el establecimiento y calidad de la alianza terapéutica. El segundo estudio fue realizado en California, Santa Bárbara. Se contó con una muestra de 305 pacientes y 40 terapeutas. Se encontró que aquellos pacientes más resistentes respondieron significativamente mejor al tratamiento interactuando con terapeutas más espontáneos en la función operativa. Los pacientes con un estilo de afrontamiento predominantemente externalizador respondieron significativamente mejor a la terapia interactuando con terapeutas más pautados en la función operativa (García y Fernández Álvarez, 2007).

Malik et al. (2002), llevaron a cabo un estudio el cual incluyó la interacción entre dimensiones del EPT-C y características del paciente que afectan los cambios terapéuticos. La investigación tomó una muestra de 200 pacientes argentinos, e hizo eje en la resistencia y el estilo del afrontamiento del paciente. Así también, buscó investigar la relación entre algunas dimensiones del EPT (instruccional, atencional y operativa) y variables de la Selección Sistemática de tratamientos (STS) (Directividad - Tipo de Cambio) (Beutler y Clarkin, 1990).

A partir de esta investigación, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Aquellos pacientes más resistentes respondieron significativamente mejor al tratamiento interactuando con terapeutas más espontáneos en la función operativa.
- Los pacientes con un estilo de afrontamiento predominantemente externalizador respondieron significativamente mejor a la terapia interactuando con terapeutas más pautados en la función operativa.

Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto la importancia de la interacción entre el terapeuta y el paciente. Todavía quedan muchas preguntas por responder. Algunas de estas se encuentran vinculadas con los factores o las habilidades del terapeuta que explican que se establezca una buena relación terapéutica con el paciente y que faciliten un proceso exitoso.

2) *Comparación entre terapeutas que adscriben a diferentes orientaciones teórico - técnicas y que poseen diferentes grados de experiencia:* En este caso, estudios comparativos sobre la incidencia de la orientación teórica técnica y los años de experiencia, en las funciones constructivas del EPT. El objetivo de la investigación

consistió en establecer si la orientación teórico – técnica modula el estilo personal como así también los años de experiencia en el ejercicio de la práctica. Este estudio se encuentra en sintonía con datos relevados anteriormente en este mismo capítulo. Se tomó una muestra de 206 participantes, 46 de ellos refirieron adherir al modelo psicoanalítico, 44 cognitivos y 116 integrativos. Los años de experiencia hasta 5 años fueron considerados nóveles. Los que tenían 15 años o más fueron considerados experimentados. Los datos obtenidos mostraron diferencias estadísticas significativas en el perfil obtenido en el EPT. Se observó que los terapeutas psicoanalistas difieren entre los cognitivos e integrativos ya que son más distantes en lo expresivo, con atención más abierta en lo atencional y mayores niveles de espontaneidad en la operativa. Los terapeutas cognitivos e integrativos difieren en los psicoanalistas en que son atencionalmente más focalizados y en lo operacional, más pautados (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2000).

Otro estudio realizado por Vázquez y Gutierrez de Vázquez (2015) se propuso como objetivo evaluar la influencia de la orientación teórico – técnica en el estilo personal del terapeuta. Para poder llevar a cabo dicho estudio se tomó una muestra de 60 psicoterapéutcas de ambos sexos (46 mujeres; 76,7%, y 14 varones 23,3%), seleccionados de manera intencional, comprendiendo un rango de edad de 25 a 68 años ($M = 37,97$; $DT = 10,56$) oriundos de las provincias de Buenos Aires y Entre Ríos. Los terapeutas pertenecientes a las orientaciones psicoanalítica, cognitiva e integrativa. Se administró el cuestionario de evaluación del estilo personal del terapeuta (EPT-C) y una entrevista exploratoria sobre orientación y desempeño. Los resultados obtenidos por el presente estudio plantean que los terapeutas psicoanalíticos se caracterizan generalmente por ser más rígidos en el

establecimiento de los límites y alcances de la relación terapéutica (Función Instruccional), atencionalmente más abiertos y más distantes en la comunicación emocional o función expresiva. De la misma manera, se mostraron con un grado elevado de involucración respecto al desempeño profesional y con sus pacientes. Los También se mostraron más espontáneos en sus intervenciones y técnicas a utilizar (función operativa). Los terapeutas cognitivos se definieron generalmente por ser rígidos en el establecimiento de los límites y en el alcance de la relación terapéutica (Función instruccional), aunque en una menor proporción que los terapeutas psicoanalíticos. Atencionalmente se describieron como más focalizados y próximos en la comunicación emocional o función expresiva, pero en menor medida que sus colegas integrativos. Así también los terapeutas cognitivos se mostraron con un alto grado de involucración con respecto al desempeño profesional y con sus intervenciones y técnicas a utilizar (Función operativa). Finalmente el estudio da cuenta del EPT y los terapeutas integrativos, los cuales se caracterizan generalmente por ser menos rígidos en el establecimiento de los límites y alcance de la relación terapéutica (Función instruccional), en comparación con sus colegas psicoanalíticos y cognitivos. Atencionalmente se describieron como abiertos, si bien no tanto como los terapeutas psicoanalistas y más próximos en la comunicación emocional o función expresiva. Así también se mostraron con un alto grado de involucración respecto al desempeño profesional y con sus pacientes, como también espontáneos en sus intervenciones y técnicas a utilizar (función operativa) , aunque en menor medida que sus pares los psicoanalistas.

3) *EPT de terapeutas que trabajan con diferentes poblaciones clínicas*: Una segunda línea de investigación consistió en centrarse en estudiar los estilos personales de los terapeutas que trabajan en distintas situaciones clínicas.

a) *Terapia intensiva neonatal*: Vega, (2006), investigó el estilo personal del terapeuta que se desempeña en el área de neonatología. Su objetivo consistió en describir el perfil del psicólogo que se desempeña satisfactoriamente como terapeuta en unidades de cuidados intensivos neonatales. La muestra con la que se trabajó, estuvo conformada por psicólogos que trabajan en ésta unidad, con un total de 30 profesionales, provenientes tanto de Instituciones privadas como públicas, que tuvieran al menos un año de experiencia en dicho campo, y que fueran seleccionados a través de una evaluación de desempeño llevada a cabo por jueces calificados. Dicha muestra se comparó con otra muestra control constituida por terapeutas, que se desempeñaban en distintas situaciones clínicas, que fueran similares al otro grupo (terapeutas que se desempeñan en neonatología) en edad y experiencia. La conclusión a la que arribó la autora es que los terapeutas que trabajan en la UCIN (Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales) presentan una mayor flexibilidad en la función Instruccional, la cual se refiere a conductas de instalación y ajuste al dispositivo terapéutico; horarios, honorarios, forma de negociación de los cambios entre otras cosas. (Fernández-Álvarez et al. 2003; citado en Vega, 2006). Esto se debe a las condiciones de la tarea ya que el contexto institucional condiciona el dispositivo terapéutico (atención fuera del consultorio y en situaciones atípicas). También encontró diferencias al considerar la orientación teórica comparando con los terapeutas del grupo control (terapeutas de distintas orientaciones teóricas, que se

desempeñan en situaciones clínicas distintas), en las funciones expresiva, atencional y operativa, ya que los terapeutas psicoanalistas son más distantes, de atención más abierta y menos pautados operativamente que los integrativos (tal como se mencionó en otras investigaciones). En cambio los terapeutas de ambas orientaciones que trabajan en Neo, son similares en todas las dimensiones, menos en la función Instruccional.

- b) Pacientes Severos: Por su parte Rial et al., (2006), realizaron un estudio comparativo entre terapeutas de distintas orientaciones teóricas que asisten a pacientes severamente perturbados, con el objetivo de evaluar las características del estilo personal. La muestra fue intencional, y se obtuvo en centros psiquiátricos públicos y privados de la ciudad de Buenos Aires y de Mar del Plata. En el estudio participaron un total de 60 terapeutas, 30 dedicados a la clínica de pacientes severamente perturbados y 30 terapeutas que formaron parte de la muestra control. Los grupos se homologaron en las variables socio-descriptivas de edad, orientación teórico-técnica y años de experiencia que acreditaban como psicoterapeutas. Las conclusiones a las que llegaron, es que los terapeutas de pacientes severos se consideraron significativamente más distantes en la comunicación emocional con sus pacientes, con una menor involucración, y más pautados operativamente, que aquellos terapeutas que asisten a pacientes considerados no severos. Probablemente porque debido a la mayor demanda de involucración que exigen los pacientes severos, los terapeutas tiendan a establecer una mayor distancia emocional y un menor grado de involucración como mecanismo compensatorio en la relación, independientemente de la valoración que hacen de lo que consideran adecuado u

óptimo en el tratamiento de este tipo de pacientes. No fueron significativas las diferencias en las funciones instruccional y atencional del EPT para las poblaciones clínicas consideradas. Casari et al., (2012) se llevaron a cabo una investigación sobre el Estilo Personal del Terapeuta entre dos tipos de profesionales; uno dedicado a la atención de pacientes con problemas de adicción y otros dedicados a la clínica psicológica general. La muestra se compuso por un total de 30 profesionales, provenientes de instituciones públicas y privadas en las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis. Además, se creó también un segundo grupo de terapeutas que no se desempeñan en la atención de pacientes drogodependientes. A la conclusión que se llegó es que existen diferencias significativas en la función Expresiva, la cual está relacionada con la comunicación emocional como aspecto nuclear de la empatía, siendo menor en el grupo en estudio.

- c) Recientemente, una nueva línea de investigación se dirigió a la aplicación del EPT-C a terapeutas que trabajan en distintas zonas. En Guatemala se administró el cuestionario a 101 terapeutas de los cuales el 73% eran mujeres, 27% hombres, 21% indígenas y 77% no indígenas, que trabajaban en varios departamentos de Guatemala. Los resultados reflejaron un predominio de las dimensiones operacional y expresiva, lo que indica un nivel alto de cercanía entre terapeuta y cliente (Vides Porras, Graziozo y García de la Cadena, 2012).
- 4) **Estabilidad temporal del EPT:** Otra línea de trabajo estuvo relacionada con evaluar la estabilidad del EPT a lo largo del tiempo. El estudio tuvo como objetivo, indagar la estabilidad temporal del Estilo Personal del terapeuta. Para ello, se realizó un

estudio longitudinal. Un grupo fue seguido a un año de la primera administración y al otro grupo durante cuatro años. Se tomó una muestra para el primer grupo de 31 psicoterapeutas (80.6% mujeres y 19.4% hombres). Para el segundo grupo, se tomó una muestra de 43 psicoterapeutas (72.1% mujeres y 27.9% hombres). Como resultado se observó que el EPT se mantiene estable en el tiempo, aunque no necesariamente constante y admite ciertas variaciones. En la muestra general y la de 4 años, se corroboró la estabilidad de la medida y una tendencia de las funciones más relacionadas con los aspectos técnicos - operativos (atencional y operativa) a ser más estable que otras. También se ha observado una mayor correlación en el período de 4 años que en el de 1. Esta diferencia se mantiene al consolidar el efecto que pudieran llegar a tener las variables años de experiencia y orientación teórica en el EPT (García y Fernández Álvarez, 2007).

- 5) **EPT y Maltrato Infantil:** Magni (2013) llevó a cabo una investigación con características mixtas con el objetivo de evaluar el Estilo personal de terapeutas que intervienen en abordajes interdisciplinarios en la problemática del maltrato infantil. Para poder llevar a cabo dicha investigación, la autora tomó una muestra de 32 profesionales que intervienen en el tratamiento de pacientes víctimas y victimarios de Maltrato infantil y un segundo grupo compuesto por 32 psicoterapeutas que se desempeñan en clínica psicológica. La autora observó que existe una diferencia en la función expresiva, la cual hace referencia particularmente a la distancia – cercanía emocional que los terapeutas vivencian con sus pacientes, así como los intercambios emocionales (empatía). Se observó que existe un nivel menor de la función instruccional en aquellos terapeutas que trabajan con situaciones de

maltrato infantil que aquellos que se dedican a la clínica psicológica. Esta diferencia podría vincularse al hecho de que el terapeuta clínico tiene la posibilidad de establecer un vínculo terapéutico bastante más cercano que el terapeuta que trabaja en el ámbito público. En cuanto a la variable de involucración, se encontró que los terapeutas que trabajan con situaciones de violencia presentan un nivel de involucración menor que los del grupo clínico.

En los últimos años se está desarrollando una segunda fase en el estudio del EPT dirigida al estudio de la validez concurrente del instrumento. La primera etapa estuvo dedicada al desarrollo de la Guía Aiglé de Observación del Terapeuta-Verbal (GOTA-v) con la finalidad de observar los comportamientos verbales del clínico durante el transcurso de las sesiones a través de jueces externos (Fernández-Álvarez et al., enviado a publicación; Gómez et al., 2011). Actualmente, se está estudiando su aplicación en terapeutas con distintos niveles de experiencia y orientación teórico-técnica.

Está prevista una próxima etapa sobre el estudio comparado de ambos instrumentos, EPT-C y GOTA-v, con el propósito de identificar similitudes y diferencias que aportan los datos autodescriptivos y los que surgen a partir de la observación de terceros acerca del EPT en el ejercicio de su labor.

5.4 Estudios relacionados con las características personales del terapeuta

A principio de los años sesenta se comenzó a estudiar la relación entre la personalidad del terapeuta y la del paciente como una variable influyente en la eficacia del tratamiento. Numerosos estudios utilizaron el cuestionarios de Myers – Briggs Type indicator (MBTI) basado en la teoría de Jung. Estos estudios no demostraron relevancia

en el estudio de la temática. Otros estudios como los de Berzins (1977) (citado en Corbella y Botella, 2009) demostraron la relevancia de la relación entre el patrón interpersonal de dependencia o autonomía del terapeuta y del paciente en la mejoría de la eficacia. De acuerdo a Corbella y Botella (2009) las tendencias sobre ésta temática están dirigidas a centrarse en variables como el locus de control, la flexibilidad, el nivel de complejidad conceptual, el bienestar personal, las creencias y los valores, entre otras.

5.4.1 Estilo cognitivo y locus de control

Holloway y Wampold (1986) revisaron 24 estudios en un meta análisis y encontraron que los terapeutas con un estilo de procesamiento cognitivo abstracto y complejo eran más efectivos al enseñar y realizar tareas terapéuticas que aquellos con un estilo cognitivo más concreto. Hunt, Carr, Dagodakis y Walker (1985) demostraron que la similitud entre el estilo cognitivo del terapeuta y el paciente facilita su mantenimiento en terapia e incrementa su mejoría en las primeras sesiones.

5.4.2 El estilo de apego en psicoterapia

Como fue mencionado anteriormente, de acuerdo a los aportes de Bowlby (2006), cuando una persona se encuentra asustada, fatigada, entre otras conductas, lo que la persona está demostrando es una conducta de apego que ha sido aprendida en la relación con sus cuidadores primarios. Un aspecto a tener en cuenta en la psicoterapia es

cuando el cliente se encuentra en un estado de vulnerabilidad. En ese entonces, el estilo de apego de ambos (tanto del cliente como del terapeuta como figura cuidadora) tiene un impacto sobre la formación de la relación terapéutica (Black, Hardy, Turpin y Parry, 2005). En *una base segura* Bowlby (1988) refiere que al proveer a los pacientes con una base segura en la cual puedan expresar sus sentimientos y emociones, el rol del terapeuta, es análogo al de la madre que provee una base segura para poder explorar el mundo.

Al momento se encontraron pocos estudios que dan cuenta de las conductas de los terapeutas en respuesta al estilo de apego de los pacientes. El primer estudio realizado por Hardy et al (1999) lo que se buscó fue identificar los estilos de comunicación de los pacientes. En el mismo se encontró que los terapeutas presentaban mayor predisposición a responder con interpretaciones a aquellos pacientes que presentaban un estilo de apego evitativo y con empatía a aquellos pacientes que presentaban un estilo de apego preocupado. Esto confirma la hipótesis de que los terapeutas tienden a reaccionar con intervenciones cognitivas en aquellos pacientes que presentan una postura de poca involucración en el proceso terapéutico y con mayores intervenciones afectivas en aquellos pacientes que presentan una postura de mayor involucración en el proceso (Daniel, 2006).

Rubino, Barker, Roth, y Fearon. (2000) exploraron la ruptura de alianza en un proceso psicoterapéutico. Como se mencionó anteriormente, en la actualidad, existe poca literatura científica en relación al estilo de apego en terapeutas. La poca información encontrada sugiere que la calidad de la relación terapéutica, los temas que surgen en terapia y las competencias percibidas del terapeuta, se encuentran relacionadas al estilo de apego del terapeuta. Exploraron la ruptura de alianza en

procesos psicoterapéuticos y el estilo de apego tanto de los terapeutas como de los clientes, encontrando que los terapeutas con un estilo de apego ansioso, tendían a responder con un estilo menos empático, particularmente con clientes que presentaban un estilo de apego seguro. En el mismo estudio, los autores encontraron que los terapeutas tienden a responder con mayor empatía a aquellos pacientes que presentan un estilo de apego preocupado y temeroso.

Henry, Schacht y Strupp. (1990) resaltaron la importancia del estilo de apego. Los autores refieren que las representaciones internas de las relaciones pasadas de los terapeutas, tienen una influencia importante en el proceso de las sesiones con los clientes y en la calidad de la alianza, al menos con algunos clientes. Un estudio muy significativo en ésta temática, fue el de Black, Hardy, Turpin y Parry (2005) el cual consistió en un estudio de revisión de los estilos de apego y su rol en la psicoterapia individual. La investigación consistió en relacionar el estilo de apego del terapeuta con la alianza terapéutica y la orientación teórica. Se tomó una muestra de 491 terapeutas del reino unido, el 30% fueron varones y el 70% mujeres. La edad promedio de los terapeutas fue de 50 años. El 54.8% de los participantes poseían más de 10 años de experiencia y sólo 2 terapeutas poseían menos de 2 años de experiencia. Para evaluar a los profesionales utilizaron el Attachment Style Questionnaire (ASQ), Agnew Relationship Measure (ARM) y el Therapist problema checklist (PCL). El estudio arrojó como resultado que los estilos de apego de los terapeutas se encuentran significativamente asociados con la calidad percibida de las relaciones terapéuticas con los clientes y los problemas detectados en terapia. A su vez, los terapeutas que presentaron un estilo de apego seguro manifestaron tener una mejor calidad en la alianza terapéutica con sus clientes y los terapeutas que presentaron un estilo de apego

inseguro manifestaron una calidad de alianza terapéutica pobre con sus clientes. El mismo estudio arrojó como resultado que los terapeutas con apego seguro presentaban mayores probabilidades de desafiar los modelos internos de relación de sus clientes que los terapeutas con un estilo de apego inseguro. Así también, los autores refieren que los estilos de apego seguro en adultos son mediados por un modelo de trabajo simple y consistente, que es comunicado a través de narrativas coherentes y colaborativas, caracterizadas por un monitoreo meta cognitivo. Por otro lado, las narrativas inconsistentes e incoherentes serían indicadores de modelos generalmente contradictorios similares a las narrativas obtenidas en las experiencias con las figuras de apego en la infancia (Skourteli y Lennie. 2011).

Corbella, Botella, Fernández Álvarez, Saúl y García (2009) comentan el estudio realizado en donde participaron la universidad Ramón Llull, UNED, Universidad de Salamanca, Universidad de Belgrano y Fundación Aiglé. Dicho estudio tenía por objetivo estudiar cómo se desarrolla el EPT durante un período de entrenamiento de psicoterapeutas de 18 meses. Para llevar a cabo dicho estudio se tomó una muestra de 94 graduados (9.9% eran hombres y el 90.1% mujeres) de carreras de posgrado. La edad de los participantes oscilaba entre 22 y 51 años y la experiencia clínica de los mismos rondaba entre 0 y 18 años. Para evaluar dicho objetivo se utilizó como instrumentos el EPT – C, la versión española de la escala general de percepción de autoeficacia (GSE), el cuestionario de dirección de intereses (DIQ) y el cuestionario de apego (ECR – S). Los instrumentos fueron aplicados en dos momentos diversos. La primera aplicación fue durante los primeros dos meses del entrenamiento en psicoterapia y la segunda aplicación fue a los 18 meses de haber comenzado con sus entrenamientos. En relación a la variable de apego, los terapeutas que presentaron un estilo de apego inseguro,

mostraron grandes niveles de rigidez en la función instruccional del EPT – C en comparación con aquellos terapeutas que presentaron un estilo de apego seguro.

5.4.3 Investigaciones en personalidad y apego

En un estudio publicado por Shaver y Brennan (1992) en donde se utilizó como herramienta de medida el NEO – PI (Costa y McCrae, 1985) se observó que los sujetos que se auto clasificaban como seguros eran menos neuróticos y más extrovertidos que aquellos que se auto describían como ambivalentes o evitativos. Los evitativos eran también menos cálidos y menos abiertos a sus sentimientos. Cuando se realizó la correlación entre el NEO PI y los estilos de apego se observó que el neuroticismo se encontraba relacionado inversamente al estilo de apego seguro y positivamente al estilo de apego inseguro y evitativo. Extraversión, agradabilidad y consciencia de sí se encontraban positivamente relacionados con el estilo de apego seguro e inversamente con el evitativo. Agradabilidad también se relacionó inversamente con el estilo de apego desorganizado.

Desde la publicación de Shaver y Brennan en 1992, varias investigaciones (Brennan, Clark y Shaver, 1998; Costa y McCrae, 1992; John, Donahue y Kentle, 1991) reportaron una correlación entre el estilo de apego y las medidas del factor de personalidad. En general, las mismas muestran que un apego seguro se correlaciona moderadamente con neuroticismo y se correlaciona de manera positiva con las variables extroversión y agradabilidad. Finalmente se correlaciona modestamente con la variable escrupulosidad y no se correlaciona con apertura. Un apego ansioso se correlaciona

fuertemente con neuroticismo y no se correlaciona con apertura. La relación existente entre el apego ansioso y las otras tres variables, es poco clara. El apego evitativo se correlaciona de manera modesta con las variables de extroversión y agradabilidad y no así con apertura (Nofhle y Shaver. 2006).

Nofhle y Shaver (2006) confirman la información obtenida hasta el momento mediante una investigación con el objetivo de establecer una correlación entre los factores de personalidad del BFI y los estilos de apego adulto. Con una muestra de 8318 estudiantes de psicología en California, Estados Unidos (5417 mujeres y 2901 varones). Para evaluar a los participantes, se utilizó el BFI y el ECR (Experiences in close relationships). Los resultados revelaron consistencias con las investigaciones previas, reafirmando que tanto el apego ansioso como el evitativo correlacionan positivamente con el neuroticismo y se encuentran formados por inseguridades (de igual manera que este factor de personalidad). El apego ansioso como el evitativo se encuentran formados por inseguridades. El neuroticismo también se encuentra conformado por el factor de inseguridad. El apego ansioso se encuentra especialmente relacionado con las facetas depresivas, vulnerables y ansiosas del neuroticismo, lo cual es concordante con la información que sugiere que el apego ansioso se manifiesta cuando una persona se siente inadecuadamente amada y con un control insuficiente en las relaciones interpersonales.

Picardi, Caroppo, Toni, Bitetti y Di Maria (2005) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue examinar la estabilidad de las dimensiones de apego y estudiar la relación con el estrés psicológico, los factores de personalidad del Big Five y las dimensiones de carácter. En el presente estudio, en cuanto a la relación entre las dimensiones de apego y los factores de personalidad, los autores encontraron que la

superposición entre el apego y los factores de personalidad eran baja. Sin embargo pudieron afirmar que el apego ansioso presentó una correlación negativa con el factor de extraversión, apertura y estabilidad emocional.

5.4.4 Investigaciones en personalidad y psicoterapia

Al momento de realizar un desarrollo en relación a éste temática, el estilo de personalidad y la orientación teórica fue uno de los temas que más se han estudiado. Lambert (1989) sugiere que la personalidad de los terapeutas es un factor importante en el proceso psicoterapéutico y sus resultados. Tremblay, Herron y Shultz. (1986) llevó a cabo un estudio con el fin de evaluar las características de personalidad y la elección de un modelo de trabajo en psicoterapia. Los resultados encontrados plantean que aquellos terapeutas que se identifican con el modelo humanístico existencial puntúan alto en características tales como la direccionalidad interior, la auto aceptación y la espontaneidad. En el mismo estudio se observó que los terapeutas que se identifican con el modelo conductual puntúan significativamente bajo en comparación con los psicoanalistas y los terapeutas humanístico existenciales en flexibilidad, activación emocional, aceptación de la agresión y capacidad para el contacto íntimo. Por otro lado Patterson, Levene y Berger (1971) encontraron que los terapeutas conductuales puntúan alto en dominancia, extraversión y en auto confianza. Aquellos terapeutas que se adhieren al modelo de terapia centrada en el cliente puntuaron alto en la necesidad de logro, deseo de estatus y mentalidad psicológica. Por otro lado Walton (1978) utilizando una lista de adjetivos observó que los terapeutas conductuales poseían bajo nivel de intuición, para los terapeutas psicoanalíticos surgieron dos patrones: un grupo demostró

poseer elevados niveles de complejidad, racionalidad e intuición, mientras que el segundo grupo poseía grandes niveles de complejidad, pero bajo nivel de intuición y racionalidad. Scandell, Wlazelek y Scandell (1997) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo era examinar la relación entre la personalidad del terapeuta y la orientación teórica desde el modelo de los cinco grandes factores de personalidad. Para poder llevar a cabo dicho estudio los autores tomaron una muestra de 41 terapeutas (27 mujeres y 14 varones) a los cuales se les administró el NEO – PI- R (Costa y McCrae, 1992) y un cuestionario diseñado para la investigación. De acuerdo a este estudio los terapeutas de orientación cognitiva correlacionan positivamente con el dominio de agradabilidad ($r=, 42, p<0,01$), con la faceta relacionada con franqueza ($r=, 35, p< 0,05$) y altruismo ($r=, 37, p<0,05$). Los terapeutas de orientación humanística presentan una correlación significativa con la faceta relacionada con apertura a la fantasía ($r=, 38, p< 0,05$) y con apertura a la acción ($r=, 36, p<0,05$). Si bien en número de la muestra de este estudio es pequeño, es interesante tomarlo como un antecedente en el estudio de la personalidad en terapeutas. Otro estudio realizado en nuestro país pretendió estudiar la relación entre el estilo personal del terapeuta y la personalidad. Para poder llevar a cabo dicho estudio se tomó una muestra de 20 terapeutas en formación con una edad media de 23 años ($DT = 1,8$). El diseño que se utilizó en este estudio fue de corte no experimental transversal. Se utilizó el EPT – C y el cuestionario multifacético de personalidad de Minnesota MMPI 2. Al correlacionar las funciones del EPT con los tipos de personalidad del MMPI II se encontró que la escala Hs correlaciona de manera significativa y negativa con el estilo instruccional ($r= -0,501$) ($p<0,05$), de forma tal que a mayor hipocondriasis se esperaría encontrar que la función instruccional sea más flexible por parte del terapeuta. La función atencional, también correlacionó de manera

negativa y significativa en un nivel de ($p < 0,05$) con la escala paranoia (Pa), Hipomanía (Ma) y la escala de validez F. De esta manera se pudo entender que mientras más focalizados sean los terapeutas en la función atencional, se esperaría encontrar menor paranoia, mayor energía psicológica y menores barreras y defensas personales. Por último, se encontró en este estudio que la función operativa correlaciona de manera positiva y significativa con la escala psicastenia (pt) ($r = 0,460$) ($p > 0,05$); es decir que en un terapeuta pautado en lo operativo, se espera encontrar puntajes de moderados a elevados en la escala de psicastenia y obsesión (Aranda, 2014).

Squicciarini y Otis (2014) presentaron un trabajo en la conferencia anual de la SSWR sobre el posible rol de la personalidad del terapeuta como un factor contribuyente en el fenómeno de fatiga en niños que recibieron tratamiento por traumas relacionales en servicios comunitarios. En el presente estudio se tomó una muestra de 7 terapeutas a los cuales se les administró el BFI. La información obtenida se relacionó con la información obtenida por parte de los niños que recibieron terapia de esos terapeutas ($N=169$). Los datos obtenidos por los investigadores plantean que niveles elevados de extraversión y agradabilidad se encuentran asociados con tratamientos de sesiones prolongadas y niveles elevados en neuroticismo indican tratamientos más breves.

García, Corbella, Saúl, Fernández – Álvarez y Botella (2008) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de avanzar en el conocimiento de la figura del terapeuta y la relación entre las distintas funciones del EPT y el 16PF. Para llevar a cabo dicha investigación utilizaron una muestra de 91 estudiantes (9,9% hombres; 90,1% mujeres) del entrenamiento en psicoterapias de las universidades: Ramon Llull, Fundación Aiglé / Universidad del Belgrano y Universidad de Salamanca. La edad

promedio de los participantes fue de 22 a 51 años ($Me = 28,1$; $DT = 6,8$). Los participantes acreditaron una experiencia en la clínica de 0 a 18 años ($Me = 2,3$; $DT = 3,9$). Se administraron los siguientes cuestionarios EPT – C, Cuestionario de dirección de intereses, la versión española de la escala de percepción general de la autoeficacia y el 16 PF. El protocolo se administró en una sola vez. Producto de la investigación, se encontraron una correlación significativa positiva entre: la función atencional del estilo personal del terapeuta y el factor extraversión ($p = ,231$), la función atencional con el factor responsabilidad ($p = ,416$), la función operativa con el factor responsabilidad ($p = ,231$), la función expresiva y el factor independencia ($p = ,220$), la función atencional y el factor auto control ($p = ,328$) y finalmente la función operativa con el factor autocontrol ($p = ,216$). De acuerdo a estos resultados, los terapeutas con una atención más focalizada tienden a presentar una dirección de intereses más internalizada. Así también, los terapeutas que presentan un estilo más espontáneo tienen a presentar un nivel interno de dirección de intereses y a ser más autoeficaces. Del mismo modo, aquellos terapeutas que puntuaron en extraversión correlacionaron con un nivel atencional más focalizado. Finalmente los terapeutas que puntuaron en la dimensión expresiva tienden a presentar puntajes elevados en niveles de independencia.

Finalmente en una publicación presentada como avance de ésta investigación, se realizó un estudio de correlación entre el estilo personal del terapeuta, el estilo de apego adulto y los factores de personalidad según el modelo del Big Five. En la presente investigación se tomó una muestra de 120 participantes psicoterapeutas, 102 mujeres (85%) y 18 hombres (15%). La edad promedio de la muestra fue 36,28 años ($DT = 9,65$) y los años de experiencia promedio fueron de 7.90 años ($DT = 8.04$).

En cuanto al análisis realizado sobre la relación entre los factores de personalidad y el EPT se encontró una correlación positiva, significativa y de baja intensidad entre el factor de personalidad de apertura a la experiencia y el estilo personal de involucración ($r = .23, p < 0,05$). En cuanto al análisis de correlaciones entre los estilos de apego y el EPT, el análisis de correlaciones realizado en el estudio no mostró asociaciones significativas entre las sub-escalas de los distintos tipos de apego y los diferentes estilos personales de terapeutas. Finalmente el análisis de correlaciones realizado entre los estilos de apego y los factores de personalidad mostró una correlación negativa, significativa y de mediana-baja intensidad entre el factor de extraversión y el modo de apego no romántico: ansioso ($\rho = -.30, p < .01$), también mostró una relación positiva, significativa y de baja intensidad entre el factor de apertura a la experiencia y el modo de apego romántico: seguro ($\rho = .25, p < .01$), y una correlación positiva, significativa y también de baja intensidad entre el factor de personalidad de neuroticismo y el modo de apego romántico: ansioso ($\rho = .22, p < .05$) (Genise, 2015).

Capítulo VI

“Problema, objetivos e hipótesis de la investigación”

6.1 Planteo del Problema

La investigación en psicoterapia se centró durante muchas décadas en investigar acerca de los pacientes y los distintos mecanismos que los psicoterapeutas podían utilizar para mejorar la calidad de vida de los consultantes. Sin embargo, Transcurrieron varios años para que se realice un revés en el interés investigativo y se centrara también en la figura del terapeuta.

A principio de los años '70 se comienza a estudiar la relación entre la personalidad del terapeuta y la del paciente como variable influyente en la eficacia del tratamiento (Corbella y Botella, 2009). Faltarían años para poder adentrarse directamente en la figura del terapeuta; sin embargo, se comienza a analizar su figura en relación a la implicancia que ella tenía en la configuración de la alianza terapéutica, descubriéndose que la alianza terapéutica se veía modulada por variables estilísticas del terapeuta. Mientras que Corbella et al. (2009) daban cuenta que no se poseían datos empíricos suficientes sobre el tema.

Fernández Álvarez comienza ya en el año 1998, un estudio en nuestro país sobre el estilo del terapeuta, conformando en la actualidad, una línea de investigación de gran magnitud. El autor refiere que el estilo personal del terapeuta reúne una serie de condiciones específicas que llevan a la figura del terapeuta a operar sobre el paciente de una manera particular (Fernández Álvarez, 1998). Sostiene que es un constructo dinámico, complejo y por demás interesante, compuesto por una serie de variables tales como la posición socio profesional, la personalidad, la actitud, los modos comunicativos, entre otros (Corbella, et al. 2009).

En el año 1998, se desarrolló un instrumento para poder evaluar los distintos estilos personales de los terapeutas. Dicho instrumento ha sido utilizado por distintos grupos de investigación en distintos países del mundo tales como: Alemania, Brasil, Cuba, Ecuador, España, Guatemala, Polonia, Portugal, Estados Unidos y Argentina (García y Fernández Álvarez, 2007).

Considerando lo mencionado anteriormente, surge la siguiente pregunta que guía el presente trabajo: *¿Qué relación se observa entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego adulto y los factores de personalidad del terapeuta?*

En razón de ello, los objetivos propuestos son:

6.2 Objetivos

6.2.1 Objetivo General

- Analizar la relación entre el estilo personal del terapeuta con el estilo de apego y factores de la personalidad según el modelo de los Big Five.

6.2.2 Objetivos Específicos

Siguiendo a Lambert (1989) la personalidad de los terapeutas es un factor importante en el proceso psicoterapéutico. La misma, influye en la elección del modelo teórico y modela el accionar del terapeuta (García y Fernández – Álvarez, 2009). El estilo de apego predice la capacidad de generar relaciones de confianza, aspecto central

en todo proceso de psicoterapia. A lo largo del desarrollo del estado del arte de la presente tesis doctoral, se han expuesto diferentes investigaciones que dan cuenta de estudios que establecen relación entre las variables seleccionadas. A continuación se presentan ciertos objetivos específicos que fueron seleccionados producto de los resultados expuestos en la literatura y con la intención de poder identificar qué sucede en la población argentina con la relación de estas variables.

- Identificar si existe relación entre la dimensión de neuroticismo y la función atencional
- Identificar si existe relación entre la dimensión extraversión y la función atencional
- Analizar si existe relación entre la dimensión neuroticismo y la función operativa.
- Analizar si existe relación entre el estilo de apego ansioso y la función atencional
- Identificar si existe relación entre el apego evitativo y el factor de extroversión
- Analizar si existe relación entre el estilo de apego ansioso y el factor neuroticismo.
- Analizar si existe relación entre el factor de extroversión y la función expresiva

6.3 Hipótesis

Se someterán a prueba las siguientes hipótesis:

H1: Existe una correlación positiva entre la dimensión de neuroticismo y la función atencional

H2: Existe una correlación positiva entre la dimensión extraversión y la función atencional

H3: Existe una correlación positiva entre la dimensión neuroticismo y la función operativa.

H4: Existe una correlación positiva entre el estilo de apego ansioso y la función atencional

H5: Existe una correlación negativa entre el apego evitativo y el factor de extroversión.

H6: Existe una correlación positiva entre el estilo de apego ansioso y el factor de neuroticismo

H7: Existe una correlación positiva entre el factor de extroversión y la función expresiva

Capítulo VII

“Método”

7.1 Diseño de la investigación

En el presente estudio se trabajó con un diseño *transeccional correlacional*. Este tipo de diseño tiene como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Este tipo de estudio se trata de descripciones, pero no de variables individuales sino de sus relaciones, sean puramente correlacionales o relaciones causales. Por lo tanto este tipo de estudio puede limitarse a establecer relaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad (Sampieri, Collado y Lucio, 1991).

7.2 Participantes

La muestra estuvo conformada por 252 participantes psicoterapeutas, 209 mujeres (82.94%) y 43 hombres (17.06%). El promedio de edad de la muestra fue de 36.78 años ($DT = 10.03$), con un rango de 24 a 83 años de edad, y en cuanto a los años de experiencia, el promedio fue de 8.76 años ($DT = 8.47$), con un rango de entre 0.2 a 50 años. En la tabla que se muestra a continuación pueden observarse los estadísticos descriptivos de la muestra.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Edad	36.78	10.03	24	83
Años de Experiencia	8.76	8.47	0.20	42

Es importante mencionar que el tamaño de la muestra incluye la cantidad de participantes suficientes para cumplimentar con las exigencias de los métodos estadísticos planificados, superando el número mínimo recomendado (Bentler, 2008).

7.3 Instrumentos de recolección de datos

Se emplearon mediciones de autoinforme mediante una batería compuesta por los siguientes instrumentos de evaluación (ver Anexo):

- *Estilo Personal del Terapeuta*: Para evaluar el estilo personal del terapeuta, se utilizó el EPT-C realizado por Fernández Álvarez y García (1998). El EPT –C es un inventario autodescriptivo de 36 ítems en una escala tipo Likert (1-7) para medir las dimensiones que constituyen el constructo: Instruccional, expresiva, involucración, atencional y operativa. Se utilizó el coeficiente Alpha de Cronbach para medir la validez de cada función: Instruccional = 0,69, Expresiva = 0,75, Involucración = 0,75, Atencional = 0,80 y Operativa = 0,76 (Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella Santomá. 2003). La fiabilidad del

cuestionario fue aceptable obteniendo un Alfa de Cronbach = .71

- *Estilo de apego:* Para evaluar el estilo de apego, se utilizó la escala argentina de estilos de apego desarrollada por Casullo y Liporace (2004). Es un instrumento psicométrico autoadministrable, que consta de dos partes que evalúan el apego en dos contextos diferenciados: el de los vínculos románticos y el de las díadas no románticas. Es una escala de tipo Likert de 1 a 4 (casi nunca hasta casi siempre) (Carreras, Brizzo, Gonzalez, Mele y Casullo. 2008). La fiabilidad total por escala y la consistencia correspondiente a cada factor mediante el coeficiente de Alpha de Cronbach. Los mismos examinan la consistencia interna de cada versión de la escala (.45 y .52 respectivamente) resultaban aceptables en virtud del bajo número de reactivos que el instrumento posee. Para la escala sobre relaciones no románticas, el análisis arrojó la presencia de tres factores que han de explicar el 45% de la varianza total, registrando aceptables índices de fiabilidad por factor (.60 a .28), teniendo en cuenta que se trata de subescalas compuestas por dos elementos (Casullo y Liporace. 2004). En el presente estudio la fiabilidad para la escala de apego no romántico fue de Alfa de Cronbach = .69 y para la escala de apego romántico fue de Alfa de Cronbach = .70

- *Factor de Personalidad:* Finalmente se utilizó el Big Five Inventory para evaluar los estilos de personalidad. El inventario consta de 44 ítems que evalúan los cinco grandes rasgos de personalidad. Los mismos responden en base a una escala con formato Likert con 5 opciones de respuestas. La escala ha demostrado

una validez concurrente con otros instrumentos reconocidos que evalúan la personalidad. Para verificar la homogeneidad de cada una de las escalas del BFI se realizó un estudio de fiabilidad calculando el coeficiente alpha de Cronbach para cada una de las mismas. Para el factor de *extraversión* se obtuvo un valor .67; para el factor *afabilidad* .67, para *consciencia* .74; para el factor *neuroticismo* .68 y para el factor *apertura* se obtuvo un valor de .72. Se podría decir, por los datos obtenidos que el BFI es un instrumento confiable verificándose la homogeneidad de cada una de las escalas que la componen (Castro Solano y Casullo. 2001).

7.4 Procedimiento

Para llevar adelante la recolección de datos se administraron las encuestas a través de internet utilizando el servidor de encuestas online *surveymonkey*. Se decidió la implementación de un medio de comunicación masivo para poder acceder al número necesario de encuestados debido a la complejidad de las características de la muestra que fue detallada anteriormente. A su vez, es importante resaltar que para la administración de la entrevista en formato online, se siguieron los lineamientos provistos por la *international test commission* (Commission, 2015). Los mismos fueron:

- Se proveyeron instrucciones a los participantes sobre los pasos a seguir para completar la encuesta

- Se tuvieron en cuenta los niveles de seguridad en cuanto a evaluación por internet, tales como el control del número de IP provisto por cada encuestado.

Los participantes completaron un consentimiento informado previo a llevar a completar la encuesta. Asimismo, se comunicaba que los datos derivados de esta investigación se utilizaban con fines exclusivamente científicos bajo la Ley Nacional 25.326 de protección de los datos personales, manteniendo el anonimato de los participantes. La administración de los instrumentos utilizados tuvo una duración aproximada de 20 minutos. Esta metodología en la recolección de datos ha sido utilizada ampliamente por la comunidad científica en diversas investigaciones demostrando su fiabilidad (Eysenbach y Wyatt, 2002; Eysenbach, Powell y Sa Eun - Ryoung , 2002; Buchanan y Smith, 1999).

7.4.1 Análisis de datos

Con el propósito de estudiar la relación entre el estilo personal del terapeuta con el estilo de apego adulto y los factores de personalidad según el modelo de los Big Five, se llevaron a cabo distintos análisis, en primer lugar se realizó un análisis sobre las distribuciones de las variables para conocer su forma y normalidad. En segundo lugar se realizaron análisis de correlaciones, empleando el estadístico adecuado a tal fin (r de Pearson o Rho de Spearman) entre las medidas estudiadas. *El* análisis estadístico de los datos se realizó por medio de los paquetes estadísticos SPSS de IBM-Statistics 20.

Capítulo VIII

“Análisis de datos y resultados”

8.1 Análisis de la distribución de las escalas del inventario de Personalidad BFI

En la tabla que se presenta a continuación pueden observarse los estadísticos descriptivos (media y desvío típico), y de las características de la distribución (Asimetría y Curtosis), como así también los resultados del análisis de ajuste normal de las variables, obtenidos a partir del estadístico Z de Kolmogorov – Smirnov. Como se puede observar todas las sub-escalas del inventario tienen distribuciones que no se diferencian significativamente de la distribución normal asintótica.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las sub-escalas del BFI

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>As</i>	<i>Cu</i>	<i>α</i>
Extraversión	3,57	,62	-,35	,16	,78
Agradabilidad	4,03	,59	-1,03	2,32	,79
Responsabilidad	3,96	,62	-,64	1,10	,79
Neuroticismo	2,61	,58	,17	-,29	,69
Apertura	3,75	,61	-,67	,50	,78

Posteriormente se testeó la confiabilidad de las cinco dimensiones de la escala BFI evaluadas a través del estadístico de Cronbach. Los resultados indicaron niveles de fiabilidad adecuados en todas las dimensiones: Extraversión ($\alpha = .78$), Agradabilidad ($\alpha = .79$), Responsabilidad ($\alpha = .79$), Neuroticismo ($\alpha = .69$) y Apertura a la experiencia ($\alpha = .78$). Se llevó a cabo la prueba alfa de Cronbach si se elimina el elemento con el objetivo de determinar si la influencia de cada uno de los ítems para cada dimensión. Todos los ítems contribuyen en cada dimensión de manera adecuada a la confiabilidad de la escala.

8.2 Análisis de la distribución de las sub-escalas de Apego EAP.

El mismo análisis realizado con el inventario de personalidad BFI se llevó a cabo con las sub-escalas de la escala de Apego. En la tabla que aparece a continuación pueden observarse los estadísticos descriptivos, de distribución y de ajuste a una distribución normal. Como puede observarse todas las variables que componen a la escala muestran un comportamiento que se aleja de la distribución normal asintótica.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las sub-escalas del EAP

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>As</i>	<i>Cu</i>
Ap. no romántico: Tem/ Evitativo	9.26	2.96	1.47	3.23
Ap. no romántico: Ansioso	4.93	1.62	1.16	2.34
Ap. no romántico: Seguro	3.84	1.42	0.86	0.54
Ap. romántico: Tem/ evitativo	7.53	2.92	2.57	10.42
Ap, romántico: Ansioso	2.95	1.29	1.75	3.18
Apego romántico: Seguro	3.56	1.40	0.88	0.60

Se testeó la confiabilidad de las dimensiones extraídas y evaluadas a través del estadístico de Cronbach. Los resultados indicaron niveles de fiabilidad adecuados tanto para la dimensión de apego seguro ($\alpha = ,64$), apego temeroso – evitativo ($\alpha = ,81$) y apego ansioso ($\alpha = ,69$). Se llevó a cabo la prueba de alfa de Cronbach si se elimina el elemento con el objetivo de determinar si la influencia de cada uno de los ítems para cada dimensión.

8.3 Análisis de la distribución de la escala de Estilo Personal del Terapeuta (EPT – C)

El último análisis realizado con las sub – escalas de la escala de estilo personal del terapeuta. En la tabla que aparece a continuación pueden observarse los estadísticos descriptivos, de distribución y de ajuste a una distribución normal. Como se puede

observar todas las variables de la escala muestran un comportamiento que no se diferencia significativamente de la distribución normal asintótica.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las sub-escalas del EPT-C

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>As</i>	<i>Cu</i>
Atencional	19.52	6.09	-0.01	-0.42
Expresiva	38.21	8.41	-0.34	0.02
Instruccional	30.02	6.20	-0.11	-0.47
Involucración	26.31	7.20	0.04	-0.29
Operativa	23.38	7.24	0.28	-0.32

Se testeó la confiabilidad de las dimensiones extraídas y evaluadas a través del estadístico de Cronbach. Los resultados indicaron niveles de fiabilidad adecuados tanto para la función atencional ($\alpha = ,66$), instrumental ($\alpha = ,55$), operativo ($\alpha = ,76$), involucración ($\alpha = ,69$) y expresivo ($\alpha = ,71$). Se llevó a cabo la prueba de alfa de Cronbach si se elimina el elemento con el objetivo de determinar si la influencia de cada uno de los ítems para cada dimensión. Todos los ítems contribuyen de manera adecuada a la confiabilidad de la escala.

8.4 Análisis de correlaciones entre los factores de personalidad y el estilo personal del terapeuta

Con el propósito de estudiar la relación entre los factores de personalidad, evaluados a partir de la escala BFI y el estilo personal del terapeuta, evaluado con el cuestionario del estilo personal del terapeuta EPT – C, se llevó a cabo una correlación producto momento de Pearson entre las medidas. Este análisis se realizó dado a que las distribuciones de las sub – escalas mostraron no diferenciarse de la de una distribución normal asintótica.

En la tabla que aparece a continuación pueden observarse los valores de correlaciones entre las escalas del BFI y EPT C y los valores de correlación entre las sub – escalas de personalidad y estilo personal del terapeuta.

Tabla 4. Correlaciones entre funciones del EPT

	1	2	3	4
1. Atencional				
2. Expresiva	,154*			
3. Instruccional	,109	-,347**		
4. Involucración	,140*	,433**	-,207**	
5. Operativa	,720**	,129*	0,09	,208**

** p < .01, * p < .05

Tabla 5. Correlaciones entre los factores de personalidad del BFI

	1	2	3	4
1. Extraversión	-			
2. Agradabilidad	,414**			
3. Responsabilidad	,312**	,381**		
4. Neuroticismo	-,266**	-,379**	-,247**	
5. Apertura	,283**	,350**	,204**	-,233**

** p < .01, * p < .05

Tabla 6. Correlaciones entre funciones del EPT y factores de personalidad

	Extraversión	Agradabilidad	Responsabilidad	Neuroticismo	Apertura
Atencional	0,001	-0,076	-0,022	,174**	-0,112
Expresiva	,167**	0,094	-0,009	-0,057	0,085
Instruccional	-0,11	-0,033	,161*	0,096	-,131*
Involucración	0,033	0,03	0,029	0,035	,150*
Operativa	-0,004	-0,061	-0,041	,187**	-0,107

** p < .01, * p < .05

A continuación se detallan las siguientes correlaciones obtenidas a partir del estudio realizado:

La tabla 4 muestra las correlaciones entre las funciones del EPT C. Entre ellas correlacionan significativamente las funciones operativa y atencional ($p = ,720$), la función instruccional con la expresiva ($p = ,347$), la función de involucración con la función expresiva ($p = ,433$), la función involucración con la función instruccional y la función operativa con la función involucración ($p = ,208$).

La tabla 5 muestran las correlaciones entre los factores de personalidad del BFI. El factor agradabilidad correlaciona con el factor extraversión ($p = ,414$), el factor responsabilidad correlaciona significativamente con el factor extraversión ($p = ,313$), y el factor agradabilidad ($p = ,381$). Así también el factor Neuroticismo correlaciona significativamente con los factores extraversión ($p = ,266$), agradabilidad ($p = ,379$) y responsabilidad ($p = ,247$). El factor apertura correlaciona significativamente con los factores extraversión ($p = ,283$), agradabilidad ($p = ,350$), responsabilidad ($p = ,204$) y neuroticismo ($p = ,233$).

Finalmente la tabla 6 refleja las correlaciones entre el EPT C y el BFI. Se encontraron correlaciones significativas entre la función expresiva y el factor de extraversión ($p = ,167$), la función atencional y el factor neuroticismo ($p = ,174$) y la función operativa y el factor neuroticismo ($p = ,187$).

8.5 Análisis de correlaciones entre los estilos de apego y el estilo personal del terapeuta

Con el propósito de estudiar la relación entre los estilos de apego y el estilo personal del terapeuta, se llevó a cabo una correlación por rango de Spearman entre las medidas. Este análisis se realizó dado que las distribuciones de las sub - escalas de estilos de apego mostraron distribuciones que se alejaron significativamente de la distribución normal asintótica.

En la tabla que aparece a continuación pueden observarse los valores de correlación entre los estilos de apego y los estilos de apego y el estilo personal del terapeuta.

Tabla 7. Correlación entre los estilos de apego.

	Apego Seguro	Apego Temeroso - Evitativo
Apego Seguro		
Apego Temeroso Evitativo	,199**	
Apego Ansioso	0,078	,509**

** p < .01, * p < .05

Tabla 8. Correlación entre el EAP y EPT-C

	Atencional	Expresiva	Instruccional	Involucración	Operativa
Apego Seguro	0,039	0,09	-0,011	-0,065	-0,097
Apego Temeroso Evitativo	0,114	-0,07	0,051	-0,091	0,018
Apego Ansioso	,204**	-0,023	0,062	0,002	0,054

** p < .01, * p < .05

A continuación se detallan las relaciones obtenidas. En la Tabla 7 se permite observar las correlaciones entre los estilos de apego adulto, obteniendo una correlación significativa entre el estilo de apego temeroso – evitativo y el estilo de apego seguro ($p=,199$) y una correlación significativa entre el estilo de apego ansioso y el estilo temeroso – evitativo ($p=,509$).

En la tabla 8 se registraron las correlaciones entre los estilo de apego adulto y el estilo personal del terapeuta encontrándose una correlación significativa entre la función atencional y el estilo de apego ansioso ($p=,204$).

8.6 Análisis de correlaciones entre los estilos de apegos y los factores de personalidad

Con el objetivo de estudiar la relación entre los estilos de apego, evaluados a partir del EAP, y los factores de personalidad, evaluados a partir del BFI, se llevó a cabo un análisis de correlación simple por rangos ordenados de Spearman. Se eligió este análisis debido a que los valores de estilo de apego mostraron distribuciones que se alejaron significativamente de la distribución normal asintótica. En la tabla que se presenta a continuación pueden observarse los valores de correlación entre las sub-escalas de apego y de personalidad.

Tabla 9. Correlación entre Estilos de Apego y Factores de Personalidad

	Extraversión	Agradabilidad	Responsabilidad	Neuroticismo	Apertura
Apego Seguro	0,001	-0,072	-0,123	-0,017	0,058
Apego Temeroso Evitativo	-,167**	-,178**	-,172**	,229**	-0,021
Apego Ansioso	-0,113	-0,084	-,135*	,259**	-0,049

** $p < .01$, * $p < .05$

El análisis de correlación realizado muestra correlaciones significativas entre el estilo de apego temeroso – evitativo y el factor de extraversión ($p = ,167$), el factor de agradabilidad ($p = ,178$), el factor de responsabilidad ($p = ,172$) y el factor neuroticismo ($p = ,229$). Así también se encontró una correlación significativa entre el estilo de apego ansioso y el factor neuroticismo ($p = ,259$).

8.7 Síntesis del capítulo

A modo de poder establecer una síntesis que permita aclarar la lectura de los resultados obtenidos en función de las hipótesis planteadas anteriormente, se presenta el siguiente apartado:

H1: Existe una correlación positiva entre la dimensión de neuroticismo y la función atencional

De acuerdo a los datos obtenidos, existe una asociación positiva entre el estilo personal del terapeuta en la función atencional y el rasgo de personalidad neuroticismo ($p = ,174$).

H2: Existe una correlación positiva entre la dimensión extraversión y la función atencional

En función de la presente investigación, no se han observado correlaciones significativas entre ambas variables ($p = ,001$)

H3: Existe una correlación positiva entre la dimensión neuroticismo y la función operativa

En la presente investigación se encontró una asociación positiva entre el factor de personalidad de neuroticismo y la función operativa del EPT ($p = ,187$).

H4: Existe una correlación positiva entre el estilo de apego ansioso y la función atencional

De acuerdo a la presente investigación existe una correlación positiva, significativa y de baja intensidad entre la función atencional del EPT y el estilo de apego ansioso ($p = ,204$).

H5. Existe una correlación negativa entre el apego evitativo y el factor de extraversión.

La presente investigación a partir del análisis de correlación realizado, muestra correlaciones negativas de baja intensidad y significativa entre el factor de extraversión y el estilo de apego temeroso evitativo ($p = ,167$).

H6: Existe una correlación positiva entre el estilo de apego ansioso y el factor neuroticismo.

De acuerdo a los resultados arrojados, existe una correlación significativa positiva entre el factor de personalidad neuroticismo y los estilos de apego ansioso y temeroso – evitativo ($p = .259$).

H7: Existe una correlación positiva entre el factor de extraversión y la función expresiva.

En el presente estudio se obtuvo una relación positiva y significativa entre el factor de personalidad extraversión y la función expresiva del EPT ($r = .16, p < .01$).

En el próximo apartado se discutirán los resultados obtenidos con los datos existentes de acuerdo a la literatura de las variables estudiadas.

Capítulo IX

“Discusión”

Sócrates: Muy bien, ¿hemos reconocido que la ciencia y la opinión son dos facultades distintas?

Sí, distintas.

- Por lo que cada una de ellas tiene una virtud y un objeto diferentes.

Precisamente

La ciencia, ¿no tiene por objeto conocer lo que existe tal como existe?

Sí

Pero la opinión no es otra cosa, según hemos dicho, que la facultad de juzgar por las apariencias.

Sin contradicción

Platón, La república (2009)

El objetivo de esta investigación estuvo dirigido a estudiar la relación entre el estilo personal del terapeuta, los estilos de apego adulto y los factores de personalidad según el modelo de los Big Five.

El constructo del EPT se define de acuerdo a cinco funciones que describen los modos en que los terapeutas prestan atención, transmiten las condiciones de funcionamiento del dispositivo terapéutico, llevan a cabo las operaciones terapéuticas, se relacionan emocionalmente y se comprometen con su tarea (Gómez 2015).

Tal como se mencionó al inicio de este trabajo el estilo personal del terapeuta es el conjunto de condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su tarea (Fernández Álvarez, 1998). En este sentido, el terapeuta emprende sus acciones siguiendo un modelo y sus principios, en ese emprender el profesional se comunica con el paciente en una manera en particular. De ese modo de comunicarse se combinan formas estilísticas y modalidades singulares de ese terapeuta.

Retomando los aportes de García y Fernández - Álvarez (2007): el estilo personal del terapeuta presenta una marcada estabilidad temporal e interviene en el modo específico de aplicar cualquier procedimiento o técnica psicoterapéutica. Esto último ha sido uno de los principales motores del presente trabajo de investigación.

De acuerdo a lo ya expuesto, desde la década de los 80' el énfasis se puso en estudios sobre la efectividad y eficacia de los tratamientos manualizados dejando de lado la figura del terapeuta junto con sus características de personalidad, creencias o características socio-demográficas. Sin embargo, la investigación no pudo omitir el estudio de las particularidades que caracterizan y componen a la figura del terapeuta, dado que esas características influyen significativamente en el resultado del proceso. De tal modo, uno de los focos que se abrió en el estudio de la figura del terapeuta fue en su influencia en la configuración de la alianza terapéutica. Siguiendo a Aveline (2006) las características personales del terapeuta presentan una influencia de entre el 10 y el 20% de la varianza de los resultados del proceso psicoterapéutico.

Se constataron algunas hipótesis en relación a cómo modula la presencia de valores elevados de neuroticismo en la figura del terapeuta. El neuroticismo, como rasgo psicológico, es la variable que se encuentra relacionada con inseguridades e inestabilidad emocional. De acuerdo a Eysenck (1985) las personas que puntúan alto en esta dimensión suelen presentar una percepción sesgada hacia acontecimientos negativos, presentan niveles elevados de ansiedad. De esta manera, de acuerdo a los resultados obtenidos por Shaver y Brennan (1992) y los datos obtenidos en la presente investigación, el neuroticismo se encuentra relacionado de manera positiva con el estilo de apego ansioso. Esto se explicaría por los componentes ligados a la preocupación y la inseguridad.

En relación al modo en que influye el apego en las personas adultas, Bowlby desarrolla el concepto de *modelos operativos internos*. Tal como se explicó anteriormente, estos modelos se constituyen a partir de las relaciones tempranas de la persona con sus figuras de apego. Los mismos fueron internalizados ya en edades tempranas, determinando así tanto las conductas de apego de manera estable (Santelices - Alvarez, Garrido - Rojas, Fuentes - Fuentes, Guzman – Gonzalez y Lizano – Martinez, 2009). En general el apego predice en la adultez la capacidad de generar relaciones de confianza y románticas. Quienes desarrollan un estilo de apego seguro suelen ser más asertivos socialmente y con mayores probabilidades de ser elegidos líderes por sus compañeros que aquellos que no poseyeron una historia de apego seguro (Scoufe y Siegel, 2012).

Existen algunos estudios que permiten dar cuenta de la relación que existe entre el estilo de apego y los procesos atencionales en las personas. En el contexto de los estilos de apego en los adultos, un estudio realizado por Zeijlmans Van Emmichoven, Van Ijzendoorn, De Ruitter y Brosschot (2003) mostró como resultado que las personas con un estilo de apego seguro presentan mayor inclinación a procesar la información amenazante que los sujetos con un estilo de apego inseguro quienes ignoran o evitan la naturaleza amenazante del estímulo.

De tal manera ambas variables mencionadas se correlacionan positivamente con la función atencional del estilo personal del terapeuta la cual se encuentra asociada con todas las operaciones que el profesional realiza con el objetivo de acceder a la información que el paciente brindará para concretar su ayuda. Se podría considerar la función primordial de todo terapeuta, e involucra la capacidad de prestar atención tanto a lo explícito como lo implícito, a lo verbal como a lo analógico del paciente (Fernández

– Álvarez, 2001; Fernández - Álvarez y Rodríguez Vera, 2002) De esto dependen los cambios terapéuticos y el resultado del tratamiento. Es por este motivo que la función atencional se encuentra íntimamente relacionada con la función operativa la cual hace referencia al modo en que el terapeuta cumple con sus tareas. Los mismos pueden puntuar dentro de esta dimensión entre *pautados* y *espontáneos*. Dentro de su labor, el terapeuta debe cumplir en todo proceso psicoterapéutico con: construir y sostener junto con el /los consultante/s una buena alianza terapéutica, realizar intervenciones que resulten efectivas y evaluar el proceso y resultados de la psicoterapia (Chapman, Talbot, Tatman. y Brition, 2009).

Las acciones que el terapeuta desarrolla para cumplir con el plan de tareas del cual se supone que resultará la producción de los cambios esperados. Las acciones que se relacionan con la función atencional son las de escuchar y preguntar y los terapeutas fluctúan entre *activos* y *receptivos*.

De lo anteriormente expuesto se podría suponer que aquellos terapeutas con elevados niveles de inseguridades y preocupaciones tenderían a focalizar la atención y a llevar a cabo tratamientos más *pautados*, presentarían una menor tendencia a la espontaneidad y a permitir que el paciente se aleje de los objetivos propuestos en el tratamiento. Así también los terapeutas que presenten estas características, probablemente se sientan más cómodos conduciendo tratamientos *manualizados* ya que representan una menor exposición personal. Al escuchar, se pone en marcha un proceso activo y complejo, que va más allá de recibir información. El terapeuta se sumerge en la búsqueda del significado de aquellos que la persona se encuentra transmitiendo (Liemann Hernández, 2010). Escuchar permite establecer un terreno común, ya que hace referencia al esfuerzo por entender qué piensa o siente otra persona en términos de

su propio marco de referencia. Este complejo proceso se centra en la capacidad empática que guía al terapeuta en:

a) tratar de aprehender los significados del paciente

b) constatar si el paciente percibe y logra comprender lo que el terapeuta le comunica

De esta manera, el terapeuta resuena con el paciente. Si el paciente percibe que el profesional lo escucha y entiende se animará a ir más allá, a arriesgarse más, a mostrarse tal cual es y “contar su historia” (Gómez, 2015).

En todo proceso de psicoterapia se requiere que el terapeuta seleccione ciertos elementos para avanzar en el mismo. Todo terapeuta para poder ayudar en la disminución del nivel de padecimiento del/los consultante/s debe prestar atención a qué ocurre durante el proceso. Es así que de esta capacidad que presenta el terapeuta se desprende la calidad y cantidad de información.

El proceso atencional, es un proceso que sufre de alteraciones de acuerdo al estado emocional del sujeto. MacLeod, Mathews y Tata (1986), comentaron ya en esa época que el proceso de atención selectiva se veía afectado por el estado emocional de la persona. Una serie de estudios (Parkinson y Rachman, 1981; Burges, et al. 1981; Mathews y MacLeod, 1985) dieron cuenta que las personas presentan una tendencia a sesgar la información de acuerdo a ciertas experiencias o situaciones que se encontraban atravesando.

Desde otra perspectiva, las dificultades que acerquen las personas a la consulta pueden ser de índole individual –desde sus formas de comportamiento hasta su estilo personal– o sistémicas, en relación con su pareja o familia (Fernández - Álvarez, Pérez y Fraga Míguez, 2008). Incluso para evaluar la necesidad de intervención de otras personas significativas del entorno del paciente, tales como resolver conflictos, encarar problemas de la vida sexual de la pareja, optimizar el apoyo, aliviar el impacto sobre el paciente de las reacciones de otras personas, prevenir el aislamiento, será necesaria una actitud de apertura del terapeuta en cada momento. Esto permitirá ir tomando decisiones acordes con los cambios que tengan lugar, teniendo en cuenta la configuración de nuevas demandas dentro de un mismo proceso psicoterapéutico. En este sentido, todas las modificaciones en el dispositivo –intervención de otros profesionales (psiquiatra, acompañante terapéutico, musicoterapeuta, etc.), el lugar donde tiene lugar la entrevista (consultorio, domicilio, hospital, etc.), la frecuencia y la duración de las sesiones– dependen de una escucha atenta y flexible, que permita identificar a tiempo la pertinencia de estos cambios y preserve la calidad de la alianza terapéutica (Gómez, 2015).

Los terapeutas se relacionan con los pacientes de muy distintas maneras. Al igual que cada terapeuta presenta un modo único de atender al discurso del paciente, el modo de relacionarse también lo es. En ese sentido los terapeutas presentarán mayor o menor distancia emocional en su relación con el paciente. La función expresiva se pone en manifiesto en la intensidad del intercambio afectivo y el nivel de tolerancia a la exposición frente a sus propios estados o ante las reacciones emocionales del paciente. Los terapeutas puntúan en esta dimensión entre *próximos* y *distantes*.

La extraversión, como faceta de la personalidad, se caracteriza por la alta sociabilidad, la tendencia a la compañía con otros, al interés por estar acompañado y evitar la soledad. Las personas que puntúan positivamente en esta dimensión, son personas asertivas y en búsqueda de situaciones nuevas, atractivas y en búsqueda de emociones positivas.

Siguiendo con los estudios ya mencionados (Nofle y Shaver, 2006; Picardi, Caroppo, Toni, Bitetti y Di María 2005), existe una correlación moderada negativa entre la faceta de personalidad de extraversión y el estilo de apego temeroso evitativo. Esto se explica dado que las personas que presentan un estilo de apego temeroso evitativo presentan una tendencia a ser reservados, dependientes de otras personas y con poca capacidad o voluntad de explorar el mundo. Así también son caracterizados por personas con preferencia al aislamiento o la soledad. Desde los inicios de las investigaciones en relación a los factores de personalidad y los estilos de apego, se hipotetizó sobre la relación entre el estilo de apego evitativo y el factor de personalidad extraversión. Las primeras investigaciones en el tema (Shaver y Brennan, 1992) dieron cuenta de la presente hipótesis confirmando que el factor de extraversión junto con el de apertura a la experiencia y consciencia de sí se encontraban positivamente relacionados entre sí. Más adelante el estudio de Nofle y Shaver (2006) sobre la correlación entre el Big Five y los estilos de apego confirman la misma información. Ellos obtienen que el apego evitativo se correlaciona de manera modesta con las variables de extroversión y agradabilidad y no así con la variable apertura a la experiencia.

De esta manera siguiendo con los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral, los cuales son concordantes con el estado del arte, los terapeutas que presentan un estilo terapéutico próximo a los pacientes, con un intercambio afectivo positivo hacia

los mismo, capacidad de exponerse frente a sus propios estados emocionales y con capacidad de reconocerlos, presentarían también capacidad asertiva en sus relaciones interpersonales, tendencia a socializar y a experimentar emociones positivas.

Ésta variable (extraversión) también se encuentra relacionada positivamente con la función expresiva del estilo personal del terapeuta. Según Fernández - Álvarez (1998) la función expresiva hace referencia a la manera que tiene el terapeuta de relacionarse afectivamente con el paciente. De acuerdo a ésta función, los terapeutas fluctúan entre los polos próximos y distantes. Siguiendo lo anteriormente planteado, la función expresiva se vio modelada en ocasiones debido al modelo teórico. Por ejemplo en el psicoanálisis se establecía como una de las reglas básicas la neutralidad y abstinencia por parte del terapeuta forzando su modo de relacionarse con el paciente.

Al momento no se encontraron datos que establecieran una relación entre ambas variables. En el presente estudio se obtuvo una relación positiva y significativa entre las dos variables ($r = .16, p < ,01$). De esta manera se podría suponer que aquellos terapeutas que presenten características de socialización, que se caracterice por sentirse a gusto estando rodeado de otras personas, presentará un estilo terapéutico más ligado a la proximidad con el paciente.

9.1 Limitaciones y recomendaciones futuras

Los resultados obtenidos son interesantes con respecto a la posibilidad de identificar características estilísticas de los terapeutas.

No obstante, es necesario considerarlos con cautela. En primer lugar, el presente estudio posee una serie de limitaciones a tener en cuenta. En la muestra el porcentaje de mujeres que participaron (82.94%) fue superior al de hombres (17,06%), el género se encuentra relacionado a la calidad de las relaciones. Si bien las correlaciones presentadas son significativas, es importante mencionar que en general, las mismas fueron de baja intensidad. Finalmente uno de los instrumentos elegidos para la evaluación fue la escala argentina de apego (Casullo y Liporace, 2004) que si bien la misma, tal como se mencionó, presenta valores aceptables de fiabilidad, la escala presenta pocos reactivos para su evaluación. Se decidió la elección de esta escala dado que la misma fue confeccionada y presenta baremos para población argentina.

En cuanto a la evaluación del EPT, el mismo es un inventario autodescriptivo. Articular con metodología cuanti – cualitativa aportará elementos comprensivos sobre su naturaleza, además de dinámica en los procesos y resultado en psicoterapia. En este sentido sería interesante considerar la inclusión de nuevas dimensiones de análisis, como, por ejemplo, la función evaluativa, que consiste en el juicio sobre el modo en que se logran los objetivos, podría permitir diferenciar a los terapeutas entre estimuladores (dirigidos al resultado) y críticos (dirigidos a la comprensión) (Corbella et al., 2009; Fernández-Álvarez & García, 1998). También permitiría identificar el modo de negociar las rupturas en la alianza terapéutica, que puede ser directa o indirecta (Safran, Muran, Samstag y Stevens, 2002), y otras características del modo de comunicarse tal como la autorevelación (Hill y Knox, 2002; Wachtel, 2011). El avance en la investigación sobre el tema posibilitará, además, establecer más específicamente los aspectos estilísticos

factibles de ser incluidos como objetivo de los programas de entrenamiento y supervisión de terapeutas que redunden en un mejor ajuste profesional e impacten positivamente en el cuidado de su persona.

En cuanto a las recomendaciones futuras sería interesante replicar ésta investigación realizando estudios interculturales con población de terapeutas de otros países y compararlos con los resultados obtenidos. Sería también de interés analizar la calidad de la alianza terapéutica y los estilos personales del terapeuta en vistas de la importancia que radica en estos tiempos ésta variable.

Un desafío que implica un mayor nivel de complejidad sería poder estudiar el impacto del estilo personal del terapeuta en el proceso y los resultados de la psicoterapia, como se llevó a cabo con terapeutas que trabajan con población general (Corbella, 2002).

Tal como señaló Aveline (2005), en términos de la acción terapéutica, la persona del terapeuta no es lo más importante, pero sin él no habría terapia.

Capítulo X

“Conclusiones”

Tal como señala Wachtel (2011), en un campo como el nuestro, el modo en que el terapeuta trabaja está lejos de ser independiente de quién es él o ella. Al mismo tiempo, cada especialidad presenta particularidades e implica para el profesional demandas específicas.

Este estudio se propuso como pregunta de investigación indagar Qué relación existe entre el estilo personal del terapeuta, los estilos de apego adulto y los factores de personalidad según el modelo de los Big Five.

El terapeuta en su ardua labor, emprende sus acciones guiado por un modelo genérico que se aplica a cualquier procedimiento específico. Se comunica con el paciente de una manera en particular que combina formas estilísticas y modalidades singulares que se ajustan a cada situación en particular. Fernández – Álvarez (1998) definió al estilo personal del terapeuta como el conjunto de condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular y específico en su tarea. Como se manifestó en otros apartados éste constructo es dinámico, multidimensional y refleja las predilecciones comportamentales que el terapeuta usa para comunicarse con otra persona.

Como se hizo ya referencia, el EPT ha sido utilizado en investigaciones tanto nacionales como internacionales conformando un cuerpo de investigación considerable. Como primera instancia se destinaron esfuerzos para demostrar la fiabilidad y robustez de la prueba. En una segunda instancia, se utilizó el EPT en diferentes ámbitos y condiciones, como variable moderadora de los resultados de la psicoterapia, estableciendo diferencias entre terapeutas que poseen distintos grados de experiencia y entre los que adscriben a diferentes orientaciones teórico-técnicas. Se estudió la estabilidad del estilo a través del tiempo y el desarrollo del EPT en procesos

de formación y entrenamiento de la psicoterapia (García y Fernández-Álvarez, 2007; García et al., 2008; García, Castañeiras, Gómez y Fernández-Álvarez, 2009).

García y Fernández – Álvarez (2007) en una revisión que llevaron a cabo sobre el EPT concluyen y dejaron abierta la hipótesis, dada la estabilidad en el tiempo, si el estilo personal del terapeuta es un estilo de personalidad. En la presente investigación se encontraron correlaciones que permitirían afirmar que determinadas funciones del EPT se encontrarían moduladas por los estilos de apego y por los estilos de personalidad. Tal es el caso de la función atencional en el EPT. Fernández-Álvarez (2001) señala:

Quando el paciente se presenta en la consulta, tanto sea en los inicios como en el curso del proceso, el terapeuta debe realizar una compleja tarea para seleccionar los elementos que sean útiles para aplicar las intervenciones que favorezcan el cambio... Toda terapia funciona en la medida en que el terapeuta es capaz de efectuar la difícil tarea de extraer, hacia una zona operable de la relación con el paciente los elementos de mayor peso específico para el cambio (p.83).

En toda situación de naturaleza multidimensional y compleja, la función atencional cumple un rol primordial para identificar y seleccionar la información relevante y necesaria dentro del heterogéneo mundo de los pacientes (Gómez, 2015). Una función atencional excesivamente focalizada puede perder de vista los diferentes aspectos biopsicosociales y los niveles de la experiencia implicados (Fernández-Alvarez, 1994; Vidal y Benito, 2002). En cada fase del tratamiento y en cada momento,

el tema central puede variar, y es dable pensar que el terapeuta preparado para escuchar a su paciente, estará mejor capacitado para abordar este cambio.

Las emociones implican tendencias de respuestas que comprenden sentimientos subjetivos, cognición y procesamiento de la información, expresión, motivación y respuestas fisiológicas. Tendencias que pueden ser moduladas de tal manera que afectan a la respuesta final. El manejo exitoso de la activación emocional permite lograr un funcionamiento social efectivo, y puede ser efectuado por uno mismo o por los otros a través de diversas estrategias. La regulación emocional implica procesos a nivel fisiológico, cognitivo y conductual, lo que permite comprender cómo las emociones organizan la atención y la actividad, facilitan acciones estratégicas para sobreponerse a los obstáculos y resolver problemas, a la vez que pueden alterar el razonamiento y la planificación, dificultando las relaciones interpersonales (Reyna y Brussino, 2009).

En el caso de los terapeutas, aquellos que presentan un nivel elevado de neuroticismo y un estilo de apego ansioso, tienden a presentar un estilo atencional activo, con una mayor preponderancia a focalizar la atención a determinados aspecto del proceso, presentando una menor tendencia a la espontaneidad en el proceso y en sus alocuciones centrándose en los objetivos terapéuticos propuestos y no alejándose de ellos. Así también otro resultado interesante a considerarse en ésta investigación ha sido la relación entre la extraversión, el estilo de apego temeroso evitativo y la función expresiva. Es interesante pensar que aquellos terapeutas que presentan un estilo de personalidad extrovertido, tenderán a presentarse más próximos a los pacientes, con una menor distancia emocional y una mayor tolerancia a la exposición frente a sus propios

estados emocionales o las reacciones emocionales que a éste le surgen producto del trabajo con el paciente.

La responsabilidad del terapeuta es crear un contexto conversacional que permita la colaboración mutua en el proceso de definición de problema y el cambio a través de la búsqueda de significados alternativos. En lo que es experto el terapeuta es en facilitar esta búsqueda a través del diálogo. Cada uno tiene su propio estilo y la terapia puede avanzar si es capaz de poner en juego ese estilo en la conversación con el paciente (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002).

El estilo personal del terapeuta es una variable que ha sido ampliamente investigada, probablemente por el afán de entender que no solamente era importante estudiar las variables del paciente en el proceso terapéutico, sino también las del profesional y que ese vínculo que se produce en el espacio terapéutico tiene una incidencia de gran importancia en el resultado del mismo.

Como símbolo del proceso realizado en la escritura de éste trabajo, cierra la presente tesis una frase Mahatma Gandhi (1869 – 1948)

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa”

Referencias

- Adán, G. (Marzo de 2013). Teoría factorial de la personalidad de Reymond Bernard Cattell. Palma, Islas Baleares , España.
- Agrest, M., Wikinski, S. (2001). Investigación en psicoterapia. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 18-19.
- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda: infant care and the growth of love*. New Jersey: John Hopkins Press.
- Anderson, T., Ogles, B., Petterson, C., Lambert, M. y Vermeersch, D. (2009). Therapit Effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of clinical psychology* , 755-768.
- Aranda, B. (2014). Correlación entre estilo personal del terapeuta y escalas clínicas del MMPI - II. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 153-162.
- Assay, T.P. y Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. En M. A. Hubble, *The herat and soukll of change: what works in therapy* (págs. 33-56). Washintong DC: American Psychological Association.
- Aveline, M. (2005). The person of the therapist. *Psychotherapy research*, 15(3), 155-164.
- Bakermans - Kranenburg, M., Van Ijzendoorn, H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non - clinical groups. *Attachment & Human Development*, 223-263.

- Bartholomew, K., y Shaver, P. (1998). Methods of assessing adult attachment Do they converge? En J. & Simpsom, *Attachment theory and close relationships* (págs. 25-45). New York: Guilford Press.
- Belloch Fuster, A. (2012). Personalidad y trastorno de la personalidad. En A. Belloch Fuster, *Tratado de trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Bentler, P. M. (2008). *EQS 6 structural equations program manual*. Encino: Multivariate Software.
- Bergin, A. y Garfield, S. (1994). *Handbook of psychoththerapy and behavior change*. John Wiley & Sons.
- Beutler, L. y Clarkin, J. . (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Beutler, L. y Harwood, T. (2000). *Prescriptive Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L., Machado, E y Allstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist Variables. En A. y Bergin, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (págs. 229-269). New York: Wiley.
- Bifulco, A., Mahon, J., Moran, P. y Jacobs, C. (2003). The vulnerable attachment style questionnaire (VASQ): an interview - based measure of attachment styles that predict depressive disorder. *Psychological Medicine*, 33(6), 1099 1110.

- Bifulco, A., Moran, J. y Ball, C. (2002). Adult attachment II: its relationship to depressive - vulnerability. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(2), 60-67.
- Bifulco, A., Moran, J., Ball, C. y Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: its relationship to clinical depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(2), 50-59.
- Blatt, S. (2007). A fundamental polarity in Psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanalytic inquiry*, 494-520.
- Bleichmar, N. (1997). *El psicoanálisis después de Freud*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (2006). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida* (5ª ed.). Madrid: Ediciones Morata.
- Brennan, K., Clark, C., Shaver, P. (1998). Self- report measurement of adult attachment: An integrative overview. En J. R. Simpson, *Attachment theory and close relationships* (págs. 47-57). New York: Guilford Press.
- Buchanan, T. y Smith, J.L. (1999). Research on the Internet: validation of a World wide web mediated personaliy scale. *Behavioral research method in instrumental computing* , 565-71.
- Bugental, D., Martorell, G., Barraza, V. (2003). The hormonal cost of subtle forms of infant maltreatment. *Hormones and Behavior*, 43, 237-244.

- Burgess, J., Jones, L., Robertson, S., Radcliffe, W., Emerson, E., Lawler, P. y Crowe, T. (1981). The degree of control exerted by phobic and non phobic subjects . *Behaviour Research and Therapy*, 233-234.
- Bustos, M. (2008). Núcleo accumbens y el sistema motivacional a cargo del apego. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46(3), 207-215.
- Carreras, M., Brizzo, A., Gonzalez, R., Mele, S., Casullo, M. (2008). Los estilos de apego en los vínculos románticos y no románticos. Estudio comparativo con adolescentes argentinos y españoles. *RIDEP*, 107-124.
- Casari, L., Albanesi, S. y Maristany, M. (2012). Análisis de las características del terapeuta de adicciones y de la relación terapéutica, desde el marco de la psicoterapia integrativa. *VII Congreso Internacional sobre abordaje de las adicciones*. San Juan.
- Cassidy, J., Shaver, P. (1999). The nature of Child's Ties. En J. Cassidy, *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications* (págs. 3 - 20). New York: The Guilford Press.
- 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. *Terapia Psicológica*, 1-13.
- Castro Solano, A. y Casullo, M. M. (2001). Rasgos de personalidad, bienestar psicológico y rendimiento académico en adolescentes argentinos. *Interdisciplinarias*, 18(1), 65-85.

- Casullo, M., Fernández Liporace, M. (1995). Evaluación de los estilos de apego en adultos. *Anuario de investigaciones - Facultad de psicología* , 183-192.
- Casullo, M., Fernández Liporace, M. (2004). Evaluación de los estilos de apego en adultos. *XII anuario de investigaciones*, 183-192.
- Cautin, R. (1998). A century of psychotherapy 1860 - 1960. En J. y. Norcross, *Handbook of Psychotherapy Integration* (págs. 3 - 38). Oxford: Oxford University Press.
- Cautin, R. (2010). A century of psychotherapy. En J. V. Norcross, *History of Psychotherapy: Continuity and change* (2º da. ed., págs. 3-38). Washintong: Amer Psychological Assn.
- Ceberio, M., Moreno, J. y Des Champs, C. (21 de 01 de 2015). *Perspectivas Sistémicas*. Obtenido de <http://www.redsistemica.com.ar/formacion3.htm>
- Chapman, B., Talbot, N., Tatman, A. y Brition, P. (2009). Personality traits and the working alliance in psychotherapy trainees: an organizing role for the five factor model. *J Soc Clin Psychol*.
- Chazenbalk, L. (2010). La incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico. *Encuentros y Desencuentros en Salud Mental - Hospital general de agudos Dr. Teodoro Alvarez*, (págs. 107-115). Buenos Aires.
- Coan, J. (2008). Toward a Neuroscience of Attachment. En J. S. Cassidi, *Handbook of attachment: theory, research, and clinical implicattions* (págs. 241-265). New York: The guilford press.

- Commission, I. T. (20 de 02 de 2015). *ITC*. Obtenido de http://www.intestcom.org/_guidelines/guidelines/users/control.html
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández Álvarez, H., Saúl, L., Botella, L., García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 125-133.
- Corbella, S., Botella, L. (2009). El terapeuta: posicionamientos, actitudes y estilos personales. En S. B. Corbella, *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes* (págs. 73-118). Madrid: Vision Net.
- Costa, P. y McCrea, R. (1992). *Revised NEO personality Inventory (NEO PI R) and NEO five factor inventory (NEO FFI) professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. y Widiger, T. (2002). *Personality disorders and the five factors model of personality* (2nd edition ed.). Washington: American Psychological Association.
- Cozolino, L. (2006). Ways of Attaching. En L. Cozolino, *The neuroscience of human relationships* (págs. 139 - 152). New York: Norton & company.
- Craik, K, Hogan, R. y Wolfe, R. (1993). *Fifty years of personality psychology*. New York: Springer Science.
- Crittenden, P. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría de apego*. . Valencia: Promolibro.
- Daniel, S. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: a review . *Clinical psychology review* , 968-984.

- DeLeon, P., Kenkel, M., Garcia - Shelton, L. y Vandenbos, G. (2010). Psychotherapy 1960 to present. En J. y. Norcross, *History of Psychotherapy* (págs. 39-62). Washintong: Amer. Psychological Asociation.
- Díaz, P. (2015). Para tratarte mejor...¿Psicólogo se nace o se hacce? En E. Vega, *Clínica de niños y adolescentes ¿qué hay de nuevo?* (págs. 337-368). Buenos Aires: Lugar editorial.
- Diccionario Etimológico.* (s.f.). Recuperado el 29 de 09 de 2013, de <http://etimologias.dechile.net/?apego>
- Diccionario etimológico.* (28 de 01 de 2015). Obtenido de <http://etimologias.dechile.net/?personalidad>
- Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscius*. New York: Ba-sic Books.
- Eysenbach, G. y Wyatt, J. (2002). using the internet for surveys and Health Research. *Journal of medical internet research, 4(2)*, e13.
- Eysenbach, G., Powell, J. y Sa Eun - Ryoung . (2002). Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. *JAMA*, 2691-700.
- Eysenck, H. y Eysenck, M. (1985). *Personality and individual differences* . New York: Plenum Press.
- Fazeli, S. (2012). The exploring nature of the assesment instrument of big five factors of personality traits in the current studies of personality. *Asian social science(8)*, 264 - 275.

- Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández - Álvarez, H. (2015). Presente y futuro de la investigación en psicoterapia. *Psciencia. Revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 68-78.
- Fernández Álvarez, H. (1998). El estilo personal del psicoterapeuta. En L. A. Oblitas Guadalupe, *Quince enfoques terapéuticos contemporáneos*. México: El manual moderno.
- Fernández Álvarez, H. (2011). El campo de la psicoterapia. En F. Á. (comps), *Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos* (págs. 13 - 43). Buenos Aires: Polemos.
- Fernández Álvarez, H. y Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Barcelona: Paidós.
- Fernández Álvarez, H., Castañeiras, C., Curtarelli, A., García, F., Gómez, B., Lichtenberger, A. y Corbella, S. (enviado a publicación). (s.f.). Presentación de una Guía para la observación y Clasificación de la conducta verbal de los terapeutas. *Terapia Psicológica*.
- Fernández Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., Corbella, S. (2003). Assesment Questionnaire on the Personal Style of the therapist PST - Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125.
- Fernández Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., y Corbella, S. (2000). Estilos personales de terapeutas psicoanalíticos, cognitivos e integrativos. *2º Congreso Latinoamericano de Pesquisa em Psicoanalise e psicoterapia*. Gramado, Brasil.

- Fernández Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J y Corbella, S. (2003). Assessment Questionnaire on The Personal Style of The Therapist PST - Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125.
- Florez, L., Giuliani, M., Giulio, M. (s.f.). *seadpsi*. Recuperado el 29 de 09 de 2013, de http://www.seadpsi.com.ar/congresos/cong_marplatense/iv/trabajos/trabajo_350_845.pdf
- Fonagy P. (13 de 05 de 1999). *Aperturas Psicoanalíticas*. Recuperado el 30 de 09 de 2013, de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>
- Fonagy, P. (1999). Figuras Significativas. Teoría del apego. *Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo*. Washington, DC.: Asociación Psicoanalítica Americana.
- Fonagy, P. (2004). *Aperturas Psicoanalíticas*. Recuperado el 12 de 08 de 2013, de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000539&a=-Teoria-del-apego-y-psicoanalisis>
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and Healing: A comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press [Traducción española, Buenos Aires, Troquel, 1977].
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of psychotherapy*.
- Freud, S. (1978). *Tres ensayos sobre la teoría sexual*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S., y Rosenthal, L. (1998). *Esquema del psicoanálisis*. Debate.
- Galfré, O. y Frascino, G. (21 de 01 de 2015). *Perspectivas Sistémicas* . Obtenido de <http://www.redsistemica.com.ar/galfre2.htm>
- García Rizzo, C. (2008). *Estudio piloto sobre el vínculo entre el Estilo Personal del Terapeuta, la alianza terapéutica y las características psicopatológicas del paciente. Tesis de grado*. Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina.
- García, F., Castañeiras, C., Gómez, B. y Fernández Álvarez, H. (2009). New developments on the personal style of the therapist. Santiago de Chile, Chile.
- García, F., Fernández Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 121-128.
- García, G., Corbella, S., Saúl, L., Fernández - Álvarez, H. y Botella, L. (2008). Personal Style of the Therapist and Personality. *SpR annual meeting Barcelona*. Barcelona.
- Genise, G. (2015). Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta. *Psicodebate*, 15(1).
- Goldberg, L. (1982). From ace to zombies, some explorations in the lenguaje of personality. En C. y. Spielberg, *Advances in personality assessment* (págs. 203-234). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Goldstein, A, P. y Myers, C. R. (1986). Relationship-enhancement methods. En F. y. Kanfer, *Helping people change: a textbook of methods* (3ra ed., págs. 19-65). Nueva York: Pergamon.
- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 1 - 21.
- Gómez, B. (2011). Abordajes de perturbaciones asociadas a enfermedades físicas crónicas. En H. (. Fernández Álvarez, *Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y sus procedimientos* (págs. 239 - 266). Buenos Aires: Polemos.
- Gómez, B. (2015). *El estilo personal del terapeuta en Psicooncología*. Buenos Aires: Universidad del Salvador.
- Greenspan, M. y Kulish, N. (1985). Factors in premature termination in long - term psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 22(1).
- Hardy, G., Aldridge, J, Davidson, C., Rowe, C., Reilly, S. y Shapiro,D. (1999). Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client- identified significant events in psychodynamic - interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 36-53.
- Harlow, H. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 673.
- Hazar, C. y Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 511-524.
- Hellman, I., Morrison, T. y Abramowitz, S. (1987). Therapist flexibility / Rigidity and work stress. *Professional Psychology: Research and practice*, 21-27.

- Hermosa Bosano, C. (2010). *Influencia de los Rasgos de Personalidad y el Estilo Personal del Terapeuta Aprendiz sobre las Percepciones de la Alianza Terapéutica "Tesis de grado no publicada"*. Universidad San Fransisco de Quito, Quito, Ecuador.
- Hersoug, A., Hoglend, P., Havik, O., Von der Lippe, A., Monsen, J. (2009). Therapist characteristic influencing the quality of alliance in long term psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy* , 100-110.
- Hill, C. E. y Knox, S. (2002). *Self-disclosure therapeutic relationships that works. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Hillman, J., y Ventura, M. . (1992). *We've had a hundred years of psychotherapy--And the world's getting worse*. San Francisico: HarperSanFrancisco.
- Holloway, E. y Wampold, B. (1986). Relation between conceptual level and counseling-related tasks: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 33(3), 310.
- Holmes, J. (2001). Attachment, Anxiety, internal working models . En J. Holmes, *John Bowlby & attachment theory*. New York: Routledge.
- Hubble, M.A., Duncan, B. L. y Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: what works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Hunt, D., Carr, J., Dagodakis, C. y Walker, E. (1985). Cognitive match as a predictor of psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 22, 718-721.

International Test Commission. (27 de 10 de 2014). *ITC*. Obtenido de ITC:
http://www.intestcom.org/_guidelines/guidelines/users/quality.html

John, O., Naumann, L. y Soto, C. (2008). Paradigm Shift to the integrative Big Five trait Taxonomy. History, measurement and conceptual issues. En O. R. John, *Handbook of personality. Theory and research* (págs. 114 - 158). New York: The Guilford Press.

John, O., Robins, R. y Pervin, L. (2008). *Handbook of Personality* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.

Kirsh, S., J. y Cassidy, J. (1997). Preschoolers attention to and memory for attachment - relevant information. *Child Development*, 68, 1143-1153.

Kottle, J. (1993). *On being a therapist*. San Fransisco: Jossey Bass Publishers.

Krause, M. (2001). ¿Subjetividad del cambio o cambio subjetivo? *Trabajo presentado en coloquio realizado en la Escuela de Psicología de la Pontífica Universidad Católica de Chile* . Santiago de Chile.

Laak, J. (1996). Las cinco grandes dimensiones de la personalidad. *Revista de Psicología de la PUCP*, 14(2), 129- 181.

Lagache, D. (1961). El psicoanálisis y la estructura de la personalidad. *perspectives structurales*(6), 5-54.

Laín, E. (1972). *La medicina hipocrática*.

Lambert, M. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 469-485.

- LIDDLE, H. A. (1982). On the Problems of Eclecticism: A Call for Epistemologic Clarification and Human-Scale Theories. *Family Process*, 243-250.
- Liemann Hernández, E. (2010). El escuchar como elemento esencial en la psicoterapia. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 133 - 134.
- MacLeod, C., Mathews, A. y Tata, P. (1986). Attentional Bias and Emotional Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 15-20.
- Magni, X. (2013). Estilo personal del terapeuta, en profesionales que trabajan en maltrato infantil. Mendoza, Mendoza, Argentina: Universidad del Aconcagua.
- Malik, M. L., Fleming, J., Penela, V., Harwood, M. T., Best, S. y Beutler, L. (2002). 33th Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research. *Wich therapist for wich client? The interaction of therapist variation and client characteristics in affecting rates of change: An effectiveness study*. San Francisco, USA.
- Maristany, M. (2008). Diagnóstico y Evaluación de las Relaciones Interpersonales y sus Perturbaciones. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19-36.
- Mathews, A. y MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behaviour research and therapy*, 563-569.
- McCrae, A. y Costa, P. (2008). The five factor theory of personality. En O. R. John, *Handbook of personality. Theory and research* (págs. 159 - 181). New York: The Guilford Press.
- McNair y Lorr. (1964). An analysis of mood in neurotics. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 620.

- Mikulincer, M., Shaver, P. y Pereg, D. (2003). Attachment Theory and Affect Regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 77-102.
- Mikulincer, M., Shaver, P., Pereg, D. (2003). Attachment Theory and Affect Regulation: The dynamics, Development, and cognitive consequences of Attachment - Related Strategies . *Motivation and Emotion*, 77-102.
- Millon, T. y Davis, R. (2001). *Trastorno de personalidad, principios clásicos*. Barcelona: Masson.
- Montuori, E. (2013). El duelo visto desde la teoría del apego. *Revista de la asociación de psicoterapia de la República Argentina*, 6, 1-26.
- Moratalla, N., Sueiro Villafranca, E. (2008). *Células madre y vínculo de apego en el cerebro de la mujer*. Madrid: Universidad de Navarra.
- Moura de Carvalho, H., Corbella, S. y Mena Matos, P. (2011). Confirmatory factor analysis of the portuguese brief version of the personal style of the therapist questionnaire (PST - Q). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 79-90.
- Murphy, G. y Jensen, F. (1932). *Approaches to personality: some contemporary conceptions used in psychology and psychiatry*. New York: Coward - McCann.
- Norma, W. (Department of psychology). 2,800 personality trait descriptors: Normative operating characteristics for a university population. *Unpublished paper*, University of Michigan.

- O'Gorman, S. (2012). Attachment Theory, Family system theory, and the child presenting with significant behavioral concerns. *Journal of systemic Therapies*, 31(3), 1-16.
- Orlinsky, D. E. (1986). Process and outcome in psychotherapy and behavior change. En S. L. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (Third edition ed.). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E. (1994). Process and outcome in psychotherapy - Noch einmal. En A. E. Bergin, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (Fourth edition ed., págs. 270 - 376). New York: Wiley.
- Paolicchi, G., Kohan, Cortada, A., Colombres, R., Botana, H., Maffezzoli, M., Pennella, M., Abreu, L., Bozzalla, L., Sorgen, E. y Bosoer, E. (2013). Estudio preliminar de una escala para evaluar el tipo de apego adulto. *V congreso internacional de investigación y proáctica profesional en psicología XX jornadas de investigación noveno encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR* (págs. 120-123). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Parkinson, L. y Rachman, S. (1981). Intrusive thoughts: the effects of an uncontrived stress. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 111-118.
- Parloff, M. (1986). Frank's "common elements" in psychotherapy: nonspecific factors and placebos. *American journal of Orthopsychiatry*, 56(4).
- Patterson, V., Levene, H. y Breger, L. (1971). Treatment and training outcomes with two time limited therapies . *Archives of General Psychiatry*, 161-167.

- Porges,S. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International journal of psychophysiology*, 24, 123-146.
- Picardi, A., Caroppo, E., Toni, A., Bitetti, D. y Di Maria, G. (2005). Stability of Attachment - related anxiety and avoidance and their relationship with the five factor model and psychological model of personality. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*, 78, 327-345.
- Piñero, J. M. L., Entralgo, P. L. y Meseguer, J. M. M. (1970). *Neurosis y psicoterapia: un estudio histórico*. Espasa-Calpe.
- Plaisant, O., Guertault, J., Courtois, R., Réveillère, C., Mandelsohn, G. y John, O. (2010). Histoire des big five: OCEAN des cinq grand facteurs de la personnalité. Introduction du Big Five inventory francais ou BFI - Fr. . *Annales médico - psychologiques*, 481-486.
- Porges, S. (2003). The polyvagal theory: psylogenetic contributions to social behavior. *Psysiology & behavior* , 503-513.
- Portu Zampirain, N. (2010). *El apego con el padre y la madre en la segunda infancia y su relación la autoestima*. País Vasco: Universidad del País Vasco.
- Quiñones, A. M. (2010). Estudio psicométrico del cuestionario de evaluación del estilo personal del terapeuta (EPT - C) en psicoterapeutas acreditados en Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 273-381.
- Reyna, C. y Brussino, S. (2009). Relación entre regulación emocional, emocionalidad, control inhibitorio y atención focalizada. Buenos Aires, Argentina: I Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología XVI

jornadas. Quinto encuentro de investigadores en Psicología del MERCOSUR.
Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

Rial, V., García, F., Castañeiras, C., Gómez, B. y Fernández Álvarez, H. (2006). Estilo personal del terapeuta que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuanti y cualitativo. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 2(98), 191-208.

Rohnett Ramires, V., Scheffel Schneider, M.,. (Marzo de 2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representacao. *Psic Teor e Pesq*, 26(1).

Roisman, G. (2009). Adult Attachment. Toward a Rapprochement of methodological cultures. *Current directions in psychological science*, 18(2), 122-126.

Safran, J. D. y Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.

Safran, L. & Muran, J. . (2005). *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional*. Barcelona : Desclée de Brouwer.

Sampieri, R., Collado, C. y Lucio, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. Estado de México: McGraw.

Santelices - Alvarez, P., Garrido - Rojas, L., Fuentes - Fuentes, M., Guzman - Gonzalez, M., Lizano - Martinez, M. (2009). Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Universitas Psychologica*, 8(2), 413-422.

- Santibañez Fernandez, P., Román Mella, M. y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *interdisciplinaria*, versión online.
- Scandell, D., Wlazelek, B. y Scandell, R. (1997). Personality of the therapist and theoretical orientation. *The Irish journal of Psychology*, 413-418.
- Scheler, M. F., tr Gaos, J., & pról Romero, F. (1971). *El puesto del hombre en el cosmos*.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G. y Pedrón, V. (2010). Modelo psicobiológico de personalidad de Eysenck. Una historia proyectada hacia el futuro. *Revista internacional de psicología*, 11(2), 1-21.
- Schore, J., Schore A. (2008). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clinical Social work journal*, 9 -20.
- Scogin, F., Bowman, D., Jamison, C., Beutler, L., Machado, P. (1994). Effects of initial severity of dysfunctional thinking on the outcome of cognitive therapy. *Clinical Psychological and Psychotherapy*, 179-184.
- Scoufe, A., Siegel, A. (2012). The case for attachment theory. *Psychotherapy Networker* , 1-6.
- Scoufe, A., Siegel, A. (2012). The case for attachment theory. *Psychotherapy networker*, 1-6.
- Sendrail, M. (1980). *Histoire culturel de la maladie* . Toulouse: Privat.

- Shaver, P., R. y Brennan, K., A. (1992). Attachment style and the "Big Five" personality traits: Their connections with each other and with romantic relationship outcomes. *Personality and social psychology bulletin*, 18, 536 - 545.
- Siegel, D. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, "mindsight", and neural integration. *infant mental health journal*, 22(1-2), 67-94.
- Siegel, D. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, mindsight and neural integration. *Infant mental health journal*, 22(1), 67-94.
- Siegel, D. (2007). Apego. En D. Siegel, *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser* (págs. 111-180). Madrid: Desclée de Brouwer.
- Simkin, H., Etchezahar, E. y Ungaretti, J. (2012). Personalidad y autoestima desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *Hologramatica*, 171-193.
- Smith, M. L., Glass, G.V. y Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. NJ: John Hopkins University Press.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The psychoanalytic study of the child*, 53-74.
- Squicciarini, L. y Otis, M. (2014). Therapist Characteristic 's effect on Attrition. *The society for social work and research 2014 annual conference*. San Antonio, Texas.

- Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E. y Collins, A. (2005). *The development of the person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York: The Guilford Press.
- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation*. New York: Basic Books.
- Tenorio de aguiar, S., Santelices, M., Pérez, J. (2009). Apego, sensibilidad paterna y patrón de interacción del padre con su primer bebé. *Revista argentina de clínica psicológica*, 18(1), 51-58.
- Tremblay, J., Herron, W. y Shultz, C. (1986). Relation between therapeutic orientation and personality in psychotherapists. *Professional Psychology: Research and practice*, 106-110.
- Valls, P. (11 de 01 de 2015). *Hipnológica*. Obtenido de Freud y la Hipnosis: <http://www.hipnologica.org/index.php/articulos-1/historia/11-freud-y-la-hipnosis>
- Vázquez, L. y Gutierrez de Vázquez, M. (2015). Orientación teórico - técnica y estilo personal del terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 133 - 142.
- Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología, Rol y estilo personal*. Buenos Aires: Lugar.
- Vega, E. (2011). El apego en contextos clínicos institucionales. *Pser - Integrativo*, 5.
- Vidal y Benito, M. d. (2002). Factores que influyen en el funcionamiento Psicosocial del Paciente oncológico. *Factores que influyen en el funcionamiento Psicosocial*

del Paciente oncológico. Tesis de doctorado de la Universidad de Buenos Aires.

Buenos Aires.: Area de Salud Mental. Facultad de Medicina, UBA.

Vides Porras, A., Graziozo, M. P. y García de la Cadena, C. (2012). El estilo personal del terapeuta guatemalteco en el interior del País. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 33-42.

Wachtel, P. L. (2011). *Therapeutic Communication. Knowing what to say when* (Second edition ed.). New York: The Guilford Press.

Walton, D. (1978). An exploratory study: Personality factors and theoretical orientations of therapies. *Psychotherapy, research and practice*, 390-396.

Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate models, methods and findings*. Mahwah: Erlbaum.

Wampold, B. E. (1997). Metodological problems with identifying efficacious psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 21-43.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. NJ: Erlbaum.

Winkler, M., Caceres, C., Fernández, I., Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista terapia psicológica*, 34 - 40.

Wood, E. y Riggs, S. (2007). Predictors of child molestation. Adult attachment, cognitive distortions and empathy. *journal of interpersonal violence* , 23(2), 259-275.

Yusof, Y., Carpenter, J. (2013). A survey of family therapist adult attachment styles in the United Kingdom. *Contemp Fam Ther*, 452-464.

Zeijlmans Van Emmichoven, I., A., Van Ijzendoorn, M., H., De Ruiter, C. y Brosschot, J., F. (2003). Selective processing of threatening information: Effects of attachment representation and anxiety disorder on attention and memory. *Development & Psychopathology*, 15, 219-237.

“Anexos”



Formulario de Consentimiento Informado

Ética y Responsabilidad en Psicoterapia

El investigador abajo firmante me ha explicado y he comprendido que está realizando un trabajo de investigación en la Facultad de Psicología de la Universidad de Flores (UFLO), cuya finalidad es conocer e indagar sobre *la relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y características de la personalidad según el modelo de los Big Five*. En este trabajo participarán aproximadamente **200** terapeutas desde *Diciembre* de 2013 y hasta que se complete la muestra.

En el caso de acceder a participar en esta investigación, se me ha informado que mi participación durará aproximadamente entre **20** y **30** minutos. Mi participación en la investigación consistirá en contestar diferentes preguntas. Dicha participación es voluntaria y los datos brindados serán tratados de manera confidencial y en cualquier momento o instancia puedo dejar sin efecto la presente autorización (incluso durante la realización del cuestionario) sin necesidad de brindar razones.

Por otro lado se me ha informado que mis respuestas u opiniones serán de conocimiento del equipo de investigación. Asimismo, se me ha explicado que los resultados de la presente investigación podrán ser presentados y/o publicados en revistas científicas, siendo preservadas mi identidad, conforme la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados en caso de solicitarlos y que a la Universidad de Flores es a quien tengo que contactar en caso de que tenga alguna pregunta del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo.

Acepto participar en esta investigación.

Investigador: **Gabriel Genise**

:

DATOS PERSONALES

Por favor complete los datos siguientes:

Apellido y Nombre (*sólo si desea consignarlo*):

Fecha: .../..../....

1. Edad:

2. Sexo:

3. Nacionalidad:

Ejercicio de la psicoterapia:

4. Años de experiencia:

5. País donde ejerce:

6. Ciudad:

7. Orientación Teórica	
a. Cognitiva	
b. Human - Existencial	
c. Psicoanálisis	

8. Edad Pac.	
1. Niños y Adol.	
2. Adultos	
3. 3° edad	

9. Modalidad Terapéutica	
1. Individual	
2. Pareja	
3. Familiar	

d.	
Otra.....	
e. Integración de varias	

4. Grupos	
-----------	--

10. Duración prom. De los trat.	11. Patología
1. breve (<i>hasta 6 meses</i>)	1. Ansiedad
2. intermedio (<i>hasta 2 años</i>)	2. Trast. De personalidad
3. Prolongado (<i>más de 2 años</i>)	3. Adicciones
	4. Trastornos severos (psicosis)
	5. Trastornos de la comunicación
	6. Disfunciones Sexuales
	7. Otros

BFI

Aquí tiene un listado de características que usualmente se utilizan para describir a las personas. Deberá indicar en qué medida la frase lo describe adecuadamente. Si está completamente de acuerdo con la descripción, marque con una cruz 5. Si está en completo desacuerdo marque 1. Si no está ni de acuerdo ni en desacuerdo marque 3.

<i>Yo me veo a mi mismo como alguien....</i>	1	2	3	4	5
1. A quien le gusta hablar					
2. Que tiende siempre a encontrar fallas en los demás					
3. Que tiene capacidad para finalizar una tarea					
4. Que es depresivo/a o triste					
5. Que es original y a quien se le ocurren nuevas ideas					
6. Que es reservado/a					
7. Que ayuda a los demás y no es egoísta					
8. Que puede ser un poco descuidado/a					
9. Que es relajado/a y que maneja bien los problemas					
10. Que es curioso/a respecto de las cosas					

11. Que está lleno/a de energía					
12. Que empieza peleas con los demás					
13. Que es un trabajador/a confiable					
14. Que puede ser tenso/a					
15. Que es ingenioso/a					
16. Que siempre genera mucho entusiasmo					
17. Que tiene una naturaleza por lo cual puede perdonar					
18. Que tiende a ser desorganizado/a					
19. Que se preocupa mucho por todo					
20. Que tiene una imaginación muy activa					
21. Que tiende a ser callado/a					
<i>Yo me veo a mi mismo/a como alguien</i>	1	2	3	4	5
22. Que generalmente es muy confiable					
23. Que tiende a ser perezoso/a					
24. Que es emocionalmente estable y que no se altera fácilmente					
25. Que es imaginativo/a					
26. Que tiene una personalidad asertiva					
27. Que puede ser frío/a y distante					

28. Que persevera hasta que las tareas estén terminadas					
29. Que puede tener alteraciones en los estados de ánimo					
30. Que tiene valores artísticos					
31. Que a veces es tímido/a e inhibido/a					
32. Que es muy considerado/a y amable con los demás					
33. Que hace las cosas de modo eficiente					
34. Que permanece calmado/a en situaciones tensas					
35. Que prefiere el trabajo rutinario					
36. Que es sociable					
37. Que a veces puede tratar mal a los demás					
38. Que puede fijarse metas y seguirlas					
39. Que se pone nervioso/a fácilmente					
40. A quien le gusta pensar y reflexionar					
41. Que tiene pocos intereses artísticos					
42. A quien le gusta cooperar con los demás					
43. Que se distrae fácilmente					
44. Que tiene gustos sofisticados en arte, música o literatura					

TIPOS DE APEGO NO ROMÁNTICOS

Lea las siguientes frases. Marque su respuesta pensando en su forma de ser y sentir. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sea sincero/a al responder. Coloque los números correspondientes (1, 2, 3,4) al lado de cada frase sobre la base de las puntuaciones siguientes:

- 1.** Casi nunca **2.** A veces **3.** Con frecuencia **4.** Casi siempre

RESPONDA PENSANDO EN SUS AMIGOS, PARIENTES O RELACIONES <u>NO</u> ROMÁNTICAS

1	Aunque quiera, es difícil para mí confiar en otra persona	
2	Deseo relacionarme afectivamente con alguien, pero en general me siento rechazado	
3	Me siento bien cuando evito compromisos emocionales con otra persona	
4	Pienso que las relaciones afectivas pueden lastimarme	
5	Siento que los demás no me valoran como yo los valoro a ellos	
6	Necesito sentirme independiente, sin compromisos afectivos	
7	Me preocupa poco estar solo/a, sin relaciones sentimentales estables	
8	Comprometerme en relaciones afectivas me da miedo	
9	Me siento mal cuando no tengo relaciones afectivas duraderas	
10	Me incomoda depender emocionalmente de otra persona y que dependan de mí	

11	Me preocupa poco sentirme rechazado/a, por otra persona	
----	---	--

TIPOS DE APEGOS ROMÁNTICOS

Lea las siguientes frases. Marque su respuesta pensando en su forma de ser y sentir. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sea sincero/a al responder. Coloque los números correspondientes (1, 2, 3, 4), al lado de cada frase sobre la base de las puntuaciones siguientes:

1. Casi nunca 2. A veces 3. Con frecuencia 4. Casi siempre

**RESPONDA PENSANDO EN UNA PAREJA ROMÁNTICA QUE TENGA, HAYA
TENIDO O DESEE**

1	Aunque quiera, es difícil para mí confiar en mi pareja	
2	Deseo relacionarme románticamente con alguien, pero en general me siento rechazado	
3	Me siento bien cuando evito compromisos emocionales románticos con otra persona	
4	Siento que mis parejas no me valoran como yo las valoro a ellas	
5	Necesito sentirme independiente, sin compromisos afectivos	
6	Me preocupa poco estar solo/a, sin relaciones sentimentales estables	
7	Comprometerme en relaciones románticas afectivas me da miedo	
8	Me incomoda depender emocionalmente de mi pareja y que esta dependa de mí	
9	Me preocupa poco sentirme rechazado/a por mi pareja	

EPT - C

Total desacuerdo // 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 || Total acuerdo

01	Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada	
02	Procuro que los pacientes se adecuen al formato habitual de mi trabajo.	
03	Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión	
04	Mantengo un bajo nivel de involucración con los pacientes para actuar con más objetividad	
05	Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre.	
06	Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento	
07	Me siento más inclinado a acompañar al paciente en su exploración que a señalarle los caminos a seguir	

08	Evito comunicarme a través de gestos y expresiones muy emotivas	
09	Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios	
10	Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración	
11	La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio	
12	Muchos cambios importantes. en el curso de un tratamiento requieren que el terapeuta opere con un bajo tono emocional.	
13	Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes.	
14	Los cambios de consultorio afectan negativamente los tratamientos.	
15	Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso	
16	Me considero un terapeuta que trabaja con un encuadre flexible.	

17	Me resulta útil revelar algunos de mis aspectos personales en las sesiones.	
18	Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas	
19	Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio.	
20	Las mejores intervenciones en un tratamiento surgen de modo espontáneo.	
21	Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal	

Total desacuerdo // 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 - 7 \\ Total acuerdo

22	En mis intervenciones soy predominantemente directivo.	
23	Pienso bastante en mi trabajo, aun en mis horas libres.	
24	Evito revelar a mis pacientes mis estados emotivos	
25	Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia.	
26	La distancia emocional con los pacientes favorece los procesos de cambio	
27	Nunca modifco la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible	
28	Si algo me irrita durante una sesión puedo expresarlo	
	Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos.	

29		
30	Prefiero saber de antemano a qué cosas debo prestar atención en las sesiones.	
31	Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir.	
32	Me interesa trabajar con pacientes que presentan problemas focalizados.	
33	Procuro dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones	
34	Tengo en mente los problemas de los pacientes mas allá de las sesiones	
35	Soy bastante laxo con los horarios.	
36	Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención	