



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Conciencia interoceptiva y características del terapeuta

AGUSTINA OVALLE OLAVE

Profesora Guía: Candice Fischer
Paula Dagnino
Stephanie Vaccarezza

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

Abril, 2022
Santiago, Chile



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Conciencia interoceptiva y características del terapeuta

AGUSTINA OVALLE OLAVE

Profesora Guía: Candice Fischer
Paula Dagnino
Stephanie Vaccarezza

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

Santiago, Chile

Índice

Índice.....	IV
Lista de Tablas	V
Resumen.....	1
Introducción y formulación del proyecto.....	3
Marco teórico y discusión temática.....	6
El Terapeuta y su cuerpo	6
Conciencia interoceptiva.....	7
Conciencia interoceptiva y terapeutas	9
Conciencia interoceptiva y variables demográficas.....	10
Estilo Terapéutico.....	12
Estilo terapéutico y psicoterapia.....	15
Estilo terapéutico y variables demográficas.....	17
Objetivos e Hipótesis.....	20
Metodología.....	21
Diseño metodológico.....	21
Muestra.....	21
Producción de datos.....	23
Análisis de datos.....	24
Resultados.....	25
Análisis Descriptivo	26
Análisis Estadísticos.....	27
Discusión y conclusiones.....	34
Referencias.....	42
Anexo 1. Consentimiento Informado.	49
Anexo 2. Cuestionario de conciencia interoceptiva (MAIA).....	50
Anexo 3. Cuestionario Básico para el Desarrollo de Psicoterapeutas (DPCCQ).....	54
Anexo 4. Cuestionario Demográfico.....	56

Lista de tablas

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos de la muestra.....	27
Tabla 2. Media, desviación estándar, mínimo y máximo de la conciencia interoceptiva y las dimensiones de control y afiliación.....	28
Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de las categorías de estilos terapéuticos.....	28
Tabla 4. Comparación de promedios de la conciencia interoceptiva según género, años de experiencia profesional, servicio de salud y diplomado.....	29
Tabla 5. Frecuencias, porcentajes y análisis de chi cuadrado para las categorías de los estilos terapéuticos y el género, años de experiencia profesional, servicio de salud y diplomado.....	30
Tabla 6. Comparación de los promedios de la dimensión control del estilo terapéutico según el sexo, años de experiencia profesional, servicios de salud y diplomado.....	31
Tabla 7. Comparación de los promedios de la dimensión afiliativa del estilo terapéutico según el sexo, años de experiencia profesional, servicios de salud y diplomado.....	32
Tabla 8. Comparación de los promedios de conciencia interoceptiva según el estilo terapéutico.....	33
Tabla 9. Matriz de correlaciones entre las dimensiones de estilo terapéutico y la conciencia interoceptiva.....	34

Resumen

Se ha demostrado que las diferencias entre terapeutas tendrían gran impacto en el resultado terapéutico de los pacientes que asisten a psicoterapia, lo que hace necesario conocer quién es el terapeuta y su forma de relacionarse con los pacientes. Las diferencias entre terapeutas generan variabilidad en los resultados del proceso psicoterapéutico. Son distintas las variables de los terapeutas que han sido estudiadas, como la personalidad, creencias, estilo terapéutico, alianza terapéutica, género, años de experiencia, lugar de trabajo, orientación teórica, entre otras. En particular, el estilo terapéutico corresponde al grado de variabilidad que poseen estos para pensar y aplicar sus intervenciones en su labor clínica, el que está asociado a los aspectos motivacionales, regulación emocional y grado en que ellos se involucran con sus pacientes.

Por otro lado, se ha visto que la forma en que las personas interpretan y se relacionan con su cuerpo tiene un papel importante en la experiencia emocional, autorregulación y la toma de decisiones. La conciencia interoceptiva, que es la percepción consciente del estado interno del cuerpo ha sido poco estudiada, pero se ha visto que está asociada a las sensaciones corporales de los terapeutas durante el proceso terapéutico, por esto, se piensa que la conciencia interoceptiva constituye una valiosa herramienta para el proceso terapéutico.

El estilo terapéutico y la conciencia interoceptiva poseen relación con la regulación emocional, esto quiere decir que poseen un rol importante en el proceso psicoterapéutico, y por ende es importante estudiar su relación.

El presente estudio busca analizar la relación entre la conciencia interoceptiva y el estilo terapéutico, y a su vez, cómo éstas se encuentran relacionadas al género, años de experiencia profesional y servicio de salud en el que se desempeñan los terapeutas. Esto permitirá acercarnos a una comprensión más profunda de la persona del terapeuta y sus implicancias en el proceso terapéutico.

El diseño del estudio será no experimental y la metodología será cuantitativa con un alcance correlacional. La muestra está constituida por terapeutas que realizaron los diplomados de estudios sobre Personalidad y de Mindfulness, ambos en la misma universidad. Los participantes respondieron una batería de cuestionarios sobre información de la persona del terapeuta que contenía: un Cuestionario Demográfico, el Cuestionario de Conciencia Interoceptiva (MAIA) y el Cuestionario Básico para el Desarrollo de Psicoterapeutas

(DPCCQ). El análisis de datos se realizó mediante estadísticas inferenciales y descriptivas, específicamente análisis descriptivos, pruebas de Análisis de Varianza (ANOVA), Chi Cuadrado y Matriz de Correlaciones.

En base a los análisis realizados se observó que la conciencia del estado interno del cuerpo estaría vinculado con el estilo de ser terapeuta. Además se demostró que la conciencia interoceptiva se relaciona con la dimensión afiliativa de los terapeutas. Es por esto que se concluye que es fundamental el estudio de la dimensión corporal de los terapeutas, ya que se asocia con cómo estos perciben su estilo terapéutico y, por lo tanto, influye en el proceso psicoterapéutico aportando en la comprensión de las variables sobre la persona del terapeuta y, por ende, en una comprensión más profunda del proceso terapéutico.

Introducción

En la literatura, se han estudiado ampliamente las variables que predicen un tratamiento exitoso (Johns et al., 2018). Baldwin e Imel (2013), han observado uno de los aspectos que influye en la variabilidad de los resultados del proceso terapéutico son las diferencias entre terapeutas, y se ha visto que algunos terapeutas son más eficaces que otros (Okiishi et al., 2003). En el meta-análisis realizado por Crits-Christoph et al. (1991) se observó en 15 estudios analizados, que el efecto del terapeuta estaba entre el 0% y el 48%. En la misma línea, la revisión sistemática realizada por Baldwin e Imel (2013) obtuvo como resultado que los efectos del terapeuta estaban en un rango de 0% al 55%, en 46 estudios de efectos aleatorios. Esta variación se debe a que, en los diversos análisis realizados, se ha encontrado gran heterogeneidad debido al tamaño de la muestra y tipos de pacientes (Johns et al., 2018). Adicionalmente, Schiefele et al. (2017) afirman que los efectos del terapeuta son más críticos en los entornos clínicos donde los pacientes son más graves, es decir, cuanto más grave es el paciente mayor es el efecto del terapeuta en el resultado de la terapia.

Por lo tanto, las diferencias entre terapeutas tendrían gran impacto en el resultado terapéutico, lo que hace fundamental centrar el foco de la investigación científica en la persona del terapeuta y sus características, ahondando en quién es y cómo se relaciona con los pacientes (Szmulewicz, 2013). En particular, el estudio del proceso y resultado de la psicoterapia permitirá optimizar la práctica clínica en contextos de asistencia y formación de terapeutas (Fernández-Álvarez et al., 2017).

Desde el inicio de la investigación sobre la psicoterapia, se estudia la persona del terapeuta (Orlinsky et al., 1999). De acuerdo con la literatura, el estudio en esta área ha sido intermitente y descuidado por el protagonismo que ha adquirido el tratamiento y el paciente a lo largo del tiempo (Orlinsky et al., 1999). Sin embargo, los estudios que se han realizado en un comienzo sobre la persona del terapeuta, estuvieron centrados en sus características, el proceso de entrenamiento y desempeño. Actualmente, las investigaciones han analizado diversas variables de los terapeutas, como los patrones de personalidad, factores cognitivo-afectivos, valores, creencias, bienestar emocional, factores socio-profesionales y el estilo terapéutico (Fernández-Álvarez et al., 2015).

Respecto a la práctica de los terapeutas se sostiene que está influida, tanto por los años

de experiencia que éste posee como por el tipo de tratamiento que utiliza, la alianza terapéutica, intervenciones específicas y características globales, como la habilidad para formar la alianza terapéutica con distintos pacientes y las habilidades interpersonales del terapeuta (Niessen, 2016). Otra arista que ha sido ampliamente estudiada es la orientación teórica de los terapeutas y el impacto que tiene en las diferentes funciones e intervenciones que ejercen (Casari et al., 2019). Se observó que en pacientes drogodependientes, el tratamiento específico para esa patología influiría más en el proceso terapéutico que el marco teórico desde el cual trabajan los terapeutas, es decir, el tratamiento específico tendría mayor influencia en el proceso terapéutico que el marco teórico desde el cual se posiciona el terapeuta. Sin embargo, por lo general en los estudios realizados sobre el estilo personal del terapeuta, el enfoque teórico se ha visto relacionado con diferencias estilísticas de los terapeutas (Casari et al., 2018).

Tal como se mencionó, la comprensión sobre las circunstancias que producen diferencias entre los terapeutas está lejos de ser completa (Crits-Christoph et al., 1991). Sin embargo, a pesar de la limitada literatura que existe respecto de la persona del terapeuta, durante los últimos 25 años se han realizado estudios empíricos sistemáticos sobre el desarrollo profesional a lo largo de su carrera (Orlinsky et al., 2010), poniendo en evidencia la importancia central de su rol en la determinación de los procesos y resultados de la psicoterapia (Fernández-Álvarez et al., 2015).

Los terapeutas difieren en cuanto a su eficacia y cómo sus competencias clínicas se encuentran involucradas en los resultados del proceso psicoterapéutico (Nissen-Lie et al., 2016) e inciden en los resultados clínicos de los pacientes (Beutler et al., 2004). Esto ha llevado a que algunos autores afirmen que el terapeuta es el instrumento más importante de la psicoterapia (Vázquez y Gutiérrez, 2015).

Entre las características de los terapeutas, que han sido estudiadas, está el estilo terapéutico, ya que es un criterio útil para delimitar los ejes sobre los que se desarrolla el proceso psicoterapéutico (Fernández-Álvarez et al., 2017). Este implica el grado de variabilidad en la forma que tienen los terapeutas, tanto para pensar como para esbozar sus intervenciones (Heinonen, 2014). El estilo terapéutico también se relaciona con las características que manifiestan los terapeutas al trabajar con poblaciones de pacientes específicas (Casari et al., 2019).

Existen distintos análisis para evaluar los factores o variables que contribuyen a la

diferencia de los resultados de los terapeutas (Huppert et al., 2001), y cómo su estilo personal se relaciona positivamente con los resultados de la psicoterapia (Botella y Corbella, 2005). Es por esto, que estudiar el estilo terapéutico nos permitirá comprender en mayor profundidad el proceso terapéutico y sus resultados.

Por otro lado, la conciencia interoceptiva es un tema que ha sido poco estudiado (Mehling et al., 2012). Este concepto se relaciona con la percepción consciente del estado interno del cuerpo (Mehling et al., 2012), y se ha descubierto que permite a los clínicos refinar su sentido de límites propios y ajenos. Esto la convierte en un medio por el cual se puede notar la contratransferencia (Forester, 2001), ya que la integración del cuerpo y la mente influye en el control de la atención y la autorregulación (Hilari, 1990), logrando mayor conexión con el paciente y las reacciones que provoca en el terapeuta (Rivera, 2013). Esto le permite al terapeuta comprender los procesos emocionales y físicos, tanto propios como del paciente (Booth et al., 2010), por lo que constituye una herramienta para el proceso terapéutico.

Se ha visto que el 46% de las reacciones contratransferenciales de los terapeutas se han catalogado como encarnadas o relativas al cuerpo, por lo que éstas al ser más conscientes, facilitan poder comprender en mayor profundidad cómo se sienten los terapeutas respecto a sus pacientes (Loughran, 2002). Se hace indispensable comprender y estudiar sus reacciones corporales, pues muchas de las reacciones que estos tienen son poco escuchadas, llegando algunos a afirmar que son conscientes del componente somático (Greene, 2001). Es por esto que es necesario poner el foco en sus reacciones corporales ya que revelan gran cantidad de información sobre los pacientes y el vínculo terapéutico, que no está siendo considerado.

Tal como afirma Orlinsky et al. (1999), conocer la naturaleza del trabajo psicoterapéutico es un punto de partida para comprender el desarrollo de los psicoterapeutas, su formación y crecimiento, con el fin de fortalecer o modificar su proceso de aprendizaje para obtener mejores resultados terapéuticos. Pese a la clara importancia de estudiar y entender a la persona del terapeuta como una variable, la investigación en este tema y específicamente en relación al estilo terapéutico y a la conciencia interoceptiva, es escasa.

Considerando la evidencia y los vacíos en el conocimiento respecto a este tema, el presente trabajo busca estudiar la relación entre la conciencia interoceptiva y la percepción que posee un grupo de terapeutas respecto a su estilo de ser terapeuta, asociado a distintas variables

demográficas, el género, los años de experiencia profesional y el servicio de salud donde desempeña funciones el terapeuta. Para esto se realizó la recolección de datos mediante tres cuestionarios: Cuestionario Demográfico, Cuestionario de Conciencia Interoceptiva (MAIA) y Cuestionario Básico para el Desarrollo de Psicoterapeutas (DPCCQ). Se realizaron diversos análisis estadísticos, como ANOVA, Chi Cuadrado y Matriz de Correlaciones lo que permitió, por un lado, comprender más variables sobre la persona del terapeuta, y por otro, acercarnos a una comprensión más profunda sobre el proceso terapéutico.

Marco teórico

Dado que el estudio sobre los terapeutas ha sido limitado, el foco en el último tiempo se ha puesto en las cualidades de los terapeutas, en sus habilidades y características, ya que éstas inciden en la eficacia de los tratamientos y resultados de los pacientes (Fernández-Álvarez et al., 2015). Es esencial el estudio de la naturaleza de la influencia de los terapeutas en el proceso y resultado terapéutico (Olinsky y Ronnestad, 2005), y se hace necesario conocer las diferencias interterapeutas y su efecto sobre la alianza, adherencia y resultados de la psicoterapia (Baldwin e Imel, 2013).

El terapeuta y su cuerpo

La integración de los procesos somáticos y psicológicos comienza a ser abordado desde el inicio del Psicoanálisis (Athanasiadou y Halewood, 2011), volviéndose el cuerpo de los pacientes un tópico de interés (Rumble, 2010). Sin embargo, el papel del cuerpo del terapeuta es un tema poco estudiado, del cual no existe claro conocimiento en la literatura ni en la experiencia práctica (Athanasiadou y Halewood, 2011).

r

El primero en reflexionar sobre el elemento somático en los terapeutas fue Samuels (1985), analista que estudió las reacciones contratransferenciales. Años después es Shaw (2004) quien investiga la corporeidad de los terapeutas, introduciendo el concepto de contratransferencia corporeizada en el encuentro terapéutico. Varios terapeutas informan que experimentan reacciones físicas de los clientes en terapia, es decir, sienten resonancia de lo que le ocurre al paciente en la sesión (Booth et al., 2010). A su vez, se ha descubierto que hay pacientes que suelen provocar mayor cantidad de reacciones somáticas en los terapeutas, como

por ejemplo, al trabajar con pacientes narcisistas, psicóticos, con personalidad límite, trauma, entre otros (Stone, 2006).

Las reacciones multisensoriales que perciben los terapeutas son: náuseas, dolores de cabeza, tensión muscular, dolor en las articulaciones, trastornos estomacales, entre otras reacciones que los ayudan a guiar su comprensión y respuesta a los clientes (Booth et al., 2010). En esta línea, Stone (2006) afirma que la contratransferencia o resonancia encarnada puede manifestarse con reacciones corporales como sueño, excitación sexual, cefalea y sensación de asfixia.

Se ha observado que existe cierto conservadurismo respecto a cuánta atención se debe prestar al cuerpo del terapeuta, no obstante, comienza a adquirir mayor prioridad en investigaciones recientes (Athanasiadou y Halewood, 2011).

Es necesario estudiar el impacto del cuerpo de los terapeutas en el proceso terapéutico, considerando que los clínicos afirman que usan su cuerpo para comprender mejor cómo se sienten en relación con sus pacientes en el contexto psicoterapéutico (Loughran, 2002). Esto reafirma la utilidad e importancia de estudiar el cuerpo del terapeuta, lo que explica que el cuerpo del terapeuta se vuelva un tema atractivo para la investigación.

Conciencia interoceptiva

Un concepto que se vincula con la dimensión corporal es la interocepción, la cual consiste en la percepción de las sensaciones que se dan al interior del cuerpo (Mehling et al., 2009). Incluye las sensaciones físicas, funcionamiento de los órganos, los latidos del corazón, respiración y actividad del sistema nervioso, y su relación con las emociones que por lo general, ocurren fuera de la conciencia (Mehling et al., 2009). Es considerada como un proceso que mantiene el funcionamiento homeostático y la regulación corporal (Mehling, et al., 2009), permitiendo conexión con el mundo y mejor adaptación con el entorno y sus cambios (Barrett y Simmons, 2015). La interocepción también está relacionada con la autoconciencia humana (Seth, 2013) y las prácticas de mindfulness (Arthington, 2016), lo que ha generado mayor interés en los científicos (Grabaukaitè et al., 2017). Se trata de una práctica que ofrece un medio para trabajar factores que contribuyen al éxito de la terapia (Germer et al., 2005). Permite que el terapeuta pueda estar más consciente de la experiencia emocional del paciente, al

escuchar los propios procesos internos que le entregan información adicional del paciente, lo que permite potenciar el desarrollo de la alianza terapéutica (Aponte et al., 2012).

Por otro lado, Craig (2002), define la conciencia interoceptiva como la evaluación subjetiva del propio estado, es decir, cómo el sistema nervioso percibe e interpreta las señales originadas al interior del cuerpo. Así también se describe como un conjunto de creencias de una persona sobre los aspectos de sus propias capacidades y tendencia a percibir de forma consciente las señales del interior del cuerpo (Mehling et al., 2012). Sumado a esto, se habla de que es la tendencia autopercebida a detectar las señales corporales internas como latidos del corazón, hambre, sed, dolor, respiración y además las emociones y actitudes respecto al estado interno del cuerpo (Khalsa et al., 2018).

Para el presente estudio la conciencia interoceptiva será entendida tal como la define Mehling et al. (2012), como la tendencia que tiene la persona para percibir de forma consciente las señales del interior del cuerpo.

Debido a la falta de atención en la integración de los sistemas corporales, las investigaciones que se han realizado sobre el tema se han aislado dentro de algunas disciplinas científicas como la neurociencia, biología, medicina y psicología (Mehling et al., 2012). Se ha descubierto que la conciencia interoceptiva varía según la disciplina y método usado para medirla. Por ejemplo, mediante la monitorización cardiaca, que mide la capacidad de las personas para detectar sus propios latidos (Mehling et al., 2012). Las distintas formas de registrarla han generado que la definición de este constructo sea muy variada dificultando la identificación de las características que se investigan y la calidad de los hallazgos, lo que demuestra la necesidad de operacionalización en la neurociencia (Lazar et al., 2005) y en la práctica clínica (Holzel et al., 2011).

La conciencia interoceptiva es un constructo multifacético, y se ha descubierto que tener una percepción consciente de los estados internos es importante para regular el comportamiento (Khalsa, 2009). Se ha relacionado con distintas condiciones clínicas y de salud como la sensibilidad al dolor, la diabetes, la obesidad, y se ha sugerido que es un factor en la depresión, ansiedad y la anorexia (Khalsa et al., 2009).

La neurociencia propone que existe relación entre la interocepción y la toma de decisiones, y que la conciencia de las emociones físicas es fundamental en la regulación del

afecto y sentido del yo (Mehling et al., 2009). Daubenmier (2005) ha estudiado la conciencia interoceptiva para ampliar el constructo e incluir, no sólo si las sensaciones corporales son percibidas, sino también la valoración de éstas. Además, se ha observado que percibir e integrar la información que proviene del cuerpo se relaciona con la atención interoceptiva, la sensibilidad y el autoinforme, lo que ha llevado a un aumento en el interés por la interocepción, ya que los hallazgos demuestran que posee un papel integral en la experiencia emocional, autorregulación, toma de decisiones y consciencia (Mehling, 2012). Es por esta razón que es muy importante para la comprensión del proceso psicoterapéutico y la labor del terapeuta, poder distinguir sus reacciones corporales, ya que entregan información del mundo interno del paciente (Field, 1989) y de la interacción que se da entre terapeuta y paciente (Aponte et al., 2012).

Conciencia interoceptiva y terapeutas

Loughran (2002) menciona que la conciencia interoceptiva es una herramienta para detectar el nivel de confort o ansiedad que tienen los terapeutas con sus pacientes. A través de ella, los clínicos logran refinar su sentido de las propias reacciones corporales y de aquellas que pueden estar influenciadas por el paciente (Foraster, 2001). Se trata de un medio para procesar y controlar la contratransferencia somática (Foraster, 2001). El cuerpo del terapeuta puede ser usado como un medio para conectarse de forma empática e intuitiva con el mundo interno del paciente a través de la identificación e identificación proyectiva (Athanasiadou y Halewood, 2011).

Las reacciones psicósomáticas que experimenta el terapeuta de forma espontánea, sin relación directa con lo dicho de forma manifiesta como las sensaciones de hambre, aburrimiento y estornudos, entre otros., son una forma de comunicación no manifiesta (Field, 1989), lo que le entregaría mayor información al terapeuta para comprender a los pacientes. Esto demuestra que es fundamental para el proceso psicoterapéutico que el clínico pueda distinguir las reacciones corporales que aluden al mundo interno del paciente, ya que se trata de una valiosa fuente de información (Field, 1989), que es importante para el proceso terapéutico (Loughran, 2002).

Se ha observado que la integración del cuerpo y la mente fomenta la autorregulación y control de la emoción, lo que se relaciona con el manejo del estrés y la regulación del terapeuta

durante la terapia (Hilari, 2017). Es de gran importancia estar conectado con el propio estado físico y emocional, ya que esto permite tomar decisiones premeditadas y no caer en un funcionamiento automatizado que muchas veces suele ocurrir en la clínica (Krogh, 2019).

Además, diversos autores han planteado que si el terapeuta es capaz de ser consciente de la tensión emocional, la que a menudo se expresa en el cuerpo, disminuye el riesgo de cometer errores en la práctica clínica (Krogh, 2019). Por esto es importante poder ahondar en el estudio y comprensión de la conciencia de las reacciones internas del cuerpo que tienen los terapeutas, ya que entrega información que puede guiar la práctica clínica y la posibilidad de realizar intervenciones más conectadas con las necesidades de los pacientes.

Conciencia interoceptiva y variables demográficas

Conciencia interoceptiva y género

La interocepción posee diferente prevalencia entre los géneros, sin embargo las diferencias de género suelen descuidarse (Grabauskaitė et al., 2017). Las mujeres suelen notar las sensaciones corporales con más frecuencia que los hombres, ya que comprenden mejor su relación con los estados emocionales, reaccionan más a los estímulos negativos y los sienten como menos controlables, lo que muchas veces genera miedo, llevando a que perciban el cuerpo como un lugar menos seguro (Grabauskaitė et al., 2017). Además se ha visto que al medir la conciencia interoceptiva con la detección de los latidos del corazón, los hombres son más precisos en contar sus latidos (Montoya et al., 1993).

Otros autores han informado que no hay diferencias de género en el recuento de latidos del corazón (Pollatos y Schandry, 2004). La conciencia interoceptiva medida con el Cuestionario Multidimensional de Conciencia Interoceptiva (MAIA) ha estado sesgada hacia muestras dominadas por mujeres (Grabauskaitė et al., 2017). En un estudio realizado en Chile para validar el instrumento (MAIA), la muestra estaba compuesta por un 77% de mujeres (Valenzuela y Reyes, 2015). En la investigación realizada por Grabauskaitė et al. (2017) se detectaron diferencias al usar el MAIA, en la conciencia emocional y escucha corporal, esto pone en evidencia la importancia de encontrar el efecto que posee el género en la interocepción en estudios futuros.

Conciencia interoceptiva y años de experiencia profesional

Las investigaciones respecto a los cambios en la interocepción a lo largo de la vida han mostrado diversos resultados, ya que la trayectoria de su desarrollo es poco conocida (Jones, 2020). Se ha observado que los practicantes de mindfulness con varios años de experiencia poseen mayor desarrollo cerebral en áreas relacionadas con la atención, interocepción y procesamiento sensorial (Lazar et al., 2005). A su vez se ha visto que esta práctica está directamente relacionada con la posibilidad de manejar la contratransferencia, tanto emocional como física (Fatter y Hayes, 2013). Además, se ha estudiado que los terapeutas que se entrenan en mindfulness, y ejercen como clínicos, afirman tener mayor facilidad para conectarse con su experiencia interna (McCollum y Gehart, 2010). Los terapeutas afirman que la práctica de Mindfulness se relaciona directamente con la posibilidad de manejar las reacciones contratransferenciales, tanto corporales como afectivas de forma efectiva (Fatter y Hayes, 2013)

Por lo tanto, si bien las personas que tienen mayor experiencia en prácticas como mindfulness poseen más facilidad para comprender sus estados corporales, no hay evidencia sobre los años de experiencia y la conciencia interoceptiva.

Conciencia interoceptiva y servicio de salud

En Chile se han realizado estudios que abordan la dimensión de la conciencia interoceptiva y su relación con determinados trastornos mentales. Por ejemplo, en el estudio de Behar (2010) se estudiaron los trastornos de la conducta alimentaria usando el Inventario de Trastornos Alimentarios, donde una de las dimensiones medidas fue la conciencia interoceptiva. El cuestionario busca la capacidad para identificar las propias emociones de pacientes que sufren de un trastorno de la conducta alimentaria, llegando a la conclusión que pacientes con trastornos alimentarios poseen baja conciencia interoceptiva (Behar, 2010).

Usabiaga (2018) también ha estudiado la corporalidad y subjetividad de los terapeutas relacionada a las prácticas de mindfulness en Chile. Dentro de los resultados se observó que el cuerpo del terapeuta posee la capacidad para experimentar las emociones que el paciente no logra integrar a la consciencia, y también que las reacciones corporales de los terapeutas entregan información sobre sus propias necesidades y pensamientos (Usabiaga, 2018). Sin embargo, en Chile no existen investigaciones sobre la conciencia interoceptiva y su relación con la persona del terapeuta.

En base a lo mencionado, queda en evidencia que la conciencia interoceptiva estaría relacionada con diversas variables de los terapeutas, por ejemplo, el género, ya que se ha visto que varía según éste. Además, si bien no existe evidencia sobre la conciencia del cuerpo según los años de experiencia, sí se ha estudiado que las personas que realizan diversas prácticas de conexión con la experiencia interna logran comprender más sus reacciones contratransferenciales y mayor desarrollo de la interocepción, por lo que podría esperarse que los terapeutas con más años de experiencia posean mayor conciencia del estado interno de su cuerpo.

Por otro lado, las reacciones corporales de los terapeutas pueden variar según el tipo de patologías con las que trabajan, por lo que podría relacionarse con el lugar de trabajo. Por tanto, poder comprender e integrar los estados internos del cuerpo -es decir la conciencia interoceptiva- se relaciona con la experiencia emocional, toma de decisiones y autorregulación, por ende, influye en la labor clínica que realizan los terapeutas. Conocer con mayor profundidad esta relación nos permitirá una mejor comprensión de los procesos psicoterapéuticos, y por ende, intervenciones alineadas con las necesidades de los pacientes. Esto podría también contribuir en la formación de futuros profesionales, ya que la comprensión del propio estado interno del cuerpo sería una herramienta que entrega gran información.

Estilo terapéutico

Otra variable de interés es el estilo terapéutico, que comprende las características habituales que posee cada terapeuta y su forma de ser e intervenir en terapia (Vázquez y Gutiérrez, 2015). El estilo terapéutico se relaciona con los aspectos motivacionales, regulación emocional e involucramiento que se da en la relación terapéutica (Castañeiras et al., 2008). Es por esto que podríamos pensar que estaría ligado con la conciencia interoceptiva, ya que ambos influyen y son parte del proceso psicoterapéutico. Por lo tanto, conocer los distintos estilos de ser terapeuta, y su relación con diversas variables demográficas, contribuirá en la comprensión de la persona del terapeuta, su desarrollo, formación y crecimiento (Orlinsky, 1999), aportando mayor comprensión y por ende posibles mejores resultados terapéuticos.

Tal como se mencionó, entender el proceso psicoterapéutico implica múltiples perspectivas (Lambert, 2013) es decir, es necesario estudiar tanto al paciente como al terapeuta.

Es por esto que la exploración de las variables del terapeuta se ha vuelto con el tiempo un tema relevante a investigar (King et al., 2017).

Se ha producido un constante debate respecto al funcionamiento de la psicoterapia. Si su funcionamiento se debe a lo específico de un tratamiento determinado o a que los terapeutas poseen habilidades específicas que pueden ser eficaces debido a sus características globales (Nissen-Lie et al., 2016).

La evidencia sobre cómo influyen las características de los terapeutas en la eficacia terapéutica es limitada y controvertida (García et al., 2007), pero se han estudiado diversas variables, tales como: los aspectos demográficos, personalidad, bienestar emocional del terapeuta, factores cognitivos-afectivos, valores, creencias, factores socio profesionales y estilo terapéutico (García et al., 2007). Dentro de los aspectos demográficos se ha visto que están involucrados el género, la edad, raza y religión. Además, las características de formación, como el título profesional y los años de experiencia también juegan un rol importante en las diferencias entre terapeutas (Huppert et al., 2001). Diversos estudios han encontrado que no está relacionada de forma significativa la edad del terapeuta con los resultados del tratamiento, pero que los pacientes que fueron atendidos por terapeutas con más experiencia tuvieron mejores resultados que los pacientes atendidos por terapeutas con menor experiencia (Huppert et al., 2001). Por otro lado, autores como Prado et al. (2019) afirman que las características como edad, años de experiencia y nivel de integración teórica no serían predictivas de los efectos del terapeuta, demostrando las distintas visiones que existen respecto a las características de los terapeutas. Por su lado, la experiencia práctica es considerada una variable relacionada a la eficacia de los terapeutas ya que permite desarrollar flexibilidad y sensibilidad respecto a las necesidades del paciente (Prado et al., 2019). En esta línea, Heinonen y Orlinsky afirman que sí existen diferencias interterapeutas según su orientación teórica; sostienen que los terapeutas cognitivo conductuales son más racionales y objetivos, mientras que los terapeutas psicodinámicos son más intuitivos y abiertos a la experiencia (Heinonen y Orlinsky, 2013).

El concepto estilo terapéutico es desarrollado en la década de los noventa por Larry Beutler (1994) y David Orlinsky (1999), se trata de un constructo multidimensional que es componente de todo proceso psicoterapéutico (Fernández-Álvarez, 2003), ya que influye en la labor clínica de los terapeutas (Fernández-Álvarez et al., 2015).

El estilo terapéutico es definido como las características habituales que posee cada terapeuta y que impone en su tarea como resultado de su forma de ser, más allá del enfoque teórico que use y los requerimientos que exija la intervención (Vázquez y Gutiérrez, 2015). Alude a las disposiciones, rasgos y actitudes que los terapeutas depositan en su ejercicio, desarrollando una forma particular en su desempeño laboral (García y Fernández-Álvarez, 2007). El estilo terapéutico influye en el proceso terapéutico e incide en los resultados que se obtienen a partir de las intervenciones, los que varían según el tipo de paciente, patología y contexto de aplicación (Fernández-Álvarez, et al., 2015).

Se trata de un constructo dinámico que refleja las preferencias comportamentales del terapeuta para comunicarse con otros (Corbella et al., 2008). Incluye la forma de ver el mundo, su cultura, las situaciones críticas inherentes a su propia vida y al ejercicio de la terapia (Valencia, et al., 2014).

En la misma línea, Muller y Palavezzati (2005) afirman que hay factores específicos e inespecíficos que son parte del proceso terapéutico. Los específicos se refieren al marco teórico desde el cual se posiciona el terapeuta y las técnicas que usa. Por otro lado, los inespecíficos aluden a las condiciones interpersonales y contextuales que son parte del proceso, como el vínculo terapéutico, la experiencia profesional y la persona del terapeuta (Vázquez y Gutiérrez, 2015). El estilo terapéutico se encuentra modulado por la orientación teórico-técnica (Fernández-Álvarez et al., 2007; Castañeiras et al., 2006), sin embargo, los terapeutas no se ajustan de forma rígida a los modelos teóricos desde los cuales trabajan, por lo que dentro de un mismo enfoque, se pueden dar diversos estilos terapéuticos (Vázquez y Gutiérrez, 2015).

Se ha planteado que el estilo terapéutico puede ser evaluado a través de dos dimensiones básicas: por un lado están los aspectos técnicos, como los mecanismos atencionales de búsqueda, selección de información y operaciones terapéuticas. Y por otro lado, se encuentra la relación terapéutica asociada a los aspectos motivacionales, regulación emocional y el grado de involucramiento en la relación con el paciente y con la terapia (Castañeiras et al., 2008).

El consenso más importante sugiere que el estilo terapéutico posee cinco funciones bipolares que ocurren en todo acto terapéutico (Fernández-Álvarez et al., 2003), éstas son: instructiva, que se relaciona con la flexibilidad y rigidez del encuadre; expresiva, que incluye la cercanía emocional y la distancia emocional; el compromiso, el grado de compromiso del terapeuta con el trabajo y lugar que tiene éste en su vida; atencional, refiriéndose a la forma de

recoger la información, y operativo, relacionado con el actuar espontáneo o con seguir ciertas pautas establecidas (Valencia et al., 2014).

Respecto a las variaciones y cambios en el estilo terapéutico, un estudio longitudinal que indaga su estabilidad temporal afirma que el estilo terapéutico se mantiene estable, sin embargo, permite ciertas variaciones las que se han visto relacionadas con los años de experiencia y la orientación teórica (García y Fernández, 2007). En esta línea, se observa que el estilo terapéutico puede cambiar a lo largo del tiempo debido a la formación de los terapeutas, modificaciones en el contexto de trabajo, factores de desarrollo y circunstancias personales de su vida (Fernández-Álvarez et al., 2003).

En Chile los estudios que se han realizado sobre estilo terapéutico han sido comparando las corrientes teóricas de los terapeutas, observando que hay diferencias significativas entre terapeutas de la escuela Cognitiva Post-racionalista, Sistémicos y de orientación Psicodinámica (Quiñones et al., 2019). Además, en un estudio realizado para examinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta, se diferenciaron dos grupos de terapeutas: los centrados en el encuadre y los centrados en la focalización del tratamiento e involucramiento con el paciente (Bergeret et al., 2010). Dentro de las limitaciones de este estudio, destaca la importancia de profundizar en otros posibles predictores del estilo terapéutico, como el estilo de aprendizaje y los factores de personalidad (Bergeret et al., 2010).

Por lo tanto, podemos advertir que las características de los terapeutas, tales como su personalidad, edad y orientación teórica, entre otras estarían relacionadas con su forma de ser terapeutas, es decir con su estilo, y por ende, éste influiría en el proceso psicoterapéutico por lo que comprender en mayor profundidad el estilo terapéutico nos permitirá profundizar en la comprensión de los terapeutas y su labor clínica.

Estilo terapéutico y psicoterapia

A lo largo de las investigaciones se ha demostrado que el estilo terapéutico está relacionado positivamente con los resultados de la psicoterapia (Moya-Cortés, 2015). En el contexto clínico, estudios anteriores respecto al estilo terapéutico han incluido variables como

el tipo de pacientes clínicos, la duración del tratamiento, el tipo de terapia, los años de experiencia profesional y la formación profesional (Valencia et al., 2014). En la misma línea, en varios países como Argentina, Ecuador, España, Brasil, Perú y Chile se han realizado estudios que analizan el estilo de ser terapeuta y la alianza terapéutica. Estos han incluido variables como diagnóstico del paciente, intervenciones, edad del terapeuta, nivel de estudio y de experiencia, y su personalidad, para comprender el proceso terapéutico (Moya, 2015; Casari et al., 2013; Hermosa, 2010; García, 2008; García y Fernández-Álvarez, 2007; Rial et al., 2006; Fernández-Álvarez, 1996). Estas investigaciones concluyeron que estilos flexibles, poco rígidos y expresivos favorecen la alianza terapéutica, de la misma forma que características como la empatía, cercanía afectiva, escucha y adaptabilidad.

Orlinsky y Ronnestad (2005), en su estudio sobre el desarrollo de terapeutas, usan el análisis sistemático de Leary (1957) para estudiar el comportamiento interpersonal de los terapeutas. Investigaciones recientes hacen hincapié en las variables interpersonales de los terapeutas (Heinonen & Nissen-Lie, 2020), ya que éstas predicen los resultados de la psicoterapia (Anderson et al., 2015).

Dentro de los estilos usados por Orlinsky y Ronnestad (2005) se observa que el comportamiento expresado en la atracción-afiliación suele ser cálido y amistoso, mientras que el que expresa rechazo-aversión es frío y crítico, con un punto medio en la neutralidad. A la vez, el comportamiento que expresa dominación-control es autoritario y directivo, y el que expresa conformidad-sumisión es obediente y receptivo, con un punto medio de independencia (Orlinsky y Ronnestad, 2005).

En el análisis realizado por Orlinsky y Ronnestad (2005) se consideran dos dimensiones principales sobre los estilos terapéuticos, estas son, la dimensión de control y la dimensión de afiliación. La primera hace referencia, por un lado, al control que ejerce el terapeuta que incluye características como el ser directivo, autoritario y atrevido. En el otro lado de la dimensión se encuentra el ceder el control, que incluye atributos como ser receptivo, aceptador y complaciente (Orlinsky y Ronnestad, 2005). La dimensión afiliativa posee un polo que habla de características como ser cálido, amigable e involucrado, mientras que en el otro extremo se habla de desafiliarse, que incluye atributos como el ser desapegado, crítico e indiferente (Orlinsky y Ronnestad, 2005).

En un estudio que hace Wolfen et al. (2021) se afirma que el comportamiento de los terapeutas suele ser percibido como amistoso, moderadamente dominante, un poco hostil y pueden parecer sumisos. Por su lado, Heinonen y Orlinsky (2013) mencionan que los terapeutas informaron más calidez, cuidado, protección e intuición en sus relaciones personales que las profesionales, ya que en estas últimas son más afiliados y controladores. A veces cuando deben tocar temas dolorosos para sus pacientes son percibidos como menos amorosos y más dominantes (Wolfen et al., 2021).

Messina et al. (2018) menciona que terapeutas de distintos enfoques de formación se ven a sí mismos como amables, introspectivos, íntimos, apasionados, intuitivos, cálidos y poco escépticos o desafiantes. Las valoraciones más altas que hacían de su propio estilo interpersonal son ser amistosos, íntimos, aceptantes, apasionados, decididos, cálidos, todas características que suelen darse en terapeutas eficaces (Messina et al., 2018).

Por su parte, Heinonen y Orlinsky (2013) obtuvieron como resultado que los terapeutas con reclusividad, baja sutileza y compromiso activo generaron una disminución de síntomas más rápida en terapias a corto plazo. En la terapia a largo plazo hubo mayor disminución de síntomas cuando el terapeuta tenía características como genialidad, sutileza, amabilidad, calidez y de apoyo (Heinonen y Orlinsky, 2013).

Adicionalmente, se observa que varias características de la personalidad, como el ser flexible, honesto, respetuoso, seguro de sí mismo, poseer confianza, ser cálido e interesado, se han asociado con la capacidad que poseen los terapeutas de involucrar al paciente en la alianza terapéutica (Ackerman y Hilsenroth, 2003). Esto es relevante ya que las características mencionadas y la capacidad empática que posee el terapeuta mejoran la alianza terapéutica, y por ende, los resultados en la psicoterapia (Sánchez-Bahillo et al., 2014). Esto demuestra la importancia de estudiar el estilo de los terapeutas ya que influye en el éxito terapéutico, lo que aportará en la comprensión del proceso y en la formación y desarrollo de futuros terapeutas.

Estilo terapéutico y variables demográficas

Estilo terapéutico y género

Owen et al. (2009) señala que existen competencias específicas según el género del terapeuta. Por su lado, Rivera (2017) afirma que los terapeutas poseen distintas necesidades según su género. En esta línea, Ravazzola (2010) realiza un estudio para evaluar si las

diferencias de género de los terapeutas influyen en las decisiones que toman. A través de diversos ejemplos terapéuticos, analiza las formas en que mujeres y hombres piensan y toman decisiones en su actuar profesional, observando que las diferencias de género poseen un papel preponderante en las distintas reacciones que tienen los terapeutas, lo cual asocia a la cultura y creencias en la cual se han desarrollado (Ravazzola, 2010).

En el estudio realizado por Nissen-Lie et al. (2016) la diferencia de género del paciente representó una proporción significativa en la variación de la labor del terapeuta en los resultados de los pacientes. Se consigné que había terapeutas que eran más efectivos con pacientes mujeres, mientras que otros eran más efectivos con pacientes hombres. Sin embargo, el estudio no evalúa por qué algunos terapeutas son más efectivos con cierto género que con otro. Los mismos autores concluyeron que el propio género de los terapeutas no explicaba estas variaciones.

Por lo tanto, podemos observar que hay distintas perspectivas respecto al rol del género de los terapeutas y su estilo, de aquí la gran relevancia de estudiar la relación que existe entre el estilo terapéutico y el género de los terapeutas. La comprensión de esto contribuirá y tendrá grandes implicancias para la formación de los terapeutas y para la forma en que se organiza la atención de salud mental (Nissen-Lie et al., 2016).

Estilo terapéutico y años de experiencia

Respecto al nivel de experiencia de los terapeutas, Perry y Howard (1989) afirman que es una variable obvia para explorar la relevancia de los efectos de los terapeutas, ya que sus consecuencias pueden ser en función de los niveles de experiencias diferenciales (Crits-Christoph et al., 1991). Se encontró que sí existe relación entre las funciones del estilo terapéutico y los años de experiencia profesional del terapeuta. A medida que aumentan los años de experiencia ejerciendo terapia, habría cambios en el estilo terapéutico (Casari y Ison, 2019). Adicionalmente, se plantea que los terapeutas con más experiencia tienen menores diferencias entre ellos en el estilo de ser terapeuta, que los que poseen menos experiencia (Huppert et al., 2001). Se piensa que esto podría estar influido, tanto por la formación que reciben los terapeutas, como por sus habilidades naturales (Crits-Christoph et al., 1991). Sin embargo, se afirma que todos los terapeutas pueden obtener resultados negativos y que esto podría estar relacionado con las características de los pacientes, más que con los años de experiencia (Crits-Christoph et al., 1991). Por esto se piensa que los años de experiencia no

implican resultados terapéuticos exitosos todo el tiempo, pero la literatura respalda que sí habría influencia de los años de experiencia en el estilo de ser terapeuta. Gabbard (2017) afirma que los terapeutas con menos experiencia tienden a ser más estructurados y apegados a la teoría, mientras que aquellos terapeutas con más experiencia son más flexibles en sus intervenciones. Adicionalmente, se ha observado que los terapeutas con más experiencia muestran mayor cercanía e intercambio emocional (Porras et al., 2012).

Estilo terapéutico y servicio de salud

García y Fernández-Álvarez (2007), al realizar una revisión de investigaciones empíricas, encontraron diferencias en el estilo terapéutico de terapeutas que asisten a distintas poblaciones clínicas (Vega, 2006). Por su lado, Casari e Ison (2019) sostienen en sus investigaciones que sí existen diferencias significativas en las funciones del estilo terapéutico, de acuerdo con el campo de trabajo. Se centraron en terapeutas que trabajaban en el campo clínico en general y en terapeutas que se desarrollaban en el campo de las adicciones, encontrando una diferencia significativa en la función de involucramiento con el paciente, de los terapeutas que trabajan en los distintos campos. Los terapeutas que se desempeñan con adicciones se inclinan por mayor rigidez en el encuadre terapéutico, mientras que los profesionales del grupo clínico desarrollan más cercanía emocional con sus pacientes (Casari y Ison, 2019). Lo mencionado podría sugerir que existen diferencias en los estilos terapéuticos, según el lugar de trabajo donde se desempeñan los terapeutas.

Tal como se puede ver en la literatura, el estudio del estilo terapéutico permitirá tener mayor conocimiento de la persona del terapeuta y su forma de intervenir en el proceso psicoterapéutico, lo que permitirá comprender más sobre el proceso terapéutico y orientar la formación de futuros profesionales.

En base a lo observado, la comprensión de los estados internos del cuerpo podrían estar relacionados con la forma que poseen los terapeutas de hacer terapia y elegir sus intervenciones, al incluir nueva información, la forma de acercarse y comprender a los pacientes podría cambiar, y por ende, su forma de actuar con ellos, generando un cambio en el estilo terapéutico percibido por ellos mismos.

Considerando lo mencionado, la presente investigación busca estudiar la relación entre la conciencia interoceptiva y el estilo terapéutico. Además busca conocer la relación de la

conciencia interoceptiva con las variables de género, servicio de salud donde se desempeña y años de experiencia profesional del terapeuta. De igual forma, se busca conocer la relación del estilo terapéutico con las mismas variables mencionadas.

Objetivos

Para la siguiente investigación se buscará analizar la relación entre conciencia interoceptiva y estilo terapéutico, y cómo estas se relacionan con el género, servicio de salud y años de experiencia profesional del terapeuta.

Objetivos específicos:

1. Analizar la relación entre conciencia interoceptiva con género, años de experiencia profesional y servicio de salud.
2. Analizar la relación del estilo terapéutico con el género, años de experiencia profesional y servicio de salud.
3. Analizar la relación entre la conciencia interoceptiva y el estilo terapéutico.

Hipótesis

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada es posible establecer las siguientes hipótesis para las variables que serán analizadas.

1. A mayor cantidad de años de experiencia profesional, mayor nivel de conciencia interoceptiva.
2. El nivel de conciencia interoceptiva en mujeres no será igual que el nivel de conciencia interoceptiva en hombres.

3. El nivel de conciencia interoceptiva no será igual en los terapeutas que trabajan en el servicio público y los que trabajan en el servicio privado
4. Los terapeutas con más años de experiencia profesional tendrán distintos estilos terapéuticos comparado con los terapeutas con menos años de experiencia profesional.
5. Las terapeutas mujeres tendrán distintos estilos terapéuticos de los terapeutas hombres.
6. El tipo de estilo terapéutico será distinto en los terapeutas que trabajan en el servicio público, de los que trabajan en el servicio privado.
7. Distintos estilos terapéuticos están asociados a diferentes niveles de conciencia interoceptiva.

Metodología

La presente tesis se desarrolla en el marco de un estudio liderado por la profesora Candice Fischer, investigadora del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad. La investigación tiene por objetivo el estudio de “La experiencia de psicoterapeutas en su trabajo con pacientes difíciles en el servicio público”, proyecto que fue financiado por el Fondo de Continuidad de Investigación Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad.

Diseño metodológico

En base a la pregunta de investigación planteada, se ha decidido usar la metodología cuantitativa para la producción y análisis de datos. El alcance de la investigación será correlacional, ya que la finalidad es conocer la relación (Fernandez et al., 2007) entre la conciencia interoceptiva y el estilo terapéutico.

El diseño de la investigación es no experimental, ya que no habrá manipulación de variables, se estudiarán tal como se dan en su contexto natural (Fernandez, Hernández y Baptista, 2007). El objetivo es estudiar la relación entre un conjunto de variables en un

momento, con recolección de datos única, por lo que se trata de un estudio transversal (Fernandez et al., 2007).

Muestra

La muestra es no probabilística (Hernández et al., 2007), ya que está compuesta por un grupo de terapeutas que realizaron, entre 2017 y 2021, un diplomado relacionado con el estudio de la Personalidad, u otro sobre Mindfulness, ambos dictados en la misma universidad. La muestra estuvo compuesta por 155 terapeutas que realizaron uno de los dos diplomados mencionados.

Procedimiento

Se recolectaron los datos que serán usados para la presente investigación por el equipo de ayudantes de la profesora Candice Fischer, quien lidera el estudio mencionado. Se invitó a todos los alumnos que se encontraban cursando los diplomados de Personalidad y Mindfulness, con el fin de ahondar en la experiencia de terapeutas respecto a su trabajo clínico y a los desafíos de trabajar con pacientes difíciles. Además, los objetivos de la investigación fueron claramente explicados al momento de invitar a los alumnos a participar y se aclaró, que ser o no parte de la investigación, no afectaría las calificaciones de los diplomados que estaban cursando. Durante 2017, 2018 y 2019 la convocatoria para participar en la investigación se realizó durante las clases del diplomado de manera presencial. Debido al contexto de pandemia, en 2020 y 2021 la invitación fue realizada en modalidad online. Como complemento, fue entregado a todos los participantes un consentimiento.

Se llamó a responder una batería de cuestionarios respecto a la formación y persona del terapeuta, con una duración de aproximadamente 20 minutos. Dentro de este material se encontraba un Cuestionario Demográfico, el Cuestionario de Conciencia Interoceptiva (MAIA) y el Cuestionario Básico para el Desarrollo de Psicoterapeutas (DPCCQ), los que serán usados en esta investigación.

Como método de compensación se ofreció una giftcard de \$5.000 de Cencosud, que fue entregada luego de que cada participante respondiera la batería de cuestionarios y firmara su consentimiento informado.

Durante 2017, 2018 y 2019 los cuestionarios fueron aplicados al finalizar el diplomado, mientras que los años 2020 y 2021, fueron administrados al inicio del curso. En 2017 participaron 26 terapeutas, en 2018 disminuyeron a 5, en 2019 fueron 18 terapeutas, en 2020 subió a 26, y por último en 2021, 39 terapeutas formaron parte del estudio.

Para los años en que los cuestionarios fueron aplicados de forma presencial se adjuntó un consentimiento informado, que debía ser firmado por todos los participantes. Para aquellos que fueron aplicados de forma online, se envió un email con el link para responder de forma remota, junto a un consentimiento informado que debía ser firmado y enviado al equipo de investigación. Actualmente, al responder el cuestionario se puede acceder en un apartado especial, a los términos y condiciones de la investigación, donde se explicita toda la información del consentimiento informado. Durante la aplicación de los cuestionarios se destacó que la participación es voluntaria y que la información recolectada es confidencial.

A partir de la información obtenida a través de los cuestionarios, se desarrollaron bases de datos en formato Excel, que fueron usadas para el proceso de análisis de datos.

Producción de Datos

Instrumentos de recolección

- Cuestionario Demográfico

Cuestionario de auto reporte elaborado por el equipo de investigación de la profesora Candice Fischer, con el objetivo de conocer las variables demográficas sobre los participantes del estudio. Dentro del cuestionario están las preguntas de edad, sexo, profesión, lugar de residencia, universidad, enfoque teórico, años de experiencia profesional, lugar de trabajo, horas de supervisión, entre otras. Para la presente investigación, se seleccionaron las variables género, años de experiencia profesional y servicio de salud donde desempeña funciones.

- Cuestionario de conciencia interoceptiva (MAIA)

Se trata de un cuestionario de auto reporte que posee 37 ítems en escala likert, que se puntúan de 0 (nunca) a 5 (siempre). Consta de 8 subescalas que miden: conciencia de las sensaciones corporales, respuesta atencional, la no preocupación, es decir, angustia emocional o sensación de malestar, la capacidad de regulación de la atención, conciencia emocional, autorregulación, escucha del cuerpo y confiar en el cuerpo como un lugar seguro y confiable (Mehling et al., 2012). Cada subescala posee un puntaje determinado que es sumado, generando

un puntaje máximo total de 160 puntos. El cuestionario fue diseñado para capturar facetas multidimensionales de la conciencia interoceptiva que podrían ser relevantes para los entornos clínicos (Mehling et al., 2012; Mehling, 2016). La primera versión del instrumento se encuentra validada para la población chilena. La versión en español mostró indicadores apropiados de validez y confiabilidad de constructo, con un α de Cronbach de 0.90 para la escala total, y valores entre 0.40 y 0.86 para las diferentes subescalas (Valenzuela y Reyes, 2015).

- Cuestionario Básico para el Desarrollo de Psicoterapeutas (DPCCQ)

Se hizo uso de la sección enfocada en la experiencia y desarrollo de los terapeutas, específicamente el apartado que hace referencia al estilo o manera de ser con los pacientes. Se trata de un cuestionario de auto reporte que posee 35 estilos terapéuticos distintos que deben ser calificados en escala likert, según cuán representados se sienten los terapeutas. La escala va desde 0 (nada) a 6 (en gran medida).

El cuestionario fue desarrollado como parte de un proyecto colaborativo internacional conducido en conjunto por los miembros de la sección de intereses de la SPR en entrenamiento y desarrollo, y fue traducido al español por Dagnino y Jiménez, 2019. El objetivo del proyecto es monitorear los procesos de formación y cambios que ocurren en los terapeutas y los elementos que ayudan o dificultan su formación (Orlinsky et al., 1999).

Análisis de datos

El análisis de datos de los instrumentos se efectuó mediante estadísticas inferenciales y descriptivas, específicamente análisis descriptivos, pruebas de Análisis de Varianza (ANOVA), Chi Cuadrado y Matriz de Correlaciones. El análisis de los datos fue realizado en el programa R.

También se efectuó un Análisis de Cluster con el objetivo de agrupar los 35 estilos terapéuticos obtenidos en el cuestionario (DPCCQ). Al realizar el análisis no fue posible agrupar los estilos terapéuticos, por lo que se utilizó la agrupación de estilos terapéuticos planteada por (Orlinsky y Ronnestad, 2005).

Las pruebas ANOVA y Chi Cuadrado se realizaron con la finalidad de analizar los objetivos específicos.

Chi Cuadrado se usó para evaluar si existe o no asociación entre las variables dicotómicas, como el género y los estilos terapéuticos, y el servicio de salud y los estilos terapéuticos. Las pruebas ANOVA se realizaron para evaluar si habría diferencias entre las

variables categóricas y numéricas, como el género y la conciencia interoceptiva; los años de experiencia y el nivel de conciencia interoceptiva; el servicio de salud y el nivel de conciencia interoceptiva, y por último, los años de experiencia profesional y el estilo terapéutico.

Finalmente, se realizó una matriz de correlaciones para estudiar la relación entre la conciencia interoceptiva y el estilo terapéutico.

Consideraciones éticas

Respecto a las consideraciones éticas, se realizó la supervisión de la investigación, proceso realizado por el Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que aprobó el protocolo “La experiencia de psicoterapeutas en su trabajo con pacientes difíciles en el servicio público” de la investigación en curso, en la cual se enmarca la presente tesis. También han sido aprobados los cambios realizados en la investigación debido al contexto actual de la pandemia, renovando la aprobación del Comité de Ética en diversas ocasiones.

Otra consideración fundamental es el respeto a la confidencialidad de los datos y el resguardo de la identidad de todos los participantes, ya que el principal objetivo es proteger a los integrantes. De ahí el uso de un consentimiento informado donde se explicita el objetivo de la investigación, la participación voluntaria y el uso que se le dará a la información recolectada. Dicho consentimiento fue desarrollado para la realización de la investigación de la profesora Candice Fischer.

Resultados

Plan de análisis

Inicialmente se realizaron análisis descriptivos de las variables de estudio, para lo cual se estimaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medias, y desviaciones estándar para las variables continuas. Para definir la dimensión de control del estilo terapéutico se sumaron los puntajes del estilo directivo, autoritario y atrevido, los cuales son parte del polo donde el terapeuta posee mayor control; y receptivo, aceptador y complaciente, correspondientes a menor ejercicio de control por parte de los terapeutas. Posteriormente, esta sumatoria se centró en el promedio. Para definir la dimensión afiliación del estilo terapéutico se sumaron los puntajes de desapegado, crítico e indiferente, lo cual corresponde a un polo de menor afiliación, y por otro lado, está el polo que incluye cualidades como el ser cálido,

amigable e involucrado, lo que hace referencia a una mayor afiliación del terapeuta. Luego, se centró esta sumatoria en el promedio. Finalmente, se crearon cuatro categorías de estilos terapéuticos basadas en el cruce de puntajes de la dimensión de control y afiliativa. Los puntajes que estuvieran por encima del promedio en control y por encima del promedio en afiliación, fueron categorizados como C+A+. Los que estuvieron por debajo del promedio en control y por encima del promedio en afiliación, fueron categorizados como C-A+. Aquellos que estuvieron por encima del promedio de control y por debajo del promedio de afiliación, fueron categorizados como C+A-. Y por último, los que se encontraron por debajo del promedio de control y por debajo del promedio de afiliación, fueron nombrados como C-A-.

Para responder al primer objetivo específico se procedió a realizar un análisis de varianza comparando los promedios de la conciencia interoceptiva según el género, años de experiencia profesional, servicio de salud y diplomado. Del mismo modo, para responder al segundo objetivo específico se utilizó el estadístico de Chi Cuadrado con el objetivo de comparar la asociación entre estilo terapéutico con las variables de estudio, y así poder profundizar en las asociaciones de manera específica con las dimensiones del estilo terapéutico, se realizaron modelos de análisis de varianza y las variables de estudio. Finalmente, para responder al tercer objetivo general del estudio se realizó un modelo de análisis de varianza comparando los promedios de conciencia interoceptiva y las categorías de estilos terapéuticos. Posteriormente, se utilizó el análisis Post Hoc de Tukey. Para hallar la relación específica entre la conciencia interoceptiva y las dimensiones del estilo terapéutico se realizaron correlaciones de Pearson. Todos estos análisis se llevaron a cabo en el software R 4.1.1 (R Core Team, 2021).

Análisis Descriptivos

En la tabla 1 se puede observar que la muestra estuvo compuesta por 155 terapeutas, donde la mayor parte de los participantes fueron del diplomado de Personalidad (62.58%), mientras que el porcentaje restante fue del diplomado en Mindfulness (37.42%). La mayor parte de los participantes realizó el diplomado el año 2019.

La edad promedio de los participantes fue 35.24 ($DE = 8.93$). Del total de los encuestados, el (84.42%) fueron mujeres. Respecto a la profesión de los participantes, la gran mayoría eran psicólogos (88.16%), mientras que los psiquiatras representaron un (7.89%) del total de la muestra.

A su vez, encontramos que el (43.33%) de los participantes poseen una experiencia laboral de entre uno a cinco años, seguida de aquellos que llevan entre diez y veinte años (29.33%).

Por último, en relación al servicio de salud donde desempeñan funciones, respecto a los terapeutas que respondieron los cuestionarios, vimos que la gran mayoría trabaja en el sector privado (59.59%), mientras aquellos que se dedican al servicio público corresponden a un (22.6%). Finalmente, observamos que los terapeutas que se desempeñan tanto en el servicio público como privado corresponden al (17.81%).

Tabla 1.

Frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos de la muestra.

	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Diplomado</i>		
Personalidad	97	62.58
Mindfulness	58	37.42
<i>Año diplomado</i>		
2017	26	16.77
2018	6	3.87
2019	46	29.68
2020	38	24.52
2021	39	25.16
<i>Genero</i>		
Femenino	130	84.42
Masculino	24	15.58
<i>Profesión</i>		
Psicólogo	134	88.16
Psiquiatra	12	7.89
Otro	6	3.95
<i>Años de experiencia profesional</i>		
0-1	5	3.33
1-5	65	43.33
5-10	28	18.67
10-20	44	29.33
>20	8	5.33
<i>Servicio de salud</i>		
Público	33	22.6
Privado	87	59.59
Ambos	26	17.81

Análisis estadísticos

En la tabla 2 se puede observar que el promedio en conciencia interoceptiva fue de 113.71 ($DE = 21.49$) con un mínimo de 55 puntos y un máximo de 159. A su vez, podemos ver que la dimensión control va de -8.23 puntos a 9.77 ($DE = 3.69$) siendo 0 el punto medio.. La dimensión afiliativa va de -12.09 a 6.91 ($DE = 3.64$), siendo 0 el punto medio.

Tabla 2

Media, desviación estándar, mínimo y máximo de la conciencia interoceptiva y las dimensiones de control y afiliación.

	M	DE	Min	Max
Conciencia Interoceptiva	113.71	21.49	55	159
Dimensión Control	0	3.69	-8.23	9.77
Dimensión Afiliativa	0	3.64	-12.09	6.91

En la tabla 3 se puede observar que no hay diferencias significativas en las frecuencias de las categorías de los estilos terapéuticos. La mayor cantidad de terapeutas se encuentra en el grupo de categorías C+A- (29.14%), mientras que la menor cantidad se encuentra en el grupo de las categorías C+A+ (17.88%).

Tabla 3.

Frecuencias y porcentajes de las categorías de estilos terapéuticos.

	<i>f</i>	%
C-A-	38	25.17
C-A+	42	27.81
C+A-	44	29.14
C+A+	27	17.88

En la tabla 4 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la conciencia interoceptiva según el género, los años de experiencia profesional, el servicio de salud ni el diplomado (p 's > 0.05). Sin embargo, de manera descriptiva, se observa que las

mujeres ($M = 114.45$, $DE = 20.86$) tienen ligeramente más conciencia interoceptiva que los hombres ($M = 108.12$, $DE = 23.83$).

De la misma forma, se advierte que no hay diferencias significativas entre la conciencia interoceptiva y los años de experiencia profesional. No obstante, de forma descriptiva se puede ver que aquellos que poseen una experiencia laboral entre cinco y diez años ($M = 117.16$, $DE = 21.81$), poseen ligeramente más conciencia interoceptiva.

Respecto al servicio de salud, podemos observar de manera descriptiva que no hay grandes diferencias entre la conciencia interoceptiva según el servicio de salud donde desempeñan funciones los profesionales.

Por último, descriptivamente vemos que aquellos terapeutas que realizaron el diplomado de Mindfulness ($M = 118.47$, $DE = 17.74$) poseen ligeramente más conciencia interoceptiva que aquellos que realizaron el diplomado de Trastornos de Personalidad ($M = 110.87$, $DE = 23.92$).

Tabla 4.

Comparación de promedios de la conciencia interoceptiva según género, años de experiencia profesional, servicio de salud y diplomado.

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
<i>Género</i>					
Femenino	114.45	20.86	1.47	1, 123	0.23
Masculino	108.15	23.72			
<i>Años de experiencia profesional</i>					
0-1	107.67	15.95	0.41	4, 118	0.80
1-5	111.67	22.98			
5-10	117.16	21.81			
10-20	114.18	19.4			
>20	109	16.33			
<i>Servicio de salud</i>					
Público	110.32	17.94	1.38	2, 116	0.26
Privado	116.17	21.50			
Ambos	108.68	23.95			
<i>Diplomado</i>					
Personalidad	110.87	23.92	3.76	1, 124	0.06
Mindfulness	118.47	15.74			

En la tabla 5 se advierten las comparaciones de frecuencias, porcentajes y análisis de Chi Cuadrado para las categorías de los estilos terapéuticos, género, años de experiencia profesional, servicio de salud y diplomado. Se puede identificar que no hay diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las categorías estudiadas ($p's > 0.05$). Sin embargo, de manera descriptiva se puede indicar que el estilo terapéutico más prevalente para las mujeres es el estilo C+A- (27.56%), y para los hombres es el estilo C+A- (30.43%).

Respecto a los años de experiencia profesional, vemos de forma descriptiva que el estilo terapéutico con mayor prevalencia para los terapeutas que poseen menos de un año de experiencia es el C+A- (50%). Para aquellos terapeutas que poseen experiencia laboral de entre un año y cinco años, se advierte que prevalece la categoría C-A+ (34.38%), seguida de la categoría C-A- (29.69%). Para el grupo de terapeutas que posee entre cinco y diez años de experiencia profesional se observa que, el de mayor prevalencia, es el grupo de C+A- (33.33%). Sobre los terapeutas que poseen experiencia entre diez y veinte años, se ve que el grupo con mayor prevalencia es el C+A- (38.64%). Por último, aquellos terapeutas que poseen experiencia profesional de más de veinte años muestran una mayor prevalencia en el grupo C-A- (37.5%).

Descriptivamente, las categorías más prevalentes para aquellos que trabajan en el servicio público son C-A- (34.38%) y C-A+ (34.38%), mientras que para los que trabajan en el servicio privado la categoría más prevalente es C+A- (32.18%) y la menos prevalente es C-A- (19.54%).

Finalmente, respecto a los diplomados, la de mayor prevalencia en los alumnos del diplomado Personalidad es la categoría C+A- (31.91%), mientras que para aquellos que cursaron el diplomado de Mindfulness la categoría C-A- (33.33%) es la de mayor prevalencia, seguida de la categoría C-A+ (26.32%).

Tabla 5.

Frecuencias, porcentajes y análisis de chi cuadrado para las categorías de los estilos terapéuticos y el género, años de experiencia profesional, servicio de salud y diplomado.

	C-A-		C-A+		C+A-		C+A+		x^2	gl	p
	f	%	f	%	f	%	f	%			
<i>Género</i>											
Femenino	33	25.98	34	26.77	35	27.56	25	19.69	2.43	3	0.49
Masculino	5	21.74	7	30.43	9	39.13	2	8.7			
<i>Años de experiencia profesional</i>											
0-1	1	25	0	0	2	50	1	25	9.59	12	0.65
1-5	19	29.69	22	34.38	13	20.31	10	15.62			
5-10	5	18.52	8	29.63	9	33.33	5	18.52			
10-20	8	18.18	11	25	17	38.64	8	18.18			
>20	3	37.5	1	12.5	2	25	2	25			
<i>Servicio de salud</i>											
Público	11	34.38	11	34.38	8	25	2	6.25	6.87	6	0.33
Privado	17	19.54	24	27.59	28	32.18	18	20.69			
Ambos	8	32	6	24	6	24	5	20			
<i>Diplomado</i>											
Personalidad	19	20.21	27	28.72	30	31.91	18	19.15	3.38	3	0.34
Mindfulness	19	33.33	15	26.32	14	24.56	9	15.79			

En la tabla 6 podemos observar que no hay diferencias significativas entre la dimensión de control del estilo terapéutico, según las variables estudiadas. Sin embargo, de manera descriptiva vemos que el promedio de los hombres ($M = -0.27$, $DE = 4,09$) es menor que el de las mujeres ($M = 0.07$, $DE = 3.64$), respecto a la dimensión control.

En base a los años de experiencia, los terapeutas que poseen menos de un año de experiencia ($M = 3.52$, $DE = 3.77$) tienen mayor promedio en la dimensión control, que aquellos terapeutas con más años de experiencia.

Respecto al servicio de salud donde desempeñan funciones los terapeutas se puede advertir que aquellos que trabajan en el servicio de salud privado ($M = 0.31$, $DE = 9.93$) poseen mayor promedio en la dimensión control, que aquellos que trabajan en el servicio público ($M = -0.83$, $DE = 3.30$).

Por último, podemos ver que los alumnos que se encuentran en el diplomado de Trastornos de Personalidad ($M = 0.43$, $DE = 3.83$) poseen mayor control que aquellos que estudian Mindfulness ($M = -0.70$, $DE = 3.38$).

Tabla 6

Comparación de los promedios de la dimensión control del estilo terapéutico según el sexo, años de experiencia profesional, servicios de salud y diplomado

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
<i>Género</i>					
Femenino	0,07	3,64	0,16	1, 149	0,69
Masculino	-0,27	4,09			
<i>Años de experiencia profesional</i>					
0-1	3,52	3,77	1,92	4, 143	0,11
1-5	-0,68	3,78			
5-10	-0,16	3,06			
10-20	0,66	3,95			
>20	0,77	2,83			
<i>Servicio de salud</i>					
Público	-0,82	3,30	1,09	2, 141	0,33
Privado	0,31	3,93			
Ambos	0,09	3,25			
<i>Diplomado</i>					
Personalidad	0,43	3,83	3,39	1, 150	0,07
Mindfulness	-0,70	3,38			

En la tabla 7 se expone la comparación de los promedios de la dimensión afiliativa con las variables estudiadas. No se evidenciaron diferencias significativas, pero de forma descriptiva podemos ver que las mujeres poseen un promedio mayor en la dimensión mencionada ($M = 0.34$, $DE = 3.41$) en comparación con los hombres ($M = -1.92$, $DE = 4.38$).

Respecto a los años de experiencia profesional se puede ver de forma descriptiva que aquellos que poseen entre cinco y diez años de experiencia ($M = 0.46$, $DE = 3.71$) poseen mayor afiliación que el resto de los terapeutas. A su vez, se muestra que aquellos que llevan

menos de un año de experiencia profesional ($M = -1.49$, $DE = 3.65$) poseen un menor promedio de afiliación, que los profesionales con más años de experiencia.

De acuerdo al servicio de salud donde los participantes desempeñan funciones se puede observar que aquellos que se encuentran en el servicio público ($M = -0.78$, $DE = 4.45$) poseen menor promedio en la dimensión afiliación, que aquellos que se desempeñan en el servicio privado ($M = 0.43$, $DE = 3.30$). o en ambos sectores ($M = -0.36$, $DE = 3.73$).

Tabla 7

Comparación de los promedios de la dimensión afiliativa del estilo terapéutico según el sexo, años de experiencia profesional, servicios de salud y diplomado

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
<i>Género</i>					
Femenino	0,34	3,41	0,16	1, 149	0,69
Masculino	-1,92	4,38			
<i>Años de experiencia profesional</i>					
0-1	-1,49	3,65	0,34	4, 143	0,85
1-5	0,08	3,83			
5-10	0,46	3,71			
10-20	-0,16	3,47			
>20	-0,09	3,89			
<i>Servicio de salud</i>					
Público	-0,78	4,45	1,44	2, 142	0,24
Privado	0,43	3,30			
Ambos	-0,36	3,73			
<i>Diplomado</i>					
Personalidad	-0,18	3,98	0,59	1, 150	0,44
Mindfulness	0,29	3,00			

En la tabla 8 se pueden observar diferencias estadísticamente significativas según el análisis de varianza para los promedios de conciencia interoceptiva según el estilo terapéutico ($F_{(3,119)} = 3.43$, $p = 0.02$). Sin embargo, de acuerdo a los contrastes Post Hoc de Tukey, no se hallaron diferencias significativas entre los grupos ($p's > 0.05$). A pesar de esto, se exhibe que aquellos terapeutas que poseen C+A+ puntúan un promedio mayor de la conciencia interoceptiva ($M = 121.29$, $DE = 19.94$), seguido de aquellos que pertenecen al grupo de C-A+ ($M = 120.27$, $DE = 23.63$).

Tabla 8.

Comparación de los promedios de conciencia interoceptiva según el estilo terapéutico

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
C-A-	109.03	22.49	3.43	3, 119	0.02
C-A+	120.27	23.62			
C+A-	107.92	17.48			
C+A+	121.29	19.94			

Finalmente, en la tabla 9 se observa la matriz de correlaciones entre las dimensiones del estilo terapéutico y la conciencia interoceptiva. De manera específica se puede ver que la dimensión afiliativa se correlaciona de manera moderada y positiva con la conciencia interoceptiva ($r = 0.364$, $p < 0.001$). Del mismo modo, la dimensión afiliativa se relaciona de manera negativa, y entre leve a moderada, con la dimensión control ($r = -0.199$, $p = 0.014$). No se evidencia una relación significativa entre la dimensión control y la conciencia interoceptiva ($r = -0.138$, $p = 0.125$).

Tabla 9

Matriz de correlaciones entre las dimensiones de estilo terapéutico y la conciencia interoceptiva.

	1	2	3
1. Conciencia Interoceptiva			
2. Dimensión control	-0.138		
3. Dimensión Afiliativa	0.364***	-0.199*	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Discusión y conclusiones

El presente estudio fue realizado con el fin de conocer la relación entre la conciencia interoceptiva y el estilo terapéutico, centrándose en la relación de éstas con las variables género, servicio de salud y años de experiencia profesional del terapeuta.

Uno de los hallazgos encontrados fue que no se evidenciaron grandes diferencias entre la capacidad de los terapeutas para detectar de forma consciente las señales de su cuerpo, y el

género, años de experiencia y servicio de salud donde los terapeutas desempeñan funciones. Sin embargo, se advirtió una tendencia que muestra que existe diferencia entre la capacidad de escuchar y comprender los estados corporales entre hombres y mujeres, ya que las mujeres mostraron ser más capaces de atender a las señales del interior del cuerpo. Tomando en cuenta que la muestra de este estudio está compuesta en su mayoría por mujeres, es necesario también considerar que la literatura ha planteado que las mujeres suelen notar más sus estados corporales que los hombres, especialmente los estímulos negativos (Grabauskaité et al., 2017). Además, se ha visto que por lo general los estudios que observan la relación entre la conciencia interoceptiva según el género han sido sesgados por la cantidad de mujeres y hombres en la muestra (Grabauskaité et al., 2017), tal como ocurre en el presente estudio donde la muestra está compuesta principalmente por mujeres.

Adicionalmente, se advirtió que no hay diferencias entre la capacidad de los terapeutas para escuchar y comprender su cuerpo, según el servicio de salud donde se desempeña. Sin embargo, los profesionales que trabajan en el sector privado poseen un puntaje ligeramente más alto, es decir, detectan más sus reacciones corporales. Es importante destacar que el contexto laboral donde se desarrolla el profesional está influido por diversos factores como los tiempos de espera, falta de servicios, exigencias administrativas, entre otros, que afectan directamente al terapeuta (Fischer et al., 2019). Es por esto, que podemos pensar que los profesionales que se desempeñan en el servicio de salud público se han tenido que adecuar a diversos cambios y a grandes demandas y necesidades de los pacientes, ya que se ha experimentado un gran aumento de consultantes (Scharager & Molina, 2007), lo que hace que los terapeutas se sientan altamente demandados (Briones, 2018). Según lo planteado, podríamos sostener que por lo general aquellos terapeutas que se desempeñan en el servicio de salud privado no poseen tantas demandas, lo que podría influir en que tengan más tiempo y espacio para notar sus reacciones corporales, traduciéndose en mayor conciencia interoceptiva. Al poder los terapeutas integrar estas reacciones corporales se fomenta la autorregulación y el control de sus emociones, lo que se ve reflejado en la terapia (Hilari, 2017). Esto a su vez podría generar un círculo virtuoso, ya que al estar más autorregulados, logran mayor diferenciación entre sus propias reacciones emocionales y las que están influidas por los pacientes, generando nuevamente un ambiente que propicia poder detectar de forma consciente las señales del cuerpo.

Respecto al estilo terapéutico se advirtió que el más prevalente para los terapeutas que poseen menos de un año de experiencia es el que posee mayor control y menor nivel de afiliación. Esto podría explicarse según lo planteado por Gabbard (2017), ya que refiere que los terapeutas con menos experiencia suelen ser más estructurados, controlados y apegados a la teoría. Podría deberse a que tienen miedo de cometer errores y hablar más de lo necesario, lo que los lleva a refugiarse en la teoría y la estructura. Además, se observó que los terapeutas con más años de experiencia poseen menores niveles de control, lo que se encuentra en la línea de lo mencionado por Casari y Ison (2019), quienes afirman que a medida que aumentan los años de experiencia profesional, se generan cambios en el estilo terapéutico. Se pudo advertir que aquellos terapeutas que poseen más de veinte años de experiencia tienden a tener una mayor prevalencia en el grupo de terapeutas que posee menor control y menor afiliación. Se podría pensar que esto ocurre debido a que a medida que poseen mayor experiencia no suelen ser tan rígidos (Gabbard, 2017), ya que las vivencias que experimentan modifican su posición relacional, cambiando la forma de concebir y desarrollar la práctica clínica (Ramírez, 2021). De acuerdo a los resultados encontrados, podríamos pensar que el menor control y menor afiliación en los terapeutas experimentados se debe a mayor flexibilidad, es decir, que se permiten improvisar más al momento de realizar un proceso terapéutico.

Otro hallazgo encontrado muestra la tendencia de que los terapeutas que trabajan en el servicio público poseen menor nivel de control, es decir, son menos autoritarios y directivos, y más complacientes y permisivos que aquellos que trabajan en el servicio privado, quienes poseen mayor control. Se podría pensar que guarda relación con el tipo de pacientes que son atendidos en ambos tipos de servicios, ya que tal como mencionan Casari y Ison (2019), la rigidez y la cercanía emocional varía según el tipo de pacientes. Lo mencionado posee además relación con las grandes exigencias y demandas que poseen los terapeutas que trabajan en el servicio público (Briones, 2018). La misma autora menciona que se trabaja con gran variedad de pacientes en el servicio público, entre ellos pacientes difíciles de comprender, con dificultad para aceptar ayuda y que demandan mucho esfuerzo y atención, lo que podría estar relacionado con la sensación de control que percibe el terapeuta. Por lo tanto, al estar en un contexto más demandante y con pacientes que poseen mayores dificultades, es más difícil para los terapeutas ser autoritarios y directivos, y según los resultados de la investigación, tenderían a ser más receptivos. Lo observado es interesante ya que podríamos pensar que aquellos pacientes que demandan mucho esfuerzo y atención necesitan de un encuadre con mayor rigidez. Sin embargo, vemos que los terapeutas suelen ser más comprensivos.

A su vez se observó la tendencia de que los terapeutas que se desempeñan en el servicio público poseen menores niveles de afiliación, que aquellos que trabajan en el servicio privado. Es decir, los terapeutas del servicio público tienden a ser más desapegados e indiferentes o críticos, mientras que los del servicio privado son más involucrados, amigables y cálidos. Hiselwood (1999) plantea que atender a pacientes altamente demandantes que son considerados como difíciles, genera cambios en el terapeuta a nivel cognitivo, emocional y corporal. Como se mencionó, los pacientes en el servicio público suelen ser más difíciles de entender y de aceptar ayuda, lo que podría generar que los terapeutas tiendan a ser más desapegados y críticos. Adicionalmente, la escasez de recursos profesionales que existe en el servicio público lleva a que los terapeutas deban cumplir con múltiples funciones en su jornada laboral (Goldenberg y Aguayo, 2007), trabajando gran cantidad de horas, lo que podría explicar la dificultad que genera para involucrarse con todos los pacientes que atienden. Otro factor que podría influir en la menor afiliación que poseen los terapeutas del servicio público se podría deber a que la gran demanda que supone mucho desgaste en lo emocional y psicológico, lo que puede perjudicar su bienestar (Mas et al., 2003), impactando la capacidad de afiliación e involucramiento que poseen hacia los pacientes.

Otro hallazgo interesante fue que los terapeutas hombres mostraron tener mayor nivel de control que las mujeres, esto quiere decir que los terapeutas hombres suelen ser más directivos, autoritarios y atrevidos con sus pacientes. Por su lado, las mujeres poseen mayor promedio en la dimensión afiliación que los hombres, demostrando ser más cálidas, amigables e involucradas con sus pacientes. Esto se encuentra en la línea de lo estudiado por Nissen-Lie et al. (2016), quien afirma que existe variación del terapeuta en los resultados de los pacientes según las diferencias de género. Reggio (1986) había observado que las mujeres poseen mayores puntajes que los hombres en dimensiones como expresividad emocional y sensibilidad emocional, mientras que los hombres poseen mayores puntajes en la dimensión control emocional. Esto lleva a que Almagiá (2004) estudie el rol sexual construido en Chile, encontrando que los hombres tendrían mayor relación con la asertividad, logro y control emocional, mientras que las mujeres poseen mayor relación con la empatía emocional, la afiliación y sensibilidad emocional. Podemos pensar que estas diferencias están influidas por los roles y estereotipos de género, pero a su vez pueden ser de ayuda para cierto tipo de pacientes, ya que hay características que podrían brindar mayor beneficio al proceso

psicoterapéutico, como podría ser un terapeuta de más control con aquellos pacientes que tienden a transgredir el encuadre terapéutico. Por lo tanto, las características mencionadas también jugarían un rol importante en la labor clínica que poseen los terapeutas, ya que tal como se mencionó anteriormente, las características de los terapeutas, quienes son y su forma de relacionarse tendrían un impacto importante en los resultados terapéuticos (Szmulewicz, 2013).

Uno de los objetivos de la presente investigación fue analizar la relación entre la conciencia interoceptiva y el estilo terapéutico para comprender en mayor profundidad a la persona del terapeuta y su impacto en el proceso psicoterapéutico. En base a los análisis realizados, uno de los hallazgos más importantes fue que se distinguió una relación significativa entre la conciencia de los estados internos del cuerpo y la percepción que poseen los terapeutas de su estilo terapéutico. Mehling (2012) plantea que percibir y comprender la información que proviene del cuerpo posee un papel integral en la experiencia emocional, autorregulación y decisiones que los terapeutas toman. A su vez, Krause (2005) menciona que la función del terapeuta y la forma en que se organizan y transmiten contenidos terapéuticos, influyen en el proceso terapéutico. De la misma forma, Rivera (2013) afirma que las actitudes que poseen los terapeutas, como podrían ser la calidez y la comprensión, son actitudes básicas para una terapia exitosa. Además, se ha visto que el estilo terapéutico está asociado a aspectos motivacionales, a la regulación emocional y al grado de involucramiento con el paciente (Castañeiras et al., 2008). Es por esto que, como mencionan los autores, tanto la conciencia interoceptiva como las actitudes del terapeuta o el estilo de ser terapeuta influyen en la regulación emocional y en el proceso psicoterapéutico, por esto que ambos a su vez estarían relacionados, lo cual pudo ser observado en los análisis realizados.

Por último, otro aspecto importante dentro de la investigación fue el estudio de las dimensiones del estilo terapéutico, ya que se comprobó que la dimensión afiliativa se encuentra relacionada con la conciencia de los estados corporales. Como menciona Orlinsky (1999), la dimensión afiliativa considera a un terapeuta involucrado, cálido y amigable. Podríamos pensar que esta relación se da, ya que los terapeutas al ser más conscientes de sus reacciones corporales, logran comprender mejor cómo se sienten respecto a su relación con sus pacientes (Loughran, 2002). Rivera (2013) afirma que aquellos terapeutas que reconocen haber desarrollado mayor conciencia del cuerpo señalan que esto se refleja en su trabajo con los pacientes, generando mayor sintonía. Por esto, podríamos sostener que al comprender mejor a

sus pacientes logran un mayor nivel de involucramiento con ellos. Es decir, al estar en sintonía consigo mismos, logran estar más conectados con los demás. Booth et al. (2010) estudió que varios terapeutas presentan reacciones físicas en resonancia con lo que ocurre con los pacientes en sesión, lo que nos lleva a pensar en que es posible que estas resonancias permitan una mayor conexión con el paciente, desarrollar mayor empatía con ellos y por lo tanto, que se genere mayor grado de involucramiento. En base a los resultados encontrados, se hace necesario poder estudiar y potenciar la comprensión que poseen los terapeutas de sus estados corporales, ya que podría permitir mayor sintonía y comprensión de los pacientes, lo que podría traducirse en intervenciones ligadas a las necesidades de estos.

Una de las limitaciones del presente estudio va en la línea de lo mencionado por diversas investigaciones, ya que existe un sesgo en la muestra analizada al estar compuesta principalmente por mujeres. En general los estudios que han estudiado la conciencia interoceptiva según el género han estado sesgados por la cantidad de hombres y mujeres (Grabauskaitė et al., 2017). Es importante considerar en investigaciones futuras que esto podría estar influyendo en los resultados, lo que hace interesante poder realizar un estudio donde la muestra de hombres y mujeres sea equitativa.

Otra limitación a considerar es que los participantes que están realizando el diplomado de Mindfulness pueden tener un sesgo respecto a su interés sobre la conciencia interoceptiva, debido a que este tipo de prácticas pone énfasis en la importancia de la atención plena y conexión con el cuerpo. Es decir, las personas que escogieron este diplomado, son personas en general más interesadas en la conexión con su cuerpo y más interesadas en terapias contemplativas. Lo anterior podría generar heterogeneidad en la muestra que puede verse reflejada al momento de hacer comparaciones entre los participantes. Es por esto, que se cotejaron los participantes que están cursando cada diplomado, con la finalidad de medir y comprender la heterogeneidad de la muestra. En base a los análisis se pudo ver que existen diferencias significativas en el nivel de conciencia interoceptiva entre ambos grupos de terapeutas.

Por último, podemos pensar que no se encontraron diferencias significativas en algunas variables como el género y el servicio de salud donde los terapeutas desempeñan funciones, lo que podría cambiar en estudios futuros si se realizan con una muestra más grande para lograr generar mayor representatividad.

A modo de conclusión, podemos observar que el presente estudio buscó analizar la relación entre la conciencia interoceptiva y algunas variables demográficas del terapeuta, con el fin de establecer la importancia que adquiere para el terapeuta conocer el estado interno de su cuerpo y cómo esto se relaciona con el estilo que estos terapeutas reportan respecto su forma de ser terapeutas. Este estudio mira la capacidad que el terapeuta posee para notar y comprender las reacciones internas de su propio cuerpo, la cual varía según el género, años de experiencia profesional y servicio de salud donde éste se desempeña.

La importancia de estudiar esta relación y comprender con mayor profundidad esta temática ayudará a los terapeutas a conocer una nueva herramienta para poder establecer una mayor sintonía con sus pacientes, y así poder realizar intervenciones acorde con sus necesidades.

Poder conocer las diferencias en la capacidad de notar las reacciones corporales entre los terapeutas que se desempeñan en distintos servicios de salud, aporta en la comprensión de los factores que influyen en la conexión de los terapeutas consigo mismos y, por ende, con sus pacientes.

El contexto laboral en el cual se desenvuelven gran parte de los terapeutas que trabajan en el servicio público genera que se vean enfrentados a falta de servicios, largas jornadas, grandes exigencias administrativas, que afectan directamente al terapeuta (Fischer et al., 2019). En el análisis realizado nos permite conocer que existen diferencias según el lugar donde trabajan los profesionales, lo podría deberse a las condiciones de trabajo mencionadas.

Esta tendencia podría explicarse por la alta demanda que existe en el servicio público, que hace que los terapeutas tengan menos posibilidad de estar conectados de forma consciente con su propio cuerpo, y por ende con sus emociones (Mehling, 2012). Pese a que no sabemos el impacto directo de la capacidad interoceptiva en la efectividad de la terapia, podemos asumir que esta incide en la armonía y conexión con la experiencia emocional de los pacientes, lo que refuerza la alianza terapéutica (Aponte et al., 2012) y por ende, permite mayor comprensión, lo que se ha visto asociado al éxito de la terapia (Rivera, 2013). Además, se ha visto que los terapeutas que realizan prácticas que potencian la capacidad interoceptiva, manifiestan sentir mayor facilidad para despejar sus pensamientos asociados a sesiones anteriores, previo a comenzar una nueva, o al terminar la jornada laboral (McCollum y Gehart, 2010), lo que

permitiría mayor conexión con sus emociones. También se observó que la capacidad de los terapeutas para ser cálidos, amigables e involucrados, estaría relacionada con la capacidad de escuchar y comprender su cuerpo (Rivera, 2013). Además de que aquellos terapeutas que realizan prácticas de Mindfulness, es decir, que logran una mayor conexión con sus estados internos, poseen más compasión y aceptación con ellos mismos, logrando ser más compasivos y tolerantes con sus pacientes (McCollum y Gehart, 2010).

Esto quiere decir que al ahondar en la comprensión de la persona del terapeuta nos acercamos a conocer cuáles son las características que influyen en su labor clínica y en el éxito terapéutico. Así también, esto nos permitirá guiar la formación y crecimiento de futuros profesionales debido a la potencialidad terapéutica que posee el uso del cuerpo.

Esto es importante porque, tanto el estilo terapéutico como conciencia interoceptiva, son variables que juegan un importante rol en el proceso terapéutico, ambos influyen en la regulación emocional, en el involucramiento y toma de decisiones de los terapeutas y por tanto, las diferencias encontradas podrían ayudar a la comprensión del proceso terapéutico y la forma de realizar psicoterapia. Adicionalmente, permitirá potenciar ciertos estilos o determinados tipos de intervenciones que son considerados como efectivos para la terapia. Por lo tanto, se vuelve evidente que el uso del cuerpo y su relación con los estados emocionales tanto del terapeuta como del paciente es una importante herramienta de información para la terapia.

En conclusión, podemos inferir que los resultados obtenidos en la presente investigación ayudan a acercarnos cada vez más a una mejor comprensión de la persona del terapeuta, a conocer el papel que desempeñan en la terapia, las circunstancias que producen diferencias entre terapeutas, la variabilidad de sus intervenciones y herramientas útiles para guiar la terapia, como el cuerpo del terapeuta. Así también, pone de manifiesto la importancia de continuar estudiando la persona del terapeuta por el rol fundamental que cumple en el proceso terapéutico y en la mejoría de los pacientes.

Referencias Bibliográficas

- Almagiá, E. (2004). Validación de un inventario del rol sexual construido en Chile. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(1), 97-106.
- Anderson, T., Crowley, M., Himawan, L., Holmberg, J., & Uhlin, D. (2015). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome
- Aponte, E., Rodríguez, A., y Soto, M. (2012). *Mindfulness en psicoterapia* (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).
- Arthington, P. (2016). Mindfulness: A critical perspective. *Community Psychology in Global Perspective*, 2(1), 87–104. <http://dx.doi.org/10.1285/i24212113v2i1p87>.
- Athanasiadou, C., & Halewood, A. (2011) A grounded theory exploration of therapists' experiences of somatic phenomena in the countertransference. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13:3, 247-262.
- Baldwin, S., & Imel, Z. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 258–297). Hoboken, NJ: Wiley.
- Barrett, L., & Simmons, W. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature Reviews. Neuroscience*, 16(7), 419–429. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn3950>.
- Bergeret, Á., Araneda, R., y Azócar, P. (2010). Estudio Psicométrico del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) en Psicoterapeutas Acreditados en Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 273-281
- Beutler, L., Machado, P. & Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. En A., Bergin, y S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 229–269. Nueva York, NY: Wiley.
- Behar A. (2010). Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(2), 135-146. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000300006>
- Booth, A., Trimble, T., & Egan, J. (2010). Body-centred counter-transference in a sample of Irish clinical psychologists. *Psychologist*, 36(12), 284-289.
- Botella, L. y Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de psicoterapia*, 61, 77-104.
- Briones, S. (2018). Experiencia subjetiva de terapeutas del servicio público atendiendo pacientes difíciles.

- Casari, L. y Ison, M. (2019). Estilo Personal del Terapeuta: Comparación entre profesionales que trabajan en instituciones de adicciones y profesionales del área clínica general. *Revista Costarricense De Psicología*, 38(1), 57-73.
- Casari, L., Ison, M., y Gómez, B. (2018). Estilo Personal del Terapeuta: estado actual (1998 - 2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(3), 466-477. doi:10.24205/03276716.2018.1082 [Links]
- Castañeiras, C., García, F., Lo Bianco, J., & FernándezÁlvarez, H. (2006). Modulating Effect of Experience and Theoretical-Technical Orientation on the Personal Style of the Therapist. *Psychotherapy Research*, 16(5), 595–603.
- Craig, A. (2002) How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nat Rev Neurosci* 3: 655–666.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J., Beck, A., Carroll, K., Perry, K. & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy research*, 1(2), 81-91.
- Corbella, S., Fernández, H., Saúl, L., García, F., y Botella, L. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses.
- Fernández-Álvarez, H., Gómez, B., y García, F. (2015). Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle's Program. *Psychotherapy Research*, 25, 84-94.
- Fernández-Álvarez, J., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, H. (2017). Investigando el estilo personal del terapeuta: Correspondencia entre las autodescripciones y la observación de jueces externos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 207-217. doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18238
- Fischer, C., Cottin, M., Behn, A., Errázuriz, P., & Díaz, R. (2019). What makes a difficult patient so difficult? Examining the therapist's experience beyond patient characteristics. *Journal of clinical psychology*, 75(5), 898-911.
- Forester, A. (2001). *Body Awareness: An Aspect of Countertransference Management that Moderates Vicarious Traumatization*. ProQuest Dissertations Publishing.
- Field, N. (1989). Listening With the Body: An Exploration in the Countertransference. *British Journal of Psychotherapy*, 5(4), 512–522.
- Fatter, D., & Hayes, J. (2013). What facilitates countertransference management? The roles of therapist meditation, mindfulness, and self-differentiation. *Psychotherapy Research*, 23(5), 502–513.
- Gabbard, G. (2017). Psychodynamic psychiatry in clinical practice (special edition). American Psychiatric Pub. Capítulo 16: Narcicismo, 481-513.
- García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 121-128.

- Goldenberg, J., y Molina, M. (2007) El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3),149–59
- Grabauskaitė, A., Baranauskas, M., y Griškova-Bulanova, I. (2017). Interoception and gender: What aspects should we pay attention to?. *Consciousness and cognition*, 48, 129-137.
- Greene, A. (2001). Conscious mind--conscious body. *The Journal of Analytical Psychology*, 46(4), 565–590.
- Heinonen, E. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance and outcome in psychotherapy.(Doctoral dissertation).
- Heinonen, E., & Orlinsky, D. E. (2013). Psychotherapists' personal identities, theoretical orientations, and professional relationships: Elective affinity and role adjustment as modes of congruence. *Psychotherapy Research*, 23(6), 718–731. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.814926>
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30, 417–432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Hermosa, 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 de Lic. en Psicología Clínica. Colegio de Artes Liberales, universidad de San Francisco de Quito.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Desarrollo de la perspectiva teórica: revisión de la literatura y construcción del marco teórico. En *Metodología de la Investigación*. 58-87. México: McGraw-Hill.
- Hilari, A. (2017). Diferencias en la autorregulación emocional y la complejidad cognitiva en situaciones terapéuticas críticas entre terapeutas noveles y expertos (Doctoral dissertation, Universitat Ramon Llull).
- Hinshelwood, R. (1999). The difficult patient: The role of ‘scientific psychiatry’ in understanding patients with chronic schizophrenia or 55 severe personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 174(3), 187-190.
- Huppert, J., Bufka, L., Barlow, D., Gorman, J., Shear, M., & Woods, S. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(5), 747.
- Hölzel, B., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S., Gard, T., & Lazar, S. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry research: neuroimaging*, 191(1), 36-43.
- Khalsa, S., Adolphs, R., Cameron, O., Critchley, H., Davenport, P., Feinstein, J. & Zucker, N. (2018). Interoception and mental health: a roadmap. *Biological psychiatry: cognitive neuroscience and neuroimaging*, 3(6), 501-513.
- King, R., Orr, J., Poulsen, B., Giacomantonio, S., & Haden, C. (2017). Understanding the therapist contribution to psychotherapy outcome: A meta-analytic approach.

- Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 664-680.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krogh, E., Medeiros, S., Bitran, M., y Langer, Á. (2019). Mindfulness y la relación clínica: pasos hacia una resiliencia en medicina. *Revista médica de Chile*, 147(5), 618-627.
- Jones, A., Silas, J., Todd, J., Stewart, A., Acree, M., Coulson, M., & Mehling, W. E. (2020). Exploring the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness in youth aged 7–17 years. *Journal of Clinical Psychology*.
- Lambert, M. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Hoboken, N.J.: Wiley.
- Loughran, E. (2002). *The therapist use of body as medium for transference and countertransference communication (tesis doctoral)*. Wright Institute Graduate School of Psychology. California.
- Lazar, S., Kerr, C., Wasserman, R., Gray, J., Greve, D., Treadway, M. & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893.
- Malik, M., Fleming, F., Penela, V., Harwood, M., Best, S. & Beutler, L. (2002). Which therapist for which client? The interaction of therapist variation and client characteristics in affecting rates of change: An effectiveness study, Paper presentado en Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, San Francisco.
- Mas, X., Cruz J., Fañanás, N., Allue, A., Zamora, I., y Viñas, R. (2003). Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Atención primaria*, 31(4), 214-219.
- Muller, F. y Palavezzatti, M. (2005). Modelos teóricos y práctica clínica en Argentina: Psicoterapia en Capital Federal. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15(2), 73-81.
- McCollum, E. & Gehart, D. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: A qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(3), 347–360.
- Mehling, W., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C., Hecht, F. & Stewart, A. (2009). Body awareness: construct and self-report measures. *PloS one*, 4(5), e5614.
- Mehling, W., Price, C., Daubenmier, J., Acree, M., Bartmess, E. & Stewart, A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PloS one*, 7(11), e48230.
- Mehling, W. (2016). Differentiating attention styles and regulatory aspects of selfreported interoceptive sensibility. *Philosophical Transactions of the Royal Society, B: Biological Sciences*, 371(1708), 20160013.

- Messina, I., Gelo, O., Gullo, S., Sambin, M., Mosconi, A., Fenelli, A., & Orlinsky, D. (2018). Personal background, motivation and interpersonal style of psychotherapy trainees having different theoretical orientations: An Italian contribution to an international collaborative study on psychotherapy training. *Counselling and Psychotherapy Research, 18*(3), 299-307.
- Moya, L. (2015). Influencia del Estilo Personal del Terapeuta en la calidad de la alianza. Tesis de Lic. en Psicología. Pontificia universidad de Comillas de Madrid.
- Nissen-Lie, A., Goldberg, B., Hoyt, T., Falkenström, F., Holmqvist, R., Nielsen, S & Wampold, E. (2016). Are Therapists Uniformly Effective Across Patient Outcome Domains? A Study on Therapist Effectiveness in Two Different Treatment Contexts. *Journal of Counseling Psychology, 63*(4), 367-378.
- Orlinsky, D., Ambühl, H., Rønnestad, M., Davis, J., Gerin, P., Davis, M. & SPR Collaborative Research Network. (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research, 9*(2), 127-153.
- Orlinsky, D., & Rønnestad, M. (2005). How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth.
- Owen, J., Wong, Y. J., & Rodolfa, E. (2009). Empirical search for psychotherapists' gender competence in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*(4), 448.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*, 361–373. <https://doi.org/10.1002/cpp.383>
- Perry, K. & Howard, K I. (1989, June). Therapist effects: In search of the therapists' contribution to psychotherapy outcome. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, Toronto.
- Pollatos, O. & Schandry, R. (2004). Accuracy of heartbeat perception is reflected in the amplitude of the heartbeat-evoked brain potential. *Psychophysiology, 41*(3), 476–482.
- Porras, A., Del Pilar Grazioso, M., & De La Cadena, C. (2012). El estilo personal del terapeuta guatemalteco en el interior del país. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 21*(1), 33-43.
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F. y Sánchez-Reales, S. (2019). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: El ciclo de la excelencia. *Papeles del psicólogo, 40*(2), 89-100.
- Quiñones, Á., y Pérez, C. U. (2019). Investigación del estilo personal del terapeuta post-racionalista: Una revisión. *Revista de Psicoterapia, 30*(112), 7-15.
- Ramírez, A. (2021). Estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica en un grupo de terapeutas bogotanos.

- Ravazzola, M. (2010). ¿ Importan las diversidades de género en las decisiones de los terapeutas?. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(1), 83-89.
- Rivera, F. (2013). Efecto de un programa de entrenamiento en Mindfulness en el desarrollo de habilidades psicoterapéuticas.
- Rivera, M., Valdebenito, N., Salazar, L., y Molina, F. (2017). Terapeutas ocupacionales: influencia del género en su desempeño laboral. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 17(1), 155-163.
- Rumble, B. (2010) The body as hypothesis and as question: towards a concept of therapist embodiment. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5(2), 129-140
- Samuels, A. (1985). Countertransference, the “mundus imaginalis” and a research project. *Journal of Analytical Psychology*, 30, 47–71.
- Sánchez, Á., Aragón, A., Sánchez, M., & Birtle, J. (2014). Therapist characteristics that predict the outcome of multipatient psychotherapy: Systematic review of empirical studies. *Journal of psychiatric research*, 53, 149-156. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.01.016
- Scharager, J., y Molina, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22, 149-159.
- Shaw, R. (2004). The embodied psychotherapist: An exploration of the therapists’ somatic phenomena within the therapeutic encounter. *Psychotherapy Research*, 14, 271–288.
- Stone, M. (2006). The analyst’s body as tuning fork: Embodied resonance in countertransference. *Journal of Analytical Psychology*, 51(1), 109–124.
- Szmulewicz, E. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 61-69. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100008>
- Usabiaga, P. (2018). Mindfulness y corporalidad: la experiencia subjetiva de los terapeutas.
- Valencia, O., Aguirre, M., Giraldo, C., Ponce, E., Raigosa, F. y Rodríguez, R. V. (2014). El estilo terapéutico: entre la realidad del ser y el saber:¿ Un asunto de la técnica o la experiencia vital del terapeuta?.
- Valenzuela, C. & Reyes, A. (2015). Psychometric properties of the multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA) in a Chilean population. *Frontiers in Psychology*, 6, 120.
- Vázquez, G. y Gutierrez Saez, M. (2015). Orientación teórico-técnica y estilo personal del terapeuta.
- Vega, E. (2006). El estilo personal del psicoterapeuta en neonatología. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 201-211.

Wolfer, C., Hilpert, P. & Flückiger, C. (2021). How Therapists' Interpersonal Behavior is Perceived by Their Patients and Close Others: A Longitudinal and Cross-Situational Study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*

Anexos o Apéndices

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Impacto de diplomados en formación y adquisición de herramientas
psicoterapéuticas para el trabajo con pacientes difíciles en el servicio
público

Investigadora Responsable: Candice Fischer
Instituto Milenio para el Estudio de la Depresión y Personalidad (MIDAP)

Usted ha sido invitado a participar en el estudio "Impacto de diplomados en formación y adquisición de herramientas psicoterapéuticas para el trabajo con pacientes difíciles en el servicio público" a cargo de la investigadora Candice Fischer, del Instituto Milenio para el estudio de la Depresión y Personalidad (MIDAP). El objetivo de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El objetivo de esta investigación es evaluar el impacto del Diplomado [REDACTED] y [REDACTED]

¿Quién puede participar en la investigación?

En esta investigación pueden participar personas que cumplan con los siguientes requisitos:

- De profesión psicólogo(a), psiquiatra u otro profesional de la salud mental
- Se ha desempeñado como psicoterapeuta en el servicio público de salud por más de dos años
- Está cursando o cursó el Diplomado [REDACTED] durante el 2019
- Acepta voluntariamente participar en el estudio

¿En qué consiste su participación?

Si acepta, será invitado a completar una batería de cuestionarios, con el objetivo de indagar en el impacto del Diplomado [REDACTED]

[REDACTED] en su trabajo con pacientes difíciles en el servicio público.

Igualmente, será invitado a participar en una entrevista de aproximadamente cuarenta minutos de duración para consultarle sobre su impresión acerca del impacto del Diplomado [REDACTED]

[REDACTED] en su trabajo con pacientes difíciles en el servicio público. En caso que lo autorice, la entrevista será grabada y transcrita posteriormente.

La participación es totalmente voluntaria y usted puede desistir de participar en cualquier momento de la investigación, sin repercusión alguna para usted.

¿Qué riesgos corre al participar?

La metodología utilizada en este estudio no representa riesgo alguno para usted y se utiliza habitualmente en investigaciones con psicoterapeutas y otras poblaciones. Participar o no participar en este estudio no influye de ninguna manera en su evaluación en los programas de

**Multidimensional-Assessment-of-Interoceptive-Awareness–
(MAIA)-**

-

**Evaluación-Multidimensional-de-la-Conciencia-Corporal-
Interoceptiva-**

(MAIA-por-sus-siglas-en-inglés)-

-

""

""

""

""

""

""

""

""

Contacto:– -

Wolf'E.'Mehling, "MD"
Osher'Center'for'Integrative'Medicine"
University'of'California,'San'Francisco"
1545'Divisadero'St.,'4th'floor"
San'Francisco,'CA'94115"
Teléfono:'01'(415)'353'9506"
mehlingw@ocim.ucsf.edu"
<http://www.osher.ucsf.edu/maia/>"

Traducción-al-español-coordinada-por:– -

Dr.'Camila'Valenzuela'Moguillansky"
Instituto'de'Sistemas'Complejos'de'Valparaíso,'Valparaíso,'Chile."
Subida'Artillería,'470,'Valparaíso"
camilavalenzuelamogui@gmail.com"
<https://sites.google.com/site/camilavalenzuelamoguillansky/home>"
"

1"

""

A continuación se encuentra una lista de enunciados. Por favor indique cuán a menudo dichos enunciados se aplican a usted en su vida cotidiana.

Encierre un número en cada línea

	Nunca					Siempre				
1. Cuando estoy tenso(a) noto dónde se ubica la tensión en mi cuerpo.	0	1	2	3	4	5				
2. Me doy cuenta cuando me siento incómodo(a) en mi cuerpo.	0	1	2	3	4	5				
3. Cuando estoy cómodo(a) lo noto en partes específicas de mi cuerpo.	0	1	2	3	4	5				
4. Noto cambios en mi respiración, tales como cuando se hace más lenta o más rápida.	0	1	2	3	4	5				
5. Noto la tensión física o el malestar solamente cuando se vuelve muy severo.	0	1	2	3	4	5				
6. No me doy cuenta de las sensaciones de malestar.	0	1	2	3	4	5				
7. Cuando siento dolor o malestar intento ignorarlo y continuar con lo que estaba haciendo.	0	1	2	3	4	5				
8. Cuando siento dolor físico me enoja.	0	1	2	3	4	5				
9. Si siento algún malestar me empieza a preocupar que algo no ande bien.	0	1	2	3	4	5				
10. Puedo sentir alguna sensación física desagradable sin preocuparme por ella.	0	1	2	3	4	5				
11. Puedo prestar atención a mi respiración sin ser distraído (a) por lo que pasa a mi alrededor.	0	1	2	3	4	5				
12. Puedo tener conciencia de mis sensaciones corporales internas aun cuando hay muchas cosas sucediendo a mi alrededor.	0	1	2	3	4	5				
13. Cuando estoy conversando con alguien puedo prestarle atención a mi postura.	0	1	2	3	4	5				
14. Puedo volver a concentrarme en mi cuerpo si estoy distraído(a).	0	1	2	3	4	5				
15. Puedo re-dirigir mi atención desde mis pensamientos a mis sensaciones corporales.	0	1	2	3	4	5				
16. Puedo prestar atención a todo mi cuerpo incluso cuando una parte de mi siente dolor o malestar.	0	1	2	3	4	5				

Por favor indique cuán a menudo dichos enunciados se aplican a usted en su vida cotidiana.-

	Nunca-				Siempre-	
17. 'Soy'capaz' de'concentrarme' conscientemente' en' mi' cuerpo' de' manera' global.-	0"	1"	2"	3"	4"	5"
18. 'Noto' cómo' mi' cuerpo' cambia' cuando' estoy' enojado(a).-	0"	1"	2"	3"	4"	5"
19. 'Cuando' algo' anda' mal' en' mi' vida' puedo' sentirlo' en' mi' cuerpo.-	0"	1"	2"	3"	4"	5"
20. 'Noto' que' mi' cuerpo' se' siente' diferente' después' de' una' experiencia' apacible.-	0"	1"	2"	3"	4"	5"
21. 'Noto' que' puedo' respirar' libre' y' fácilmente' cuando' me' siento' cómodo(a).-	0"	1"	2"	3"	4"	5"
22. 'Noto' cómo' mi' cuerpo' cambia' cuando' me' siento' contento(a)'/'feliz.-	0"	1"	2"	3"	4"	5"
23. Cuando' me' siento' sobrepasado(a)' puedo' encontrar' un' lugar' tranquilo' dentro' de' mi.-	0"	1"	2"	3"	4"	5"
24. 'Cuando' dirijo' la' atención' hacia' mi' cuerpo' siento' calma'-.	0"	1"	2"	3"	4"	5"
25. 'Puedo' utilizar' mi' respiración' para' reducir' la' tensión.-	0"	1"	2"	3"	4"	5"
26. 'Cuando' estoy' atrapado(a)' en' mis' pensamientos' puedo' calmar' mi' mente' concentrándome' en' mi' cuerpo'/respiración.-	0"	1"	2"	3"	4"	5"
27. 'Estoy' a' la' escucha' de' la' información' que' envía' mi' cuerpo' sobre' mi' estado' emocional.-	0"	1"	2"	3"	4"	5"
28. 'Cuando' estoy' alterado(a), me' tomo' el' tiempo' para' explorar' cómo' se' siente' mi' cuerpo.-	0"	1"	2"	3"	4"	5"
29. 'Escucho' a' mi' cuerpo' para' saber' qué' hacer.-	0"	1"	2"	3"	4"	5"
30. 'En' mi' cuerpo, estoy' en' casa.-	0"	1"	2"	3"	4"	5"
31. 'Siento' que' mi' cuerpo' es' un' lugar' seguro.-	0"	1"	2"	3"	4"	5"
32. 'Confío' en' mis' sensaciones' corporales.-	0"	1"	2"	3"	4"	5"

-
"

4"

"

Cuestionario basado en Informe de la práctica actual del alumno *SPRISTAD*
*(de la Sección de Intereses de la SPR en Entrenamiento y Desarrollo y
la Red de Investigación Colaborativa de la SPR) **

** This work is licensed under the Creative Commons Attribution-Non Commercial-NoDerivs 3.0 Unported License. This license is held by the Society for Psychotherapy Research Collaborative Research Network (SPR/CRN), c/o <d-orlinsky@uchicago.edu> or <m.h.romnestad@psykologi.uio.no>. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/> or send a letter to Creative Commons, 444 Castro Street, Suite 900, Mountain View, California, 94041, USA.*

¿Cómo te describirías a ti mismo como terapeuta –tu estilo o forma de ser con los pacientes/clientes?

Por favor seleccionar:

0=Nada, 2=Algo, 4= Mucho, 6=En gran medida

Aceptador	0	1	2	3	4	5	6
Complaciente	0	1	2	3	4	5	6
Autoritario	0	1	2	3	4	5	6
Atrevido	0	1	2	3	4	5	6
Desafiante	0	1	2	3	4	5	6
Crítico	0	1	2	3	4	5	6
Exigente	0	1	2	3	4	5	6
Desapegado	0	1	2	3	4	5	6
Decidido	0	1	2	3	4	5	6
Directivo	0	1	2	3	4	5	6
Serio	0	1	2	3	4	5	6
Eficaz	0	1	2	3	4	5	6
Enérgico	0	1	2	3	4	5	6
Amigable	0	1	2	3	4	5	6

Cauteloso	0	1	2	3	4	5	6
Indiferente	0	1	2	3	4	5	6
Intuitivo	0	1	2	3	4	5	6
Involucrado	0	1	2	3	4	5	6
Modesto	0	1	2	3	4	5	6
Nutritivo	0	1	2	3	4	5	6
Optimista	0	1	2	3	4	5	6
Organizado	0	1	2	3	4	5	6
Juguetón	0	1	2	3	4	5	6
Pragmático	0	1	2	3	4	5	6
Receptivo	0	1	2	3	4	5	6
Reflexivo	0	1	2	3	4	5	6
Reservado	0	1	2	3	4	5	6
Escéptico	0	1	2	3	4	5	6
Hábil	0	1	2	3	4	5	6
Espontáneo	0	1	2	3	4	5	6
Sutil	0	1	2	3	4	5	6
Apoyador	0	1	2	3	4	5	6
Tolerante	0	1	2	3	4	5	6
Cálido	0	1	2	3	4	5	6
Sabio	0	1	2	3	4	5	6

Información Demográfica

Nombre: _____

Género:

Femenino ____

Masculino ____

Otro ____

Edad: ____

¿En qué país nació usted?

Chile ____

Otro (Especificar) _____

En caso de no haber nacido en Chile, ¿hace cuánto tiempo vive en el país?

Años ____

Meses ____

Profesión: _____

¿En qué año recibió su título profesional? _____

¿De qué Universidad? _____

Títulos:

(Seleccione todos aquellos que se apliquen)

Título profesional ____

Diplomado ____

Magister ____

Doctorado ____

Otros (Especificar) _____

¿Desde qué enfoque(s) teórico(s) ejerce su trabajo clínico?

Años de Experiencia Profesional: _____

Lugar de trabajo: _____

¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este último trabajo? _____

(En caso de tener más de un lugar de trabajo, por favor complete)

Lugar de trabajo: _____

¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este último trabajo? _____

Su(s) lugar(es) de trabajo corresponde(n) a:

Servicio Público ____

Servicio Privado ____

Ambos ____

En ese caso, ¿cuánto de su tiempo más menos dedica a cada uno?

Servicio Público _____

Servicio Privado _____

¿Cuánto de su tiempo dedica a la atención de pacientes?

Servicio Público _____

Servicio Privado _____

¿Cuál es el porcentaje u horas aproximadas que dedica en su trabajo a tratar pacientes con Trastornos de Personalidad?

Servicio Público _____

Servicio Privado _____

A raíz del contexto actual, ¿se encuentra actualmente realizando teleterapia con sus pacientes?

Sí ____

No ____

¿Cuántas horas aproximadamente a la semana? _____

¿Cuáles son los tipos de problemas más típicos por los que está tratando actualmente a sus pacientes? (Enumerar hasta 3 tipos, utilizando su habitual descripción del problema o sistema diagnóstico, ej. DSM, CIE, o algún otro)

1) _____

2) _____

3) _____

¿Tiene acceso a supervisión de los casos que atiende en su lugar de trabajo?

Sí ____

No ____

¿Con qué frecuencia asiste a supervisión clínica?

Semanal ____

Quincenal ____

Mensual ____

Otro (Especificar) _____

En caso de asistir a supervisión, ¿qué tan satisfecho/a está con el espacio?

0% ____

10% ____

20% ____

30% ____

40% ____

50% ____

60% ____

70% ____

80% ____

90% ____

100% ____

¿Se encuentra actualmente en psicoterapia?

Sí ____

No ____

