



**Estilo Personal del Terapeuta y su Relación con la Diferenciación del Self, la
Autocompasión y la Reactividad Interpersonal**

Lidia Benito Martínez

Universidad Pontificia Comillas

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Tutor: Gonzalo Aza Blanc

24 de mayo de 2022

Tabla de contenido

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Método	15
<i>Diseño</i>	15
<i>Participantes</i>	15
<i>Instrumentos y variables</i>	17
<i>Procedimiento</i>	20
<i>Análisis de datos</i>	21
Resultados	25
Discusión	32
<i>Limitaciones</i>	36
<i>Líneas futuras de investigación</i>	38
<i>Conclusiones</i>	39
Referencias	41
Apéndices	47

Resumen

El Estilo Personal del Terapeuta (EPT) define un constructo multidimensional que integra los rasgos y aptitudes del terapeuta en la forma de realizar la terapia. El objetivo de este trabajo es relacionar el EPT con la realización o no de terapia personal por parte del terapeuta, y con escalas relacionadas con los constructos de autocompasión, empatía y diferenciación del *self*. Para ello, se ha utilizado una muestra de 152 estudiantes de máster en psicología, e instrumentos validados para medir las escalas de interés. Los resultados indican escasa relación entre el EPT y haber realizado un proceso terapéutico personal, salvo en la función operativa. Asimismo, se encuentran relaciones significativas entre algunas dimensiones del EPT y la autocompasión, la reactividad interpersonal y la diferenciación del *self*. Dichos resultados evidencian la importancia de los constructos analizados en la formación del EPT, y abren nuevas vías de investigación en la influencia del EPT en el establecimiento de la alianza terapéutica.

Palabras clave: Estilo personal del terapeuta, reactividad interpersonal, diferenciación del *self*, autocompasión, psicoterapia personal

Abstract

Personal Style of the Therapist (PST) defines a multidimensional construct that integrates the therapist's traits and aptitudes in the way of performing therapy. The objective of this work is to relate the PST with having carried out or not a personal therapy by the therapist, and with scales related to the constructs of self-compassion, empathy and differentiation of self. To do this, a sample of 152 psychology master's students has been used, and validated instruments to measure the scales of interest. The results indicate little relationship between the PST and having carried out a personal therapeutic process, except in the operative function. Also, significant relationships have been found between some dimensions of the PST and self-compassion, interpersonal reactivity and differentiation of self. These results show the importance of the constructs analyzed in the formation of the PST, and open new avenues of research on the influence of the PST in the establishment of the therapeutic alliance.

Keywords: Personal style of the therapist, interpersonal reactivity, differentiation of self, self-compassion, personal psychotherapy

Introducción

El terapeuta es considerado cada vez más como un elemento esencial dentro del sistema en el que se desarrolla la psicoterapia, influyendo en el mismo de forma significativa. Estudios recientes incluso afirman que, dentro de los factores comunes que influyen en el proceso terapéutico, algunos dependientes del terapeuta y de su relación con el paciente, tienen más influencia en el resultado de la terapia que el propio enfoque o método utilizados (Wampold e Imel, 2015; Norcross y Lambert, 2011). Esto ha motivado un incremento en el interés de estudiar las variables relacionadas con el propio terapeuta y su influencia en la terapia.

De entre estos factores de interés que tienen influencia en la alianza terapéutica, destacan los englobados en el llamado Estilo Personal del Terapeuta (EPT) (Corbella y Botella, 2003), que se ha definido como el conjunto de “*las características que cada terapeuta imprime a su actividad clínica como resultado de su particular manera de ser, más allá del foco de su trabajo y de los requerimientos específicos de la tarea*” (Casari et al., 2018, p. 466). Los mismos autores ponen de manifiesto en este trabajo la importancia de relacionar el EPT con el proceso terapéutico y su resultado:

Si el funcionamiento interpersonal del paciente influye en la puntuación de la alianza terapéutica, parece evidente la importancia del estilo del terapeuta y sus intervenciones para entender cómo va desarrollándose la relación entre el terapeuta y el paciente y como se va estableciendo la alianza entre ambos.
(Corbella y Botella, 2003, p. 215)

La investigación reciente ha arrojado cierto consenso en la definición de cinco funciones que constituyen el EPT, a saber: *Función Atencional, Función Instruccional, Función Involucración, Función Expresiva y Función Operativa* (Casari et al, 2019a). La medida de estas funciones en población española ha sido validada en Prado-Abril et. al,

(2019) para el cuestionario EPT-C (Fernández Álvarez et al., 2003), con resultados satisfactorios, lo cual convierte a dicho cuestionario en el instrumento más adecuado para estudiar el EPT en el presente trabajo. En particular, en dicho cuestionario EPT-C la *Función Atencional* considera el estilo del terapeuta a la hora de obtener información y escuchar al paciente. Las puntuaciones bajas indican que la atención del terapeuta es más abierta, mientras que las puntuaciones elevadas sugieren una atención más focalizada. La *Función Instruccional*, por su parte, mide el grado de rigidez o flexibilidad de la definición del encuadre psicoterapéutico, indicando mayor rigidez con puntuaciones mayores, y viceversa. La *Función Involucración* considera el grado de compromiso del terapeuta, incluyendo aspectos como la habilidad para poder desconectar de las circunstancias de cada paciente entre sesiones. El valor de puntuación está directamente relacionado con el nivel de involucración. La *Función Expresiva* considera el estilo del terapeuta para comunicarse, y tiene en cuenta elementos como el uso de auto revelaciones como parte de la terapia, o el grado de expresividad emocional. Mayor formalidad y distancia en la relación se indica con puntuaciones bajas, mientras que una alta puntuación indicaría más cercanía con el paciente. Finalmente, la *Función Operativa* tiene en cuenta la forma en la que el terapeuta interviene a nivel técnico, teniendo en cuenta circunstancias como la estructura o la planificación de la sesión. Puntuaciones altas indican estilos más estructurados, mientras que las puntuaciones más bajas apuntan a un estilo más espontáneo.

Motivados por la hipótesis de que el EPT puede influir en la efectividad de las terapias, existen numerosos trabajos previos que estudian la relación entre el EPT y variables relacionadas con el terapeuta. Más concretamente, Genise (2015) relaciona factores de personalidad del terapeuta y su estilo de apego, con el EPT. En sus conclusiones, indica que existe correlación significativa, aunque de bajo efecto, entre el rasgo de personalidad

de *Apertura a la Experiencia* y la función de *Involucración* del EPT. Casari (2017) estudió dicha relación entre el EPT y rasgos de personalidad en psicoterapeutas especialistas en adicciones. Sus conclusiones indican que existe una diferencia significativa entre las menores puntuaciones en la función *Involucración* de los terapeutas de adicciones con respecto a las puntuaciones mayores en dicha función para el resto de los terapeutas analizados. Por otro lado, se encontraron diferencias en el EPT en relación con el contexto de trabajo, los años de experiencia, la edad y el enfoque teórico. Estrada (2014) realiza un análisis correlacional entre rasgos de personalidad y el EPT, reportando una correlación significativa negativa entre la función atencional del EPT y altas puntuaciones en hipomanía. Asimismo, Varela (2019) estudia el impacto que los agentes involucrados en una terapia siguiendo un modelo sistémico-narrativo pueden tener sobre la formación del EPT, proponiendo consejos a terapeutas en formación para que modelen su propio estilo personal. Esos consejos van desde plantearse la distinción entre lo que se pretende hacer en una terapia y lo que finalmente se hace, hasta crear consciencia sobre la influencia de los agentes externos en la formación de dicho estilo personal. Por su parte, Meizoso (2020) definió perfiles de EPT en psicoterapeutas en formación en función de sus rasgos de personalidad, utilizando un análisis de conglomerados, que dio lugar a la identificación de 5 perfiles de EPT diferenciados en función de rasgos de personalidad de diferentes escalas. Corbella et. al. (2009) presentaron aportaciones de la teoría de la mente en la psicoterapia, y en particular en el EPT. Según los autores, las competencias que aporta la teoría de la mente en un terapeuta influyen sobre su estilo personal, y sobre sus habilidades para adaptarse al cliente. Los autores indican que la función instruccional del EPT (relacionada con el grado de rigidez vs. flexibilidad) tiene influencia directa sobre la capacidad del terapeuta de establecer la alianza terapéutica, pues la flexibilidad permite una mejor adaptación a las necesidades del cliente. Por otro lado, Casari et al. (2019a)

afirman que el EPT es un constructo con cierta estabilidad, pero que puede ser modificado durante la vida del terapeuta debido a diferentes experiencias y vivencias.

Aunque, como hemos visto, la relación del EPT con los rasgos de personalidad del terapeuta cuenta con cierta evidencia científica, existen múltiples variables que aún siguen sin ser exploradas en su relación con el EPT, y cuya relación con el mismo se puede hipotetizar. Uno de estos factores es el hecho de que el psicoterapeuta haya realizado una *psicoterapia personal*. Existen múltiples estudios que evidencian el beneficio que para los psicoterapeutas supone la realización de un proceso personal. En Norcross (2005) se resume la experiencia del autor durante 25 años realizando este tipo de estudios, concluyendo que la terapia personal debería ser central en el desarrollo profesional de los terapeutas. En un estudio reciente, Ziede y Norcross (2020) afirman que la terapia personal supone un elemento clave en la formación y el cuidado de los psicoterapeutas. Por su parte, Moe y Thimm (2021) presentan una revisión sistemática sobre la terapia personal del psicoterapeuta y su relación con la propia terapia, indicando que en autoinformes provenientes de terapeutas ellos mismos reportan beneficio en características importantes del terapeuta, entre ellas, la alianza terapéutica. Sin embargo, aunque indican que los estudios analizados no reportan correlación entre el hecho de haber realizado terapia personal y la efectividad de la propia terapia, señalan que gran parte de los estudios que analizan evidencian errores o limitaciones metodológicas. Esto, según los autores, motiva la necesidad de investigación en este ámbito. No se han encontrado trabajos previos que relacionen el EPT con el hecho de realizar o no terapia.

Por otra parte, además del hecho de realizar terapia por parte del terapeuta, existen múltiples variables que, de acuerdo con modelos teóricos determinados, se puede suponer que influyen en la forma de realizar terapia por parte del terapeuta. Adicionalmente, muchos de estos factores cuentan con instrumentos validados y adecuados que permiten

analizar si existe evidencia empírica con respecto a los constructos evaluados. Existen múltiples ejemplos de este tipo de variables.

Por ejemplo, se sabe que la *autocompasión* como constructo influye positivamente en el resultado de terapias de *mindfulness*. Según Neff (2003a, p. 87), la autocompasión se define como “dejar sentir y abrirse al sufrimiento de uno mismo, no evitándolo y desconectándose de él, generando un deseo de aliviar el sufrimiento propio y sanarse amablemente a uno mismo”. Dentro de la autocompasión, existen tres facetas teóricas que se representan por 6 subescalas enfrentadas dos a dos: *Autoamabilidad* frente a *Autojuicio*; *Humanidad común* frente a *Aislamiento*; y *Mindfulness* frente a *Sobreidentificación*. Dichas facetas se describen a continuación de la misma forma que en García-Campayo et al. (2014): la *Autoamabilidad* representa una contrapartida a los sentimientos de *Autojuicio*, relacionados con los síntomas de la depresión. La *Humanidad común*, contrapuesta al *Aislamiento*, es un indicador que se suele asociar al bienestar general, y tiene en cuenta que el sufrimiento es inherente a la condición humana, y que además está asociado al sufrimiento de los demás, por lo que cualquier persona merece compasión. Por su parte, *Mindfulness*, contrapuesta a *Sobreidentificación*, considera una posición sosegada y ecuánime ante los sentimientos y experiencias duros y desagradables. Estudios recientes han arrojado evidencia de que la autocompasión está relacionada con el bienestar general. Asimismo, a partir de esos estudios, se cree que la autocompasión es una cualidad que puede actuar de factor protector que potencia la resiliencia emocional, mediante la observación de las propias emociones y su gestión como motor de la toma de acción para producir cambios (Neff, 2003a). Se puede encontrar una revisión acerca de este hecho en Neff (2009). Por ejemplo, una alta autocompasión se ha relacionado con una menor depresión y ansiedad (Leary et al., 2007; Raes, 2010), y también con un mayor optimismo y una mayor felicidad (Neff et al., 2007). La autocompasión puede medirse

con la Escala de Autocompasión (SCS), que se ha validado en una población española, y presenta una versión corta (SCS-SF) cuya fiabilidad ha demostrado ser alta en su validación en español (García-Campayo et al., 2014). Teniendo en cuenta lo anterior, se considera conveniente plantear la hipótesis de si la autocompasión se puede asociar asimismo con las distintas dimensiones del EPT como la función de *involucración* o la de *expresividad*.

Otras medidas como el *Índice de Reactividad Interpersonal* (IRI) (Pérez-Albéniz et al., 2003) evalúan el grado de *empatía disposicional* en personas adultas. La empatía se puede definir como “un proceso básico socio-emocional del desarrollo humano que engloba la habilidad de percibir, compartir y entender los estados emocionales de otros” (Richaud et al., 2017, p. 1). En la forma en la que se ha estudiado la empatía clásicamente, se ha considerado la capacidad de reaccionar ante los sentimientos de otros, sea esta debida a reacciones emocionales involuntarias, o sea esta debida a un proceso intelectual de reconocimiento de las emociones ajenas, como se indica en Davis (1980). Sin embargo, en ese mismo artículo se defiende que, si se quieren estudiar diferencias individuales entre personas de acuerdo con su empatía, el constructo debe definirse de forma multidimensional. De acuerdo con esta idea, Davis (1980) presenta el Índice de Reactividad Interpersonal (*Interpersonal Reactivity Index*, IRI), como un instrumento para medir dichas dimensiones, que se definen como *Toma de Perspectiva*, *Fantasía*, *Preocupación Empática* y *Malestar Personal*. En dicho trabajo, las subescalas asociadas a dichas dimensiones se describen como sigue. La *Toma de Perspectiva* se define como la capacidad de un individuo de adoptar diferentes puntos de vista o perspectivas de otras personas. La *Fantasía* se define como la capacidad de ponerse en el papel de personajes de ficción (teatro, películas, novelas, etc.). La *Preocupación Empática* considera la capacidad de responder ante experiencias negativas de los demás con comprensión,

preocupación, amabilidad y compasión. Finalmente, el *Malestar Personal* mide la capacidad de la persona de sentirse incómodo cuando se presencian las experiencias negativas del resto de personas. La importancia de la empatía reside en que constituye una habilidad para el desarrollo social del ser humano en general. López et al. (2014) indican que, dada la naturaleza social del ser humano, la comprensión y la capacidad de respuesta ante los estados mentales de otras personas es de importancia para el desarrollo humano. Por su parte, Batson (2009) resalta que la empatía juega un papel crucial en interacciones de gran importancia en el desarrollo humano, como el vínculo temprano entre una madre y su hijo, y otros comportamientos prosociales complejos. Por su parte, y en relación con el desarrollo de las terapias, Elliott et al. (2011) presentan un meta-estudio en el que se revela que la empatía es un predictor moderadamente fuerte del resultado de las mismas, lo cual revela la importancia de estudiar la empatía en relación con el EPT.

Por otra parte, en relación con dichos factores del terapeuta que pueden influir en la terapia (Wampold e Imel, 2015), cabe considerar el concepto de *diferenciación del self*, introducido por Bowen (1978) en el contexto de las terapias familiares desde un enfoque sistémico. De acuerdo con Rodríguez-González et al., (2015, p. 48) el constructo se define como “el grado en el que la persona es capaz de equilibrar (a) las funciones emocional e intelectual, y (b) la intimidad y la autonomía en las relaciones”. De acuerdo con su definición, cabe preguntarse si dicho constructo puede ponerse en relación con las diferentes funciones del EPT en lo que respecta a la relación íntima que se establece durante el vínculo terapéutico. Dentro de la teoría de Bowen, el grado de diferenciación del *self* constituye un indicador de madurez en el desarrollo de la persona, y de salud psicológica general. Son múltiples los estudios que corroboran esta suposición teórica. Por citar algunos ejemplos, se ha relacionado un alto grado de diferenciación del *self* con

un mejor ajuste psicológico en la madurez (Jenkins et al. 2005), con una alta autorregulación emocional y seguridad en el apego (Skowron y Dendy, 2004) y con menores síntomas psicológicos y dificultades en las relaciones (Skowron et al., 2009). Incluso en Murray et al. (2007) se evidencia que un alto grado de diferenciación del *self* es un indicador de salud física, concretamente en la mejora de la severidad de los síntomas de la fibromialgia. Un instrumento válido para evaluar las dimensiones del constructo es el Inventario de Diferenciación del Self (*Self Differentiation Inventory*, SDI), que en su versión revisada y validada en español (Rodríguez-González et al., 2015), utiliza dos subescalas de las 4 que originalmente considera el instrumento en inglés presentado en Skowron y Friedlander, (1998). Por un lado, la *reactividad emocional* medida por el SDI indica el nivel de conciencia de individuo de una persona, y el control de sus afectos para evitar reaccionar de forma excesivamente sensible. Por otro lado, el *corte emocional* (*emotional cutoff*) medido por el SDI indica el grado de distancia que una persona establece en respuesta a estados de ansiedad y con el objetivo de calmarlos. Cabe plantearse si ambas subescalas tienen relación con las diferentes funciones del EPT.

El objetivo general de este trabajo es, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, estudiar el grado de asociación que las diferentes funciones del EPT, medidas mediante el EPT-C, tienen en diferentes factores. En concreto, se estudiará cómo influye el hecho de haber realizado terapia o no por parte del terapeuta (o estar en el proceso actualmente) en las dimensiones del EPT según el cuestionario EPT-C. Además, se estudiarán las escalas derivadas de los cuestionarios de *diferenciación del self* (SDI), *autocompasión* (SCS), y *reactividad interpersonal* (IRI). El presente estudio empírico se realizará en estudiantes del Máster en Psicología General Sanitaria (MPGS) de la Universidad Pontificia Comillas (a la que nos referiremos con su acrónimo oficial: Comillas).

Es necesario señalar el hecho de que la muestra disponible está formada por estudiantes del MPGS de Comillas y, por tanto, los sujetos de dicha muestra no son terapeutas en el ejercicio de su profesión, sino aún en formación. Por ello, debe entenderse el resultado del EPT en dichos estudiantes como la imagen que cada estudiante tiene de sí mismo cuando se visualiza como futuro terapeuta. Aunque esta circunstancia puede resultar una limitación de este estudio, factores como la cantidad de ECTS de las prácticas del MPGS de Comillas, desde los primeros meses de la formación, sugieren que la interpretación del resultado de este estudio aumenta la relevancia de los datos. Además, existe el hecho de que el auto análisis del propio estilo personal puede resultar útil a los estudiantes para poder modificar y cambiar aspectos de cara al futuro ejercicio de la profesión (Santibañez et al., 2019).

Las hipótesis sobre las que se basa este trabajo ya han sido esbozadas más arriba, pero son enumeradas a continuación, y descritas en mayor detalle:

- La primera hipótesis enuncia que la realización de una *terapia personal*, al ser vista por varios autores como un elemento central en la formación del terapeuta, es un factor influyente en las funciones del EPT. Se considera que, en consecuencia, el EPT podría modificarse de acuerdo con la realización de esta *terapia personal*.
- La segunda hipótesis considera que las escalas derivadas de la *autocompasión* pueden influir en las funciones *expresividad e involucración* del EPT. Algunas de estas escalas incluyen *aislamiento* o *autoamabilidad*, las cuales se consideran importantes de acuerdo con esta hipótesis con respecto al EPT.
- La tercera hipótesis considera que una mayor *diferenciación del self* tendrá influencia en el EPT, dado que tiene influencia en la relación de las personas con otras de su entorno, lo cual está considerado en varias de las funciones del EPT.

- La cuarta y última hipótesis tiene en cuenta que la *reactividad interpersonal* puede también tener una influencia en el EPT, desde la función de *involucración* (mayor preocupación empática puede favorecer mayor grado de *involucración*), hasta la función *operativa* (por ejemplo, un mayor malestar ante estados emocionales alterados en otras personas puede motivar terapias más estructuradas, donde el método se sigue con mayor rigidez).

Método

Diseño

En primer lugar, cabe señalar que el estudio es observacional *ex post facto* retrospectivo. Pretende relacionar variables de las que ya se dispone en la muestra, sin realizar manipulación experimental alguna.

Participantes

La muestra seleccionada fue de 152 estudiantes del Máster en Psicología General Sanitaria (MPGS) en Comillas, de los cuales un 88,8% son mujeres (n=135); y un 11,2% son hombres (n=17). Los participantes presentaban una edad media de 22,9 años, con un rango de edades de 21 a 43 años. Con respecto a la realización de un proceso psicoterapéutico personal, de todos los participantes, un 30,3% declaró no haberlo realizado nunca (n=46); un 36,8% declaró estar realizándolo (n=56); y un 32,2% declaró haberlo finalizado (n=49). Un 0,7% de los participantes no contestaron a esta pregunta (n=1). La disponibilidad de tres posibles respuestas a esta pregunta en lugar de dos (por ejemplo, simplemente “Sí” o “No”) permitió establecer tres grupos de cara a los análisis estadísticos posteriores, lo cual permite resultados más detallados y ricos que en el caso de poder haber realizado únicamente dos grupos. Del total de personas que declararon estar realizando un proceso psicoterapéutico (n=56), los enfoques de dicho proceso fueron los siguientes: cognitivo-conductual (n=7), humanista (n=23), integrador (n=13), psicodinámico (n=11) y sistémico (n=2). Por otro lado, de las personas que declararon haber finalizado un proceso psicoterapéutico (n=49), los enfoques de dicho proceso fueron los siguientes: cognitivo-conductual (n=24), humanista (n=7), integrador (n=9), psicodinámico (n=5) y sistémico (n=4). La

Tabla 1 resume todas estas características.

Solo se consideró como criterio de inclusión el estar estudiando el MPGS en Comillas.

No se contemplaron criterios de exclusión. Los participantes cumplieron el formulario mientras cursaban el MPGS en Comillas, en los meses de diciembre de 2019, 2020 y 2021.

Tabla 1

Características sociodemográficas y académicas de la muestra (N=152).

Sexo	Mujer	135 (88,8%)
	Hombre	17 (11,2%)
Edad	M (DT)	22,9 (2,26)
	Rango	21-43
¿Se ha seguido un proceso terapéutico?	No	46 (30,3%)
	Sí, en proceso	56 (36,8%)
	Sí, finalizado	49 (32,2%)
	No contestado	1 (0,7%)
Enfoques del proceso terapéutico en personas que están realizándolo ^a	Cognitivo-conductual	7 (12,5%)
	Humanista	23 (41,1%)
	Integrador	13 (23,2%)
	Psicodinámico	11 (19,6%)
	Sistémico	2 (3,6%)
Enfoques del proceso terapéutico en personas que lo han finalizado ^b	Cognitivo-conductual	24 (49,0%)
	Humanista	7 (14,3%)
	Integrador	9 (18,4%)
	Psicodinámico	5 (10,2%)
	Sistémico	4 (8,2%)

Nota. Se presentan para la variable Edad la media (M) y la desviación típica (DT).

^aPorcentajes sobre el total de 56 personas que se encuentran realizando dicho proceso.

^bPorcentajes sobre el total de 49 personas que han finalizado dicho proceso.

Instrumentos y variables

Se utilizaron cuestionarios sociodemográficos para recoger los datos descritos anteriormente (sexo, edad, realización de psicoterapia personal, y enfoque terapéutico seguido). Llamaremos “Realizar terapia” a la variable que contiene los resultados de esta pregunta sobre si se ha realizado o se está realizando un proceso terapéutico. Para los valores de dicha variable se utilizarán los acrónimos “N” (para la respuesta “No”), “SP” (para la respuesta “Sí, en proceso”) y “SF” (para la respuesta “Sí, finalizada”). Además, se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C), Versión Abreviada

En consonancia con la literatura existente descrita anteriormente, se utilizó para la medida de EPT el Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C), en su versión abreviada (Castañeiras et al., 2008). Se trata de un auto-informe que ha sido diseñado contemplando cinco funciones principales: *Atencional*, *Operativa*, *Instruccional*, *Expresiva* e *Involucración* (Prado-Abril et al., 2019). Los valores de las escalas correspondientes a dichas funciones del EPT-C abreviado constituirán las variables que se extraerán de este cuestionario. Dicho instrumento se compone de 21 ítems, cada uno de ellos utilizando una escala tipo Likert de 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 7 (*totalmente de acuerdo*). Se detallan en el Apéndice A los ítems del cuestionario. La validación de dicho cuestionario abreviado en una población de psicoterapeutas argentinos se puede encontrar en Castañeiras et al. (2008), donde se evidencia el adecuado ajuste del instrumento con el constructo teórico. En dicho trabajo, también se reportan los valores de fiabilidad (α de Cronbach) de las funciones evaluadas por el instrumento con los siguientes valores: *Instruccional* (α de Cronbach= 0,60); *Expresiva* (α de Cronbach= 0,70); *Involucración* (α de Cronbach= 0,72);

Atencional (α de Cronbach= 0,71); y *Operativa* (α de Cronbach= 0,75). Estos valores se consideran adecuados por parte de los autores.

Cuestionario de Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)

El Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) es un cuestionario que evalúa la empatía disposicional en adultos, y ha sido validado en español (Pérez-Albéniz et al. 2003). Consta de 28 ítems evaluados con una escala tipo Likert de 1 a 5, donde 1 significa *No me describe muy bien*, y 5 significa *Me describe muy bien*. Dicho cuestionario evalúa cuatro subescalas: “Toma de Perspectiva” (7 ítems, evalúa la capacidad de las personas de adoptar el punto de vista de los demás), “Fantasía” (7 ítems, evalúa la capacidad de las personas para identificarse con personajes ficticios como, por ejemplo, de películas y libros), “Preocupación Empática” (8 ítems, evalúa la capacidad para sentir compasión o preocupación por otras personas) y “Malestar Personal” (6 ítems, indicando facilidad para sentirse incómodos ante las experiencias y emociones negativas de otras personas). Se detallan en el Apéndice B los ítems del cuestionario. En todos los casos, la fiabilidad medida con el coeficiente α de Cronbach fue satisfactoria, pues todas las subescalas presentaron valores de α superiores a 0,6, y la gran mayoría de cuestionarios presentaron valores mayores de 0,7 en todas las muestras seleccionadas. Los autores, además, comparan dichas fiabilidades con el trabajo previo de Davis (1980) en el que se presentaba el IRI original en inglés, pudiendo comprobar que las fiabilidades obtenidas eran comparables.

Cuestionario de Escala de Autocompasión (*Self Compassion Scale*, SCS)

La escala de autocompasión (SCS) fue originalmente propuesta por Neff (2003b). En ella, se pretendía medir la autocompasión, considerando 6 subescalas que

correspondían a 6 aspectos diferentes pero relacionados teóricamente entre ellos: “Autoamabilidad” (refleja la capacidad de la persona de autocuidarse de forma amable), “Autojuicio” (refleja la tendencia de la persona a juzgarse duramente en las situaciones cotidianas), “Humanidad Común” (refleja la capacidad de la persona de comprender y aceptar las imperfecciones de las personas), “Aislamiento” (refleja una tendencia a sentirse solo o a aislarse), “Mindfulness” (refleja la capacidad de tener equilibrio y control sobre las propias emociones) y “Sobreidentificación” (refleja tendencias a obsesionarse cuando se experimentan emociones negativas). Estas 6 subescalas son opuestas dos a dos. En particular, “Autoamabilidad” es opuesta a “Autojuicio”; “Humanidad Común” es opuesta a “Aislamiento”, y “Mindfulness” es opuesta a “Sobreidentificación”. A partir de dicho cuestionario, se ha desarrollado una versión corta (SCS-SF) que es la que se utilizará en este trabajo, presentada en Raes et al. (2011). En dicha versión corta, los ítems se evalúan en una escala tipo Likert (donde 1 significa *Casi nunca* y 5 significa *casi siempre*), y se dispone de 12 ítems, 2 por cada una de las subescalas antes mencionadas. Se detallan en el Apéndice C los ítems del cuestionario. La validación del cuestionario SCS versión corta en español se llevó a cabo en García Campayo et al. (2014), donde se reporta que el cuestionario presenta una consistencia interna alta para todas las subescalas (el coeficiente α de Cronbach es mayor que 0,7 en todas las subescalas).

Inventario de Diferenciación del Self (*Self Differentiation Inventory*, SDI)

El Inventario de Diferenciación del *Self* fue propuesto originalmente por Skowron y Friedlander (1998) para evaluar el concepto de diferenciación del *self* tal y como lo propuso Bowen (Bowen, 1978; Kerr y Bowen, 1988). Dicho inventario ha sufrido revisiones orientadas a fortalecer la fiabilidad y validez de las escalas que lo componen, dando lugar a una versión revisada propuesta por Skowron y Schmitt,

(2003). Posteriormente, dicho inventario fue traducido y validado en español en Rodríguez-González et al. (2015), y en dicho proceso finalmente se elaboró una versión revisada del inventario en español (SDSI-R), simplificada en 2 subescalas con 13 ítems cada una que presentaban alta consistencia interna con las versiones americanas de dichas subescalas. En particular, dichas subescalas son *Reactividad Emocional* (evalúa la capacidad de reaccionar ante estímulos en base a respuestas emocionales autónomas, o desbordamiento emocional), y *Corte Emocional* (que evalúa la tendencia a interponer distancia emocional, y a no generar relaciones íntimas o cercanas con otras personas). Se detallan en el Apéndice D los ítems del cuestionario. La consistencia interna de ambas escalas fue adecuada (el coeficiente α de Cronbach es mayor que 0,7 en ambas).

Procedimiento

El primer paso para poder comenzar la investigación fue solicitar la aprobación de la aplicación de dicha investigación ante el Comité de Ética de Comillas. Tras ser aprobada, se comenzó el trabajo. Los datos fueron recogidos en una etapa previa a la elaboración de este trabajo a través de un formulario online. Previamente a la recogida de datos, los participantes fueron convenientemente informados tanto de los objetivos de la investigación, como de los protocolos de privacidad y seguridad en el manejo de sus datos personales, incluyendo la cláusula de protección de datos en un formulario. En todo momento se informó de la voluntariedad de cumplimentar dicho formulario, así como de la confidencialidad de su tratamiento. Los participantes fueron autorizados a poder preguntar cuanto desearan antes de rellenar el formulario.

Para el tratamiento y manejo de los datos, se utilizó Microsoft® Excel® para Microsoft 365 MSO (versión 2203).

Análisis de datos

Para la realización de todos los análisis se utilizó el programa informático *Statistics Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 26.

El primer paso fue calcular el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach para todas las subescalas de los siguientes cuestionarios: EPT-C abreviado, SCS, IRI y SDI. Después, se procedió a realizar varios análisis orientados a aportar evidencia sobre las hipótesis de partida expuestas más arriba. En particular, se realizó un ANOVA para determinar la influencia de la variable “Realizar Terapia” en todas las funciones del EPT. Tras ello, se realizó una regresión lineal múltiple para determinar el grado de relación de las subescalas de IRI, SCS y SDI con las funciones del EPT. Finalmente, se realizó un análisis de regresión *hacia atrás* para seleccionar las subescalas significativamente influyentes en las funciones del EPT. Para todos los contrastes de hipótesis realizados, se ha considerado un valor de significancia estadística de 0,05.

Análisis de la relación entre estar en un proceso terapéutico personal y el EPT

En primer lugar, se pretende contrastar la hipótesis de que la terapia personal tiene relación con el EPT. Para ello, se comprobará si existen diferencias significativas en las cinco escalas del EPT-C abreviado (*Instruccional, Expresiva, Involucración, Atencional y Operativa*) dependiendo de si se ha realizado o no un proceso terapéutico, o si se está realizando dicho proceso. Para ello, se realizaron cinco análisis de la varianza (ANOVA) separados, uno de ellos por cada escala, y todos ellos de un factor (definido por los valores de la variable “Realizar terapia”).

El objetivo de estos análisis fue determinar si existen diferencias significativas en cada una de las funciones medidas del EPT-C abreviado entre tres grupos, definidos

por los valores de la variable “Realizar terapia”. Así, se dio lugar a una división en 3 grupos por cada función del EPT, de acuerdo con los tres valores de dicha variable: “No”, “Sí, en proceso”, y “Sí, finalizado”. Previamente, se realizó un contraste para comprobar la homogeneidad de varianzas de los 3 grupos, con resultado positivo. Cada uno de los 5 ANOVA realizados busca encontrar diferencias significativas entre los tres grupos para cada una de las funciones del EPT-C abreviado. En todos los casos, la hipótesis nula de ANOVA se define como: “Las medias de los grupos en los que se divide la función X de EPT-C abreviado no son diferentes entre ellas”, donde X es una de las 5 funciones del EPT-C. La hipótesis alternativa es: “Al menos una de las medias de uno de los grupos en los que se divide la función X del EPT-C abreviado es diferente al resto”.

Tras la realización de cada uno de los ANOVA, y en caso de encontrar diferencias significativas entre alguno de los 3 grupos (es decir, en caso de rechazar la hipótesis nula de acuerdo con el *p*-Valor del ANOVA), se realizará un análisis *post-hoc* de Tukey (apto para varianzas homogéneas), para determinar qué grupo en particular es diferente de forma estadísticamente significativa al resto de grupos, para cada una de las funciones del EPT-C abreviado.

Análisis de la relación entre el EPT y las escalas de IRI, SCS y SDI

Con este análisis, se pretende contrastar la segunda, tercera y cuarta hipótesis de partida. Es decir, se pretende comprobar la relación entre cada una de las funciones del EPT (medidas mediante el EPT-C abreviado) y las escalas de IRI (segunda hipótesis), SCS (tercera hipótesis) y SDI (cuarta hipótesis).

Para la realización de este análisis, se ha optado por utilizar una regresión múltiple por cada una de las funciones del EPT-C abreviado (*Instruccional*, *Expresiva*,

Involucración, Atencional y Operativa). Para cada una de las regresiones múltiples, centrada en una de las funciones de EPT, la variable dependiente (u objetivo) es la función del EPT medida por el EPT-C abreviado. Por otro lado, las variables independientes serían las escalas de los cuestionarios IRI (4 variables), SCS (6 variables) y SDI (2 variables). Es decir, se utilizarán un total de 12 variables independientes en cada regresión múltiple.

Para cada regresión múltiple, se evaluará el porcentaje de la varianza de la variable dependiente explicada por las variables independientes, mediante el coeficiente R^2 . Además, se analizarán los coeficientes del modelo de regresión obtenido estandarizados por sus propias desviaciones típicas, es decir, los llamados coeficientes beta (β). Estos últimos determinan la influencia de cada una de las variables independientes en la variable dependiente. Así, si un coeficiente β asociado a una variable independiente es significativamente diferente de cero, se entenderá que dicha variable contribuye a explicar la varianza de la variable dependiente. Por lo tanto, la comprobación de significación estadística mediante el análisis de los coeficientes β determinará si una escala de SCS, IRI o SDI presenta una asociación significativa con cada una de las funciones del EPT.

Adicionalmente a la regresión múltiple con todas las variables independientes, se realizará otra regresión múltiple, esta vez con el método *hacia atrás*. Este procedimiento de selección de variables independientes comienza realizando la regresión con todas ellas. Tras ello, se elimina la variable menos significativa para explicar la variable dependiente, y se repite la regresión con las variables restantes. El proceso continúa hasta que todas las variables restantes son estadísticamente significativas para explicar la variable dependiente. De este modo, las variables que queden de dicho proceso serán variables que se considere que presentan asociación

significativa con su correspondiente variable dependiente. Aunque este procedimiento es similar al de seleccionar solo las variables independientes significativas en el modelo completo (el realizado en primer lugar), podría dar lugar a resultados ligeramente diferentes. En cualquier caso, ambos procedimientos deberían dar lugar a resultados similares, aunque difieran en algún aspecto.

Por último, cabe explicar por qué se ha utilizado un análisis de regresión múltiple en lugar de un análisis de correlaciones de Pearson, herramienta frecuentemente utilizada para hallar asociación entre variables. La razón es que el uso de coeficientes de correlación de Pearson puede estar enmascarando efectos de asociación entre las variables independientes, o entre la variable dependiente y más de una variable independiente. En particular, dos variables pueden presentar un alto coeficiente de correlación de Pearson que se deba a una asociación de ambas con una tercera variable. Así, dicha correlación quedaría sobreestimada, y se haría necesario eliminar el efecto de la tercera variable.

Una posible solución a este problema es el uso de correlaciones semiparciales, que eliminan la influencia de terceras variables entre otras dos variables. Sin embargo, el uso de una regresión *hacia atrás* ya proporciona dicha información, aunque no en términos de varianza explicada. Por otra parte, una forma compacta de representar las relaciones entre diversas variables independientes y una variable dependiente es precisamente una regresión lineal múltiple, en la que los coeficientes β indican la relación de cada variable independiente con la variable dependiente, habiendo eliminado la contribución del resto de variables independientes. Por lo tanto, se considera que un análisis de este tipo aporta una información similar sobre la relación de las variables independientes con el EPT que un análisis de correlaciones semiparciales.

Resultados

Los resultados de la fiabilidad de cada uno de los cuestionarios utilizados en este trabajo se muestran en la Tabla 2. Se observa que el valor de los coeficientes de consistencia interna α de Cronbach es satisfactorio (es decir, mayor que 0,6) para muchas de las escalas analizadas. Sin embargo, dicho coeficiente presenta valores bajos para varias de las funciones del EPT-C (*Instruccional, Expresiva, Atencional*), y para dos de las escalas del cuestionario IRI (Humanidad Común y Aislamiento). Siendo cierto que se recomienda no utilizar variables provenientes de escalas cuyo coeficiente α de Cronbach sea menor que 0,6; cabe plantearse si utilizar o desechar dichas variables en el análisis posterior. Sin embargo, se ha decidido incluirlas por varios motivos.

En primer lugar, siendo este un trabajo de análisis del EPT, se prefiere analizar las variables correspondientes a sus funciones, aunque sean poco fiables. Se resaltarán en la discusión dicha falta de fiabilidad si alguna de las citadas variables arroja resultados relevantes. Por otro lado, las variables de los cuestionarios IRI, SCS y SDI, tomadas como independientes en el análisis de regresión, presentan casi todas ellas una buena fiabilidad, salvo dos escalas del SCS, que además son opuestas (Humanidad Común frente a Aislamiento). De nuevo, se prefiere incluirlas en el análisis, y se resaltarán en la discusión dicha falta de fiabilidad si alguna de las citadas variables arroja resultados relevantes.

Tabla 2*Fiabilidad de las escalas de los cuestionarios ETP-C, IRI, SCS y SDI*

Cuestionario	Escala	α de Cronbach
EPT-C abreviado	Instruccional	0,402
	Expresiva	0,524
	Involucración	0,739
	Atencional	0,553
	Operativa	0,691
IRI	Toma de Perspectiva (TP)	0,698
	Fantasía (Fan)	0,817
	Preocupación Empática (PE)	0,668
	Malestar Personal (MP)	0,757
SCS	Auto-amabilidad (AA)	0,688
	Humanidad Común (HC)	0,524
	Mindfulness (MF)	0,681
	Autojuicio (AJ)	0,848
	Aislamiento (Ais)	0,410
	Sobre-identificación (SI)	0,659
SDI	Reactividad Emocional (RE)	0,871
	Corte Emocional (CE)	0,744

Los resultados del análisis de la varianza ANOVA realizado para cada una de las funciones del EPT-C en función del proceso terapéutico se resumen en la Tabla 3. Previamente a dicho análisis, se realizó una prueba de homogeneidad de varianzas, que arrojó resultados no significativos ($p < 0,05$ en todos los casos), lo cual indicó una muy clara homogeneidad de varianzas. Tras ello, se realizó la prueba ANOVA de un factor para cada una de las funciones del EPT-C. Los resultados indican que solo en la función

Operativa existen diferencias significativas entre los grupos definidos por la variable “Realizar Terapia” (N = “No”, SP = “Sí, en proceso” y SF = “Sí, finalizada”).

El análisis *post-hoc* mediante el método de Tukey (adecuado para la situación de homogeneidad de varianzas) indicó que dichas diferencias se deben a que el grupo SP es significativamente menor que el grupo N, aunque no se han podido observar diferencias significativas entre el grupo SP y el grupo SF. Asimismo, el tamaño del efecto de estas diferencias, medidos mediante el coeficiente η^2 , es de 0,060, lo cual se suele considerar un tamaño de efecto medio.

Tabla 3

Resultados de ANOVA.

Función de EPT-C	Media N	Media SP	Media SF	<i>p</i>	η^2	<i>Post-hoc</i> (Tukey)
Instruccional	12,70	12,55	13,27	0,488	-	-
Expresiva	23,41	23,73	23,29	0,820	-	-
Involucración	15,50	16,50	14,92	0,176	-	-
Atencional	12,00	12,21	12,94	0,361	-	-
Operativa	18,41	15,68	17,14	0,010	0,060	Diferencia N, SP

Nota. Los grupos vienen definidos por la variable “Realizar Terapia”: N (“No”), SP (“Sí, en proceso”) y SF (“Sí, finalizado”). Se resaltan los valores de $p < 0,05$ (solo se realiza un análisis *Post-hoc* en esos casos).

Los resultados de regresión por cada una de las funciones del EPT en función de las subescalas consideradas se presentan en la Tabla 4. Se observa que, de las 5 regresiones, la proporción de varianza explicada por las variables independientes (coeficiente R^2) es relativamente baja en las funciones *Instruccional* ($R^2 = 0,006$), *Atencional* ($R^2 = 0,053$),

Operativa ($R^2 = 0,087$) y *Expresiva* ($R^2 = 0,086$), siendo ligeramente más alta en esta última. Sin embargo, dicha varianza explicada de la función *Involucración* es mucho más alta ($R^2 = 0,215$), indicando que se espera que algunas de las variables independientes presenten una asociación significativa con dicha variable objetivo.

Tabla 4

Resultados de regresión múltiple para cada una de las 5 funciones del EPT.

Variables Independientes	Funciones del EPT-C abreviado (Variables Objetivo)									
	Instruccional ($R^2 = 0,060$)		Expresiva ($R^2 = 0,086$)		Involucración ($R^2 = 0,215$)		Atencional ($R^2 = 0,053$)		Operativa ($R^2 = 0,087$)	
	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
IRI – TP	-0,04	<i>0,55</i>	-0,2	<i>0,84</i>	0,15	<i>0,09</i>	-0,17	<i>0,09</i>	-0,10	<i>0,31</i>
IRI – Fan	-0,05	<i>0,67</i>	0,23	0,01	-0,51	<i>0,54</i>	-0,07	<i>0,48</i>	-0,17	<i>0,06</i>
IRI – PE	-0,09	<i>0,30</i>	-0,16	<i>0,08</i>	0,19	0,02	0,03	<i>0,73</i>	0,01	<i>0,93</i>
IRI – MP	0,04	<i>0,68</i>	0,80	<i>0,40</i>	0,03	<i>0,78</i>	0,04	<i>0,63</i>	0,18	<i>0,06</i>
SCS – AA	0,06	<i>0,62</i>	0,02	<i>0,88</i>	0,14	<i>0,21</i>	0,08	<i>0,48</i>	0,04	<i>0,72</i>
SCS – HC	-0,08	<i>0,44</i>	0,06	<i>0,56</i>	0,24	<0,01	0,09	<i>0,36</i>	0,04	<i>0,66</i>
SCS – MF	-0,06	<i>0,55</i>	0,10	<i>0,32</i>	-0,11	<i>0,25</i>	0,10	<i>0,35</i>	0,04	<i>0,67</i>
SCS – AJ	0,02	<i>0,85</i>	0,17	<i>0,15</i>	0,25	0,02	0,07	<i>0,56</i>	-0,11	<i>0,35</i>
SCS – Ais	-0,01	<i>0,93</i>	0,02	<i>0,86</i>	-0,05	<i>0,58</i>	0,10	<i>0,34</i>	0,08	<i>0,46</i>
SCS – SI	-0,17	<i>0,17</i>	-0,13	<i>0,31</i>	0,24	0,04	-0,04	<i>0,76</i>	0,01	<i>0,94</i>
SDI – RE	-0,09	<i>0,46</i>	0,01	<i>0,94</i>	-0,03	<i>0,80</i>	-0,04	<i>0,78</i>	-0,05	<i>0,68</i>
SDI – CE	-0,14	<i>0,15</i>	0,01	<i>0,88</i>	-0,06	<i>0,45</i>	-0,03	<i>0,73</i>	0,03	<i>0,76</i>

Nota. Se presentan los coeficientes estandarizados β , y el p-Valor del test de significación. Por claridad de la presentación, los p-Valores se presentan en cursiva, y los valores significativos de β se resaltan en negrita.

De hecho, de todas las asociaciones posibles entre variables objetivo y variables independientes, para la función *Involucración* se obtiene una asociación significativa (es decir, el coeficiente β estandarizado es significativamente distinto de cero) con las variables “IRI – Preocupación Empática” (IRI – PE), “SCS – Humanidad Común” (SCS – HC), “SCS – Autojuicio” (SCS – AJ) y “SCS – Sobreidentificación” (SCS – SI). Esta observación concuerda con el alto valor de R^2 para dicha función *Involucración*. Además de estas asociaciones, se ha observado una asociación significativa entre la función *Expresiva* y la variable “IRI – Fantasía” (IRI – Fan). Por último, se observa que existen algunas asociaciones que está muy cercanas de ser significativa (p muy cercano a 0,05 pero ligeramente superior). Por ejemplo, se observa esta asociación no significativa entre la función Operativa y las variables “IRI – Fantasía” (IRI – Fan) e IRI – Preocupación Empática (IRI – PE), con $p=0,06$ en ambos casos. También se observa esta situación entre la función *Expresiva* e “IRI – Preocupación Empática” (IRI – PE), con $p=0,08$; y entre la función *Involucración* e “IRI – Toma de Perspectiva” (IRI -TP), con $p=0,09$. Finalmente, es necesario destacar que tanto la función *Expresiva* del EPT-C abreviado como la variable “SCS – Humanidad Común” (SCS – HC) presentaba un coeficiente de consistencia α de Cronbach de valor relativamente bajo (0,524 en ambos casos), por lo que las asociaciones encontradas con estas variables deben ser interpretadas con precaución.

La Tabla 5 muestra los resultados de las 5 regresiones (una por cada función del EPT-C abreviado) realizada *hacia atrás*, es decir, eliminando una a una las variables independientes hasta quedarnos con las variables independientes que sean estadísticamente significativas para explicar la variable objetivo. Se observa que en la función *Involucración* de EPT se seleccionan las mismas variables independientes que resultaron significativas en el modelo total (ver Tabla 4).

Tabla 5

Resultados de regresión múltiple hacia atrás para cada una de las 5 funciones del EPT

Función del EPT	Variables independientes seleccionadas	R² ^a	R² ^b
(regresión múltiple hacia atrás)			
Instruccional	SDI – Corte Emocional (<i>n</i>)	0,024	0,060
Expresiva	IRI – Preocupación Empática	0,053	0,086
	IRI – Fantasía		
Involucración	IRI – Preocupación Empática	0,185	0,215
	SCS – Humanidad Común		
	SCS – Autojuicio		
	SCS – Sobreidentificación		
Atencional	Ninguna variable seleccionada	-	0,053
Operativa	IRI – Fantasía (<i>n</i>)	0,061	0,087
	IRI – Malestar Personal		

Nota. ^a Coeficiente R^2 para el modelo completo (mismos resultados que en Tabla 4).

^b Coeficiente R^2 para el modelo únicamente con las variables seleccionadas. (*n*): asociación negativa entre variables.

Por otro lado, en la función *Expresiva*, además de la variable “IRI – Fantasía”, se ha seleccionado la variable “IRI – Preocupación Empática”. Esto puede ser debido a que, una vez eliminadas otras variables, la variable “IRI – Preocupación Empática” podría estar explicando la variable objetivo mejor. Además, en la Tabla 4 ya se observó que esta variable estaba muy cerca de ser significativa ($p=0,08$).

Algo parecido ocurre con la función *Operativa*, en cuyo modelo las variables “IRI – Fantasía” e “IRI – Malestar Personal” aparecen como seleccionadas, y que en el modelo total estaban muy cerca de ser significativas ($p=0,06$).

La misma razón cabe utilizar para explicar que en la función *Instruccional* se haya seleccionado la variable "SDI – Corte Emocional", con cierta cercanía a ser significativa en el modelo total ($p=0,15$). Además, cabe señalar que en la función *Atencional* no se han encontrado variables significativas para explicarla, lo cual concuerda con el menor valor de R^2 para dicha función en el modelo total. Por último, podemos decir que los resultados encontrados en este análisis de regresión *hacia atrás* (Tabla 5) son moderadamente consistentes con los obtenidos utilizando el modelo de regresión con todas las variables (Tabla 4), ya que, aunque dichos resultados son ligeramente diferentes en ambos análisis, lo anteriormente expuesto explica las diferencias satisfactoriamente.

Discusión

En el presente trabajo hemos profundizado en las funciones del EPT, y las hemos puesto en relación con subescalas relacionadas con la autocompasión, la reactividad interpersonal y la diferenciación del *self*. La primera hipótesis del trabajo enunciaba que “la realización de una terapia personal, al ser vista por varios autores como un elemento central en la formación del terapeuta, es un factor influyente en características del EPT”. Pese a lo supuesto por dichos autores, en el análisis presentado en este trabajo no se observaron en la mayoría de las funciones del EPT diferencias significativas entre personas que han hecho terapia y la han finalizado, que la están realizando, y que nunca la han realizado. En la única función del EPT en la que se observan diferencias significativas es en la función *operativa*, donde el análisis revela que el valor para el grupo “Sí, en proceso” es significativamente menor en la escala que para el grupo “No”. Esto se puede interpretar como que las capacidades operativas de los estudiantes que se encuentran en terapia no tienen tanta importancia para ellos como los que aún no han hecho terapia. Esta observación podría explicarse acudiendo a la distribución de los enfoques terapéuticos en los diferentes grupos (ver Tabla 1). En los participantes que han respondido “Sí, en proceso”, el 41,1% de estudiantes han seguido un enfoque humanista, el 19,6% uno psicodinámico, mientras que el 12,5% han seguido un enfoque cognitivo-conductual. En los que han respondido “Sí, finalizada”, solo el 14,3% han seguido un enfoque humanista y únicamente el 10,2% uno psicodinámico, mientras que el 49,0% han seguido un enfoque cognitivo-conductual. De acuerdo con Castañeira et al., (2008), se ha evidenciado que los enfoques cognitivos-conductuales tienen una mayor propensión a funciones operativas altas del EPT que los enfoques humanistas y psicodinámicos, que tienden a puntuar mucho más bajo. Es por esto por lo que se podría explicar la menor puntuación en el EPT en el grupo “Sí, en proceso” que en el grupo “Sí, finalizada”.

En cuanto al grupo “No”, es de esperar que terapeutas en formación que no hayan tenido contacto con la terapia de forma tan intensa como los que sí han seguido un proceso terapéutico recurran a enfoques operativos más estrictos y rígidos, teniendo propensión a aplicar lo que se les enseña teóricamente de forma más rigurosa. Esto explicaría la mayor puntuación en el grupo “No” que en el grupo “Si, en proceso”.

El análisis de regresión realizado para la función *Instruccional* del EPT-C abreviado ha sido el que ha arrojado asociación significativa con un mayor número de escalas de los cuestionarios analizados. Se da la circunstancia de que el coeficiente α de Cronbach de esta función del EPT es el mayor de todos (Tabla 2). En particular, se ha encontrado asociación con esta función con las escalas “IRI – Preocupación Empática”, “SCS – Humanidad Común”, SCS – Autojuicio y “SCS – Sobreidentificación”. Con respecto a la asociación entre la escala Instruccional del EPT y la escala “IRI – Preocupación Empática”, se puede ver como intuitivo el hecho de que una mayor preocupación empática en el terapeuta puede dar lugar a involucrarse más en la terapia, con lo que dicha observación tiene sentido. Es un caso parecido al de la asociación con “SCS – Sobreidentificación”, ya que se puede entender que la exageración del sufrimiento puede impulsar al terapeuta a involucrarse más con el paciente, para poder ayudar con la terapia de forma efectiva, y así reducir dicho sufrimiento. Por otra parte, se puede interpretar la asociación con “SCS – Humanidad Común” con el hecho de que reconocer los errores humanos como algo normal puede ser indicativo de una mayor tendencia a aceptar los errores ajenos, y a empatizar con ellos, aumentando la involucración en la terapia. Con respecto a la asociación, con un coeficiente estandarizado positivo (indicando correlación positiva) de la función *Involucración* con la escala “SCS – Autojuicio”, se podría explicar considerando que el hecho de autojuzgarse duramente puede impulsar al terapeuta a involucrarse de forma más intensa en la terapia, para de ese modo contrarrestar los

sentimientos de falta de valía personal o de fracaso. En cualquier caso, en el análisis de estas asociaciones, es importante recordar que, debido a su baja fiabilidad (α de Cronbach mucho menor que 0,7), las conclusiones que se puedan obtener con las escalas de “SCS – Humanidad Común” (α de Cronbach de 0,524) han de tomarse con cautela. El resto de las escalas que mostraron asociación con la función *Involucración* del EPT presentan valores de α de Cronbach mayores o cercanos a 0,7 (ver Tabla 2).

La segunda función del EPT que mostró alguna asociación con otras escalas fue la *Expresiva*. En particular, dicha función mostró asociación significativa con la escala “IRI – Fantasía”, y en alguno de los análisis realizados, con la escala “IRI – Preocupación Empática”. La relación entre la función *Expresiva* del EPT y la escala “IRI – Fantasía” tiene sentido, considerando que una mayor facilidad del terapeuta para identificarse con personajes ficticios de libros y películas puede favorecer una mayor expresividad en la terapia, mediante la vía de la imitación o de proponer situaciones ficticias que puedan dramatizar una situación en terapia. En cuanto a la asociación entre la función *Expresiva* y la escala “IRI – Preocupación Empática”, parece que tiene sentido que la capacidad de mostrar sentimientos de compasión y preocupación hacia otros pueda redundar en una mayor expresividad del terapeuta, por el hecho de sentir lo que el paciente está sintiendo. De nuevo, cabe ser cautos con estas asociaciones, dado que la función *Expresiva* del cuestionario EPT-C abreviado en la muestra analizada presentaba un valor bajo de fiabilidad (α de Cronbach de 0,524). El resto de las escalas presentaban valores de α de Cronbach mayores o cercanos a 0,7 (ver Tabla 2).

En el caso de la función *Operativa* del EPT, la regresión hacia atrás arrojó asociación significativa con las funciones “IRI – Fantasía” e “IRI – Malestar Personal”. La asociación entre la función operativa e “IRI – Fantasía” es *negativa*, lo cual puede explicarse como que una menor tendencia del terapeuta a identificarse con personajes de

ficción puede favorecer el establecimiento de procedimientos y normas en la terapia. Esta asociación podría indicar asimismo la mayor tendencia de un terapeuta que presente mayor fantasía a separarse de procedimientos y normas de la terapia que él mismo estableció en origen. Asimismo, la correlación entre la función operativa y la escala “IRI – Malestar Personal” podría indicar que el terapeuta, ante la perspectiva del sufrimiento del paciente, se “refugie” en sus procedimientos y normas en la terapia para poder seguir manteniendo el control de la misma. En este caso, todas las fiabilidades de las escalas son satisfactorias, pues los coeficientes α de Cronbach son todos mayores o muy parecidos a 0,7 (ver Tabla 2).

La función *Instruccional* del EPT está asociada en la regresión hacia atrás con la escala “SDI – Corte Emocional” de forma negativa. Esta asociación es difícil de explicar, y sorprendente. Quizá el terapeuta se muestra más propenso a encuadrar la terapia desde el principio si es propenso a poner distancia emocional o a evitar intimar en las relaciones. Sin embargo, esta explicación resulta poco satisfactoria. En cualquier caso, el coeficiente α de Cronbach de la escala es muy bajo (α de Cronbach de 0,402), indicando poca fiabilidad en la escala para la muestra analizada, por lo que este sorprendente resultado puede deberse a esta poca consistencia interna en la medida de la función *Instruccional*.

Asimismo, cabe señalar que para la función *Atencional* del EPT, no se ha encontrado ninguna otra escala que se pueda asociar con ella. Esto, unido al hecho de que el coeficiente α de Cronbach es bajo para dicha función (α de Cronbach de 0,553), hace que esta función del EPT no haya arrojado resultados a destacar en este trabajo.

En cuanto a la relevancia clínica del trabajo, se debe considerar que los aspectos recogidos en las variables y subescalas analizadas (*realizar psicoterapia personal, autocompasión, reactividad interpersonal y diferenciación del self*) han evidenciado en múltiples trabajos previos beneficios a importantes niveles, como el de la madurez de los

terapeutas, el bienestar psicológico general, el establecimiento de la alianza terapéutica y la capacidad de relacionarse con otras personas. La existencia de relaciones entre estos constructos y el EPT supone admitir que algunos perfiles definidos por el EPT a su vez podrían estar fomentando estos efectos beneficiosos. De hecho, la forma en la que se podrían estar relacionando dichos constructos con el EPT podría suponer que el EPT está ejerciendo un efecto mediador entre los constructos y los beneficios y resultados de la terapia. La razón de esto último es que lo que el cliente de la terapia percibe directamente está relacionado con el EPT, mientras que el resto de los constructos pueden ser menos perceptibles en la terapia, si no es a través de dicho EPT. Finalmente, cabría plantearse un debate con respecto al EPT, que considerara que éste puede no estar formado exclusivamente por rasgos de la personalidad, sino posiblemente también por medio de un aprendizaje formativo. Así, es posible plantearse si el EPT constituye algo estable, o si por el contrario hay posibilidad de que pueda cambiar como se sugiere en Casari et al. (2019a), e incluso de que se pueda moldear.

Limitaciones

En primer lugar, algunas de las escalas analizadas presentan coeficientes α de Cronbach menores que 0,7; que se considera el valor bajo el cual los resultados no son satisfactoriamente fiables. Aunque varias de las escalas presentan valores de α de Cronbach muy cercanos a 0,7 aunque menores, y por ello se han considerado como válidas; sí es cierto que algunas escalas tienen valores de fiabilidad llamativamente bajos en la muestra analizada. Esto incluye 3 de las 5 funciones del EPT (*Instruccional*, *Expresiva* y *Atencional*). La explicación de esta falta de consistencia interna puede buscarse quizá en que la muestra está compuesta de estudiantes para los cuales las variables relacionadas con el EPT pueden estar todavía poco claras o poco definidas. En

cualquier caso, encontrar muestras donde la fiabilidad de los cuestionarios utilizados sea mayor se percibe como una posibilidad para mejorar esta limitación.

Como limitación de este trabajo, relacionada con la anterior, está en la naturaleza de la muestra utilizada. Más allá de la fiabilidad estadística, podría pensarse que analizar funciones del EPT con sujetos que aún no son terapeutas puede dar lugar a resultados poco relevantes. De este modo, repetir estos estudios con terapeutas experimentados puede dar lugar a resultados interesantes, o aun complementarios a los presentados en este trabajo (como, por ejemplo, el aumento de fiabilidad de las escalas, o la comparación de las conclusiones del análisis en terapeutas en formación y experimentados).

Otra limitación que cabe indicar es el tamaño de la muestra. 152 sujetos es una muestra relevante, pero cualquier estudio empírico se puede beneficiar de una muestra mayor. En este sentido, se podría ampliar la muestra para aumentar la relevancia de los resultados.

Una limitación adicional de los resultados presentados puede estar relacionada con el proceso de análisis realizado, y en particular con el uso de una regresión lineal múltiple. Aunque se ha supuesto que este es un análisis adecuado para relacionar las subescalas de IRI, SCS y SDI con el EPT, cabría plantearse relaciones no lineales entre ellos. Por ejemplo, se podría pensar que puntuaciones extremas de una de las subescalas pudieran dar lugar a puntuaciones parecidas en alguna de las funciones del EPT, lo que podría resultar en relaciones de tipo “U” o “U invertida”, que no se adecuarían al modelo lineal propuesto. Es conocido que estas relaciones no lineales pueden aparecer en variables medidas por instrumentos en muchos y diversos ámbitos de la psicología, y no se puede desestimar que no se estén produciendo con los datos de los que se dispone. Así, plantear análisis estadísticos no lineales para poder acomodar este tipo de relaciones puede resultar en la aparición de nuevas relaciones adicionalmente a las ya observadas.

Finalmente, se identifica como limitación el hecho de que el estudio realizado es transversal. La disponibilidad de los mismos datos en los sujetos de la muestra en el futuro podría dar lugar a la realización de un estudio longitudinal, que podría arrojar luz sobre la variación del EPT en el tiempo, así como la relación de sus funciones con el resto de las escalas incluidas en este trabajo, y con el hecho de realizar o no una terapia personal. La riqueza de semejante conjunto de datos permitiría la realización de estudios más completos y complementarios a los presentados en este trabajo.

Líneas futuras de investigación

Este trabajo puede extenderse de forma significativa en el futuro. Una posible extensión del trabajo puede ser la recopilación de datos de los mismos participantes en el futuro para poder realizar un estudio longitudinal. Como se ha indicado al hablar de las limitaciones del trabajo, este estudio podría dar lugar a una gran riqueza de resultados, orientados a poder evaluar la evolución del EPT en el tiempo, así como la relación con el resto de las escalas y con la realización de una terapia personal.

Otra posible línea futura podría ser la incorporación de más variables independientes en la regresión, procedentes de diferentes cuestionarios. En particular, se podrían analizar escalas procedentes de los cuestionarios CaMir-R de Balluerka et al., (2011) para evaluar el apego, y FACES (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*) de Martínez-Pampliega et al., (2006) para valorar el funcionamiento familiar. Estas escalas están actualmente disponibles en la muestra de la que se dispone, por lo que ampliar el estudio supondría la realización de más análisis de datos, pero no de más recogida de los mismos. Estas escalas no se han incluido en el presente trabajo por la extensión máxima del mismo, pero el análisis que se puede desprender de las mismas con respecto al EPT puede ser

relevante para indicar si alguna de las dimensiones que se miden tienen influencia en el EPT.

Una vía adicional de investigación que abre este trabajo es el estudio del posible efecto de mediación del EPT entre los constructos analizados y los resultados de la terapia y el establecimiento de la alianza terapéutica, siguiendo la hipótesis de la relevancia clínica del EPT que se ha desarrollado más arriba.

Por último, es posible proponer un trabajo futuro en la medida y evaluación del EPT en terapeutas mediante la observación de los mismos a través de infraestructuras habilitadas al efecto (salas con espejo, circuitos de cámaras, etc.). De este modo, se podría evaluar el EPT por psicólogos expertos, en lugar de únicamente mediante el cuestionario realizado al propio alumno en formación. Esta forma de evaluar el EPT podría ser más rica y añadir objetividad a la medición del mismo.

Conclusiones

En este trabajo, se ha analizado una muestra de estudiantes del MPGS de Comillas para intentar encontrar diferencias en cada una de las 5 funciones del EPT entre estudiantes que no han realizado psicoterapia personal, que se encuentran realizándola o que ya la han finalizado. Además, se ha buscado asociación entre cada una de las 5 dimensiones del EPT y diferentes escalas de tres cuestionarios distintos: Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), Escala de Autocompasión (SCS) e Inventario de Diferenciación del Self (SDI). Los resultados de un ANOVA de un factor con tres grupos únicamente han arrojado una diferencia significativa entre estudiantes que no han realizado terapia y los que están en un proceso terapéutico para la función *Operativa* del cuestionario EPT-C abreviado. Asimismo, en dicha función *Operativa* se ha encontrado asociación significativa con “IRI – Fantasía” (negativa) e “IRI – Malestar Personal”. Para

la función *Involucración* del EPT, se han encontrado asociaciones con las escalas “IRI – Preocupación Empática”, “SCS – Autojuicio y “SCS – Sobreidentificación” y “SCS – Humanidad Común”, aunque esta última presenta una baja fiabilidad. En cuanto a la función *Expresiva*, se ha observado una asociación significativa con “IRI – Fantasía”, y en alguno de los análisis realizados, con “IRI – Preocupación Empática”, aunque estos resultados deben tomarse con precaución dada la baja fiabilidad que presenta la función expresiva del EPT-C abreviado en la muestra analizada. La función *Instruccional* presenta asociación negativa con la escala “SDI – Corte Emocional” de forma negativa, aunque la baja fiabilidad de dicha función del EPT-C abreviado hace que los resultados pierdan relevancia.

Referencias

- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494.
- Batson, C. D. (2009). These things called empathy: eight related but distinct phenomena. En J. Decety y W. Ickes (Eds.), *Social Neuroscience of Empathy* (pp. 3–16). MIT Press. <http://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0002>
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Casari, L. (2017). Estilo personal del terapeuta en profesionales que trabajan en el campo de las adicciones. [Tesis Doctoral en Psicología. Universidad Nacional de San Luis].
- Casari, L., Ison, M., y Gómez, B. (2018). Estilo personal del terapeuta: Estado actual (1998-2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 2(23). <http://doi.org/10.24205/03276716.2018.1082>.
- Casari, L., Ison, M., y Gómez, B. (2019a). Personal style of the therapist and personality dimensions in a sample of Argentinian therapists. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22(2), 292-307. <http://doi.org/10.4081/ripppo.2019.362>
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.
- Corbella, S., Balma, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L. y García, F. (2009). Estilo Personal del Terapeuta y Teoría de la Mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 125-133.

- Davis, M.H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology, 10*, 85, 1-17.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (2011). Empathy. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (p. 3–21). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0001>.
- Estrada Aranda, B. (2014). Correlaciones entre Estilo Personal del Terapeuta y Escalas Clínicas del MMPI-II. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 23*(2), 153-162.
- Fernández Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., y Santoma, S. C. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*, 116-125. <https://doi.org/10.1002/cpp.358>.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López- Artal, L., y Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and quality of life outcomes, 12*(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- Genise, G. (2015). Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta. *Psicodebate, 15*(1), 9-22.
- Leary, M.R., Tate, E.B., Adams, C.E., Batts Allen, A., y Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 887–904. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>

- López, M., Arán, V., y Richaud de Minzi, M. C. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos. *Avances de Psicología Latinoamericana*, 32, 37–51. <https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03>
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317–338.
- Meizoso, M. (2020). Perfiles de estilo personal del terapeuta y personalidad en psicoterapeutas en formación. [Trabajo Final de Máster, Universidad Pontificia Comillas].
- Murray, T. L., Murray, C. E. y Daniels, M. H. (2007). Stress and family relationship functioning as indicators of the severity of fibromyalgia symptoms: A regression analysis. *Stress & Health*, 23, 3-8. <https://doi.org/10.1002/smi.1102>.
- Moe F. D., Thimm J. (2021). Personal therapy and the personal therapist. *Nordic Psychology*, 73(1), pp. 3–28, <https://doi.org/10.1080/19012276.2020.1762713>
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude towards oneself. *Self Identity*, 2, 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2003b). Development and validation of a scale to measure selfcompassion. *Self Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K. D. (2009). Self-compassion. En M. Leary y R. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 561–573). The Guilford Press.

- Neff, K. D., Rude, S.S., y Kirkpatrick, K.L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, *41*, 908–916. <https://doi.org/0.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Norcross, J. C., y Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. En J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 3–21). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0001>
- Pérez-Albéniz, A., De Paúl, J., Etxeberría, J., Montes, M. P., y Torres, E. (2003). Adaptación de interpersonal reactivity index (IRI) al español. *Psicothema*, *15*(2), 267-272.
- Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sánchez-Reales, S., Youn, S. J., Inchausti, F., y Molinari, G. (2019). La persona del terapeuta: Validación española del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *24*(3), 131-140. <https://doi.org/10.5944/rppc.24367>
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, *48*, 757–761. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.023>
- Richaud, M. C., Lemos, V. N., Mesurado, B., y Oros, L. (2017). Construct validity and reliability of a new Spanish empathy questionnaire for children and early adolescents. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00979>

- Rodríguez-González, M., Skowron, E., y Jódar, R. (2015). Spanish Adaptation of the Differentiation of Self Inventory-Revised (DSI-R). *Terapia Psicológica*, 33(1), 47-58. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000100005>
- Santibañez, P., Vidal, B., Muñoz, C., Arriagada, P., Sepúlveda, A., y Quiñones, Á. (2019). Variables que influyen en el estilo personal del terapeuta en psicoterapeutas y psicólogos en formación. *Revista argentina de clínica psicológica*, 28(4), 593-602.
- Skowron, E. A., y Friedlander, M.L. (1998). The differentiation of self inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 235-246. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.235>
- Skowron, E. A., y Schmitt, T. A. (2003). Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 209-222. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01201.x>
- Skowron, E. A., y Dendy, A. K. (2004). Differentiation of self and attachment in adulthood: Relational correlates of effortful control. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 26, 337-357. <https://doi.org/10.1023/B:COFT.0000037919.63750.9d>
- Skowron, E. A., Stanley, K., y Shapiro, M. (2009). A longitudinal perspective on differentiation of self, interpersonal, and psychological well-being in young adulthood. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 31, 3-18. <https://doi.org/10.1007/s10591-008-9075-1>
- Varela Fuentes, S. (2019). El estilo personal del psicoterapeuta. Autorreflexión y autocrítica de la práctica terapéutica como herramientas formativas y de revisión epistémica. *Redes* 39, 97-114.

Wampold, B., e Imel, Z. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2.^a ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203582015>

Apéndice A. Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta abreviado, en español (EPT)

Se presentan a continuación los ítems del cuestionario EPT tal y como se presentan en Castañeiras et al., (2008), y en este trabajo. Los ítems puntúan en una escala tipo Likert, donde 1 significa *Totalmente en desacuerdo* y 7 significa *Totalmente de acuerdo*.

-
1. Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada.
 2. Procuo dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones.
 3. Me gusta sentirme sorprendido/a por el material del paciente sin tener ideas previas.
 4. Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención.
 5. Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes.
 6. Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal.
 7. Pienso bastante en mi trabajo, aun en mis horas libres.
 8. Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá de las sesiones.
 9. Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir.
 10. Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión.
 11. Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración.
 12. En mis intervenciones soy predominantemente directivo/a.
 13. Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia.
 14. Una alta proximidad emocional es imprescindible para promover cambios terapéuticos.
 15. Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso.
 16. La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio.
 17. Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento.
 18. Si algo me irrita durante una sesión, puedo expresarlo.
 19. Soy bastante laxo/a con los horarios.
 20. Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios.
 21. Nunca modifico la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible.
-

La puntuación de las escalas se calcula sumando dichos ítems de la siguiente forma, donde los ítems en **negrita** deben ser invertidos:

- Función atencional: Ítems **1, 2, 3, 4**.
- Función involucración: Ítems **5, 6, 7, 8**.
- Función operativa: Ítems 9, 10, **11**, 12, 13.
- Función expresiva: Ítems 14, 15, 16, 17, 18.
- Función instruccional: Ítems **19**, 20 y 21.

Apéndice B. Índice de Reactividad Interpersonal adaptado al español (IRI)

Se presentan a continuación los ítems del cuestionario IRI tal y como se han introducido en este trabajo, que son una versión revisada de los presentados en Pérez-Albéniz et al., (2003). Los ítems puntúan en una escala tipo Likert, donde 1 es *No me describe bien* y 5 es *Me describe muy bien*.

-
1. Con cierta frecuencia sueño despierto y fantaseo sobre cosas que podrían pasarme.
 2. A menudo siento ternura y preocupación por las personas menos afortunadas que yo.
 3. A menudo me resulta difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.
 4. A veces no siento lástima de otras personas cuando tienen problemas.
 5. Me identifico con los sentimientos de los personajes de las novelas.
 6. En situaciones de emergencia me siento aprensivo e incómodo.
 7. Cuando veo una película u obra de teatro no suelo meterme de lleno en la trama y me mantengo objetivo.
 8. Cuando no se llega a un acuerdo intento tener en cuenta las opiniones de todas las partes del conflicto antes de tomar una decisión.
 9. Cuando veo que están abusando de la confianza de una persona, siento deseos de protegerla.
 10. A veces me siento indefenso cuando estoy en medio de una situación muy emotiva.
 11. A veces trato de comprender mejor a mis amigos imaginando cómo ven ellos las cosas desde su perspectiva.
 12. Es raro que me involucre o imbuya excesivamente en un buen libro o película.
 13. Suelo mantener la calma cuando veo que hacen daño a alguien.
 14. Las desgracias de los demás no suelen afectarme demasiado.
 15. Si estoy seguro/a de que tengo razón en algo, no pierdo mucho tiempo escuchando los argumentos de los demás.
 16. Después ver una película o una obra de teatro, me siento como si hubiese sido uno de los personajes.
 17. Me asusta estar en una situación de tensión emocional.
 18. Cuando veo que alguien es tratado injustamente hay veces que no me da lástima de él.
 19. Normalmente soy bastante eficaz en situaciones de emergencia.
 20. A menudo me siento bastante afectado/a por las cosas que suceden.
 21. Creo que toda cuestión tiene dos caras y trato de considerar ambas.
 22. Me considero una persona amable y generosa con los demás.
 23. Cuando veo una buena película me puedo poner fácilmente en el papel del protagonista.
 24. Suelo perder el control en situaciones de emergencia.
 25. Cuando estoy disgustado con alguien, normalmente intento ponerme en su lugar por un momento.
 26. Cuando estoy leyendo una historia o una novela interesante me imagino cómo me sentiría si todo lo que está ocurriendo en ella me sucediera a mí.
 27. Cuando veo que alguien necesita ayuda urgente en una emergencia me derrumbo.
 28. Antes de criticar a alguien, trato de imaginarme cómo me sentiría si estuviera en su lugar.
-

La puntuación de las escalas se calcula promediando dichos ítems de la siguiente forma, donde los ítems en negrita deben ser invertidos:

- Toma de perspectiva: Ítems **3**, 8, 11, **15**, 21, 25, 28.
- Fantasía: Ítems 1, 5, **7**, **12**, 16, 23, 26.
- Preocupación empática: Ítems 2, **4**, 9, **13**, **14**, **18**, 20, 22.
- Malestar personal: Ítems 6, 10, 17, **19**, 24, 27.

Apéndice C. Escala de Autocompasión en su forma corta (SCS-SF)

Se presentan a continuación los ítems del cuestionario usados en este trabajo, tal y como se presentan en el Anexo 2 de Garcia-Campayo et al., (2014). Los ítems puntúan en una escala tipo Likert, donde 1 significa *Casi nunca* y 5 significa *Casi siempre*.

-
- 1.- Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia.
 - 2.- Trato de ser comprensivo/a y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.
 - 3.- Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.
 - 4.- Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que la mayoría de la gente es probablemente más feliz que yo.
 - 5.- Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.
 - 6.- Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.
 - 7.- Cuando algo me disgusta, trato de mantener mis emociones en equilibrio.
 - 8.- Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo/a en mi fracaso.
 - 9.- Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y fijarme en todo lo que va mal.
 - 10.- Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.
 - 11.- Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.
 - 12.- Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.
-

Las subescalas se calculan promediando dichos ítems de la siguiente forma:

- Auto-Amabilidad: Ítems 2, 6.
- Humanidad común: Ítems 5, 10.
- Mindfulness: Ítems 3, 7.
- Auto-Juicio: Ítems 11, 12.
- Aislamiento: Ítems 4, 8.
- Sobre-identificación: Ítems 1, 9.

Apéndice D. Inventario de Diferenciación del *Self* Revisado en español (SDI)

Se presentan a continuación los ítems del cuestionario tal y como se describen en Rodríguez-González et al., (2015), tal y como se han utilizado en este trabajo. Los ítems puntúan en una escala tipo Likert, donde 1 significa *Totalmente en desacuerdo* y 6 significa *Totalmente de acuerdo*.

-
- 1.- La gente suele decirme que soy excesivamente emocional
 - 2.- Tengo dificultades para expresar mis sentimientos a las personas que me importan
 - 3.- A menudo me siento inhibido cuando estoy con mi familia
 - 4.- Cuando alguien cercano a mí me desilusiona, me alejo de él/ella por un tiempo
 - 5.- Tiendo a distanciarme cuando la gente se acerca demasiado a mí
 - 6.- Desearía no ser tan emocional
 - 7.- Mi esposo/a o pareja no toleraría que expresase mis verdaderos sentimientos sobre algunas cosas
 - 8.- A veces mis sentimientos me desbordan y tengo problemas para pensar con claridad
 - 9.- Con frecuencia me siento incómodo/a cuando la gente se acerca demasiado (físicamente)
 - 10.- A veces sufro muchos altibajos emocionales
 - 11.- Estoy preocupado por perder mi independencia en las relaciones personales más cercanas
 - 12.- Soy excesivamente sensible a la crítica
 - 13.- Con frecuencia siento que mi esposo/a o pareja quiere demasiado de mí
 - 14.- Si he tenido una discusión con mi esposo/a o pareja tiendo a pensar en ello todo el día
 - 15.- Cuando una de mis relaciones personales es muy intensa siento la necesidad de alejarme
 - 16.- Si alguien está enfadado/a o entristecido/a conmigo, no soy capaz de dejarlo pasar fácilmente
 - 17.- Nunca consideraría acercarme a ninguno de los miembros de mi familia para buscar apoyo emocional
 - 18.- Fácilmente soy herido por otros
 - 19.- Cuando estoy con mi esposo/a o pareja normalmente me siento asfixiado
 - 20.- Con frecuencia me pregunto sobre qué tipo de impresión creo
 - 21.- Normalmente cuando las cosas van mal, hablar de ellas lo hace peor
 - 22.- Vivo las cosas más intensamente que otros
 - 23.- Si mi esposo/a o pareja me diese el espacio que necesito nuestra relación personal podría ser mejor
 - 24.- Las discusiones con mis padres o hermanos/as aún consiguen hacerme sentir fatal
 - 25.- A veces me encuentro físicamente mal después de discutir con mi esposo/a o pareja
 - 26.- Me preocupa que la gente cercana a mí se ponga enferma, esté triste o enfadada o les pase algo
-

La corrección del cuestionario considera que todos los ítems de las escalas deben ser invertidos, y ambas subescalas se calculan promediando ítems de la siguiente forma:

- Reactividad emocional: 1, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 25, 26.
- Corte emocional: 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23.