

Estilo personal del terapeuta y empatía en la atención de personas con padecer mental grave

Therapist's personal style and empathy in caring for people with severe mental illness



* Andrea María González - Graciela Ivana Baldi López -
Mariela Cristina Lucero

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Copyright © 2026
by PsicoGente

Recibido: 24-06-24

Aceptado: 16-01-26

Publicado: 01-01-26

*Andrea María González
Facultad de Psicología. Universidad
Nacional de San Luis. Argentina
andreamariagonzalez839@gmail.com

Graciela Ivana Baldi López
Facultad de Psicología. Universidad
Nacional de San Luis. Argentina

Mariela Cristina Lucero
Facultad de Psicología. Universidad
Nacional de San Luis. Argentina

Resumen

Introducción: El propósito de este trabajo fue explorar el Estilo Personal del Terapeuta (EPT) y Empatía en profesionales dedicados a la atención de personas con padecimiento mental grave. Se investigó sobre la influencia de las variables formación teórica y lugar de trabajo en el EPT y la Empatía de los participantes.

Método: Participaron 126 profesionales, 86 psicólogos y 40 médicos psiquiatras, pertenecientes a instituciones públicas y privadas. Se conformaron dos grupos, uno compuesto por profesionales que se abocan a la atención de personas con padecer mental grave y el otro por terapeutas dedicados a la atención de consultantes de clínica general de la ciudad de Mendoza, Argentina.

Instrumentos: Encuesta Sociodemográfica creada Ad Hoc; Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta e Índice de Reactividad Interpersonal de Davis (IRI), adaptación argentina. Se aplicó prueba H de Kruskal Wallis y prueba U de Mann-Whitney. Las puntuaciones de los grupos fueron comparadas con la prueba de Comparaciones Múltiples de Games-Howell.

Resultados: La empatía, en sus dos dimensiones, arrojó diferencias según la formación teórica de los participantes. Se observaron diferencias, en la función de Involucración y Expresiva del EPT, al contrastarlas con la formación teórica y el lugar de trabajo del profesional (ámbito privado o público).

Discusión: El EPT se muestra influido por variables sociodemográficas tales como el lugar de trabajo y la formación teórica de los profesionales. La variable Empatía se observó presente en ambos grupos en estudio.

Palabras Clave: Estilo personal del terapeuta, Empatía, Padecimiento mental grave, Enfoque teórico, Psicólogos, Psiquiatras.

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to explore the Therapist's Personal Style (TPS) and Empathy in professionals devoted to the care of people with severe mental illness. This study also examined the influence of theoretical training and the workplace on the TPS and Empathy.

Method: This research had the participation of 126 professionals, 86 psychologists and 40 psychiatrists from both public and private institutions. Participants were divided into two groups, one focused on professionals devoted to the care of people with severe mental illness and the other on therapists devoted to the care of general clinic consultants in the City of Mendoza, Argentina.

Instruments: Ad Hoc Sociodemographic Survey; Therapist Personal Style Questionnaire and Davis Interpersonal Reactivity Index (IRI) Argentine adaptation. Kruskal-Wallis H test and the Mann-Whitney U test were applied. The scores of the groups were compared using the Games-Howell Multiple Comparison Test.

Results: Empathy, in its two dimensions, showed differences according to the theoretical training of the participants. Differences were observed in the role of Involvement and Expressiveness of the TPS, when contrasted with the theoretical training and the professional's workplace (private or public).

Discussion: TPS appeared to be influenced by sociodemographic variables such as workplace and the theoretical training of professionals. The variable Empathy was observed in both groups of study.

Keywords: Therapist's personal style, Empathy, Severe mental illness, Theoretical approach, Psychologists, Psychiatrists.

Cómo citar este artículo (APA):

González, A. M., Baldi López, G. I. & Lucero, M. C. (2026). Estilo personal del terapeuta y empatía en la atención de personas con padecer mental grave. *PsicoGente* 29(55), 1-13. <https://doi.org/10.17081/psico.29.55.7408>

1. INTRODUCCIÓN

Los tratamientos para personas con padecimiento mental grave han experimentado cambios significativos en las últimas décadas. Estos cambios no solo se refieren a la manera en que se realiza el tratamiento, sino a las estrategias de intervención terapéutica utilizadas para abordar este tipo de problemáticas (González-Duro, 2000). Se incluyen en estos avances al estilo comunicacional del terapeuta.

López y Laviana (2007) y Martín-Contero *et al.* (2017) refieren que un padecimiento grave en Salud Mental implica la presencia de determinadas dimensiones para ser considerado como tal: sintomatología de tipo psicótica, de evolución dispar, con tendencias a las recaídas y a la cronicidad, dificultades de adecuación a la realidad y de manejo de las relaciones interpersonales con una evolución prolongada, de más de dos años, con utilización frecuente de distintos recursos sanitarios y sociales, entre ellos la hospitalización.

Presentan, por lo general, un componente de discapacidad que implica alteraciones en varios aspectos funcionales. El medio socio-familiar de la persona se suele observar con disfunciones, lo que se suma a la complejidad de factores que definen este padecer.

Las personas que se encuentran en tratamiento de Salud Mental por dificultades graves hacen uso de diversos dispositivos de atención debido a estas múltiples necesidades, por lo general, de larga evolución, con compromiso en diversas esferas de su persona (Rial *et al.*, 2006).

En relación con los profesionales que se desempeñan en la atención de problemáticas graves en salud mental, no hay reportes sobre qué tipo de modalidad terapéutica es óptima para su abordaje.

Se ha observado que los terapeutas que trabajan con personas con dificultades mentales severas suelen tener una atención más focalizada, tienden a establecer mayor distancia emocional y menor grado de involucración (Rial *et al.*, 2006), teniendo en cuenta que se trata de abordajes complejos.

La Psicoterapia Integrativa sostiene, en sus enunciados, que las variables del terapeuta que favorecen el proceso de cambio terapéutico no se refieren solo a los conocimientos teóricos que tenga el profesional y a su capacidad para implementarlos, sino que lo relevante incluye, también, aspectos de su mundo interno y su capacidad de contacto interpersonal. Variables como la empatía, autocontrol, estabilidad, calidez, la capacidad de persuasión y contagio emocional, entre otras, se presentan como superiores al efecto del enfoque teórico (Opazo-Castro, 2001; Pereira *et al.*, 2023; Santibáñez *et al.*, 2008). El entrenamiento clínico del terapeuta no debería centrarse únicamente en aspectos técnicos, sino también en cómo fomentar habilidades comunicacionales (Grzona *et al.*, 2021).

Dada la complejidad del padecimiento mental grave, resulta fundamental que los profesionales que eligen la atención de estas personas desarrollen una creciente autorreflexión sobre su praxis y posicionamiento frente al consultante, y que sean más conscientes de sus modos de interacción en la construcción del vínculo terapéutico (Corbella *et al.*, 2024; Torres-Barbero, 2025).

El Estilo Personal del Terapeuta (en adelante EPT) hace referencia al conjunto de características, rasgos y actitudes personales que el terapeuta pone en juego en el proceso de psicoterapia influyendo tanto en su marcha como en los resultados de las acciones terapéuticas (García y Fernández-Álvarez, 2007).

El EPT ha sido analizado en profesionales que interactúan con diversas poblaciones clínicas, incluyendo a aquellos que se desempeñan en terapia intensiva neonatal (Vega, 2006), pacientes

con afecciones mentales graves (Rial *et al.*, 2006), situaciones relacionadas con maltrato infantil (Casari *et al.*, 2014), manejo de pacientes oncológicos (Vera-Cano, 2018) y terapeutas que trabajan en el campo de las adicciones (Casari, 2019). Estas investigaciones revelaron que los terapeutas que abordaban a pacientes gravemente perturbados o con problemáticas de maltrato infantil mostraban una mayor distancia tanto emocional como comunicacional (función Expresiva). En cuanto al encuadre terapéutico (función Instruccional), se identificó una preferencia por marcos más flexibles en aquellos profesionales que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales o con pacientes oncológicos. También se observó un nivel de compromiso menor con las tareas y los pacientes (función de Involucración) en los terapeutas dedicados a la atención de personas con perturbaciones graves. En lo que respecta a las funciones Atencional y Operativa, se encontró una mayor disposición para la atención abierta y receptiva entre los profesionales de oncología, mientras que aquellos que atendían pacientes con trastornos psiquiátricos graves preferían intervenciones más pautadas (Rial *et al.*, 2006). En resumen, los estudios sugieren que las cinco funciones del EPT varían en función de la patología del paciente con el que se trabaja.

Un análisis llevado a cabo en Argentina por Casari *et al.* (2013) observó cómo la orientación teórico-técnica afecta al desarrollo del EPT. Se utilizó el cuestionario EPT-C (Fernández-Álvarez y García, 1998) con una muestra de profesionales de la psicoterapia. Los resultados revelaron diferencias significativas en las funciones del EPT entre terapeutas psicólogos psicoanalíticos y aquellos con otros enfoques teóricos. Se observaron diferencias en las funciones Atencional y Expresiva, en comparación con psicólogos que adscriben al enfoque humanista-existencial. Los terapeutas psicoanalistas presentaron atención más abierta, se describieron más distantes a nivel emocional, mostrando una menor involucración con la tarea, y siendo a la vez más rígidos y espontáneos.

Otro estudio realizado por Casari *et al.* (2022) describió el EPT en psicólogos clínicos que atendían pacientes con discapacidad intelectual analizando el efecto del enfoque teórico y años de experiencia profesional. Se utilizó una muestra de 104 psicoterapeutas de Argentina divididos en dos grupos, 52 profesionales que trabajaban con personas con discapacidad intelectual y 52 en la clínica general en consultorio privado. Se aplicó una Encuesta Ad Hoc para relevar información demográfica, sexo, edad, años de experiencia profesional y enfoque teórico. Se utilizó el Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). Se encontraron diferencias significativas en tres funciones del EPT: Operativa, Involucración y Expresiva. Estas tres funciones arrojaron puntajes superiores en el grupo de profesionales que atendían personas con discapacidad intelectual. Esto significa que dicho grupo presentó una mayor cercanía emocional, un nivel superior de compromiso con la tarea e inclinación a utilizar intervenciones más estructuradas que espontáneas. La función de Involucración mostró un efecto grande ($d > .80$), mientras que el efecto en las demás funciones fue pequeño a moderado. En el grupo de terapeutas que trabajaban con discapacidad intelectual, las funciones Atencional y Operativa, mostraron diferencias entre terapeutas cognitivos conductuales y psicoanalíticos arrojando puntajes superiores en los primeros. En el grupo de terapeutas clínicos, en las mismas funciones, las diferencias se observaron entre psicoanalíticos y sistémicos presentando valores bajos los terapeutas psicoanalíticos. Dentro del grupo clínico, en la función Expresiva, se observaron diferencias entre terapeutas psicoanalíticos y sistémicos ($p < .05$) y post racionalistas ($p < .05$) arrojando valores inferiores los terapeutas psicoanalíticos. Al analizar los años de experiencia y cada función del EPT, concluyen que los puntajes tienden a aumentar según se incrementan los años de experiencia profesional.

En una investigación sobre adicciones, llevada adelante por Casari (2019), se trabajó con una muestra de 426 psicólogos clínicos. Un grupo de

102 terapeutas especialistas en adicciones y un grupo de 324 terapeutas no dedicados a la atención de adicciones. Se encontró una diferencia significativa en la función de Involucración ($t = -2.58$, $p < .05$, $d = .295$). El valor superior fue obtenido por los terapeutas del grupo adicciones sobre el grupo clínico. Se concluyó que, al transcurrir los años de experiencia profesional, los terapeutas de adicciones tenderían a inclinarse por mayor rigidez en el encuadre de trabajo y los profesionales del grupo clínico desarrollarían mayor cercanía emocional con sus consultantes (Casari, 2019).

Respecto a la variable Empatía, esta se define como la habilidad de comprender emociones y sentimientos de otro, poniéndose en su lugar, y de este modo entender su perspectiva. Históricamente la empatía ha sufrido modificaciones a nivel conceptual, llegando actualmente a ser entendida de un modo multidimensional, conformada por componentes de orden afectivo y también cognitivo (Davis, 1980). Tabullo *et al.* (2021) estudiaron la relación del EPT con la Empatía y la mentalización de psicoterapeutas evaluando el efecto teórico sobre dichas variables. Participaron 162 psicoterapeutas de Argentina. Se aplicó el Cuestionario EPT-C, Inventario de Reactividad Interpersonal y Test de Lectura de Mente en Ojos. Se observó que los participantes con mayor empatía afectiva (distrés emocional) presentaron atención más focalizada y mayor compromiso (distrés emocional y preocupación empática). La Toma de Perspectiva fue predictora de atención más abierta y mayor proximidad (función Expresiva). Respecto a la orientación teórica, los terapeutas psicoanalíticos e integrativos se mostraron más espontáneos mientras que los integrativos fueron más distantes en comparación con terapeutas cognitivos conductuales. En este estudio se concluyó que la empatía y la corriente teórica se asocian a diferentes aspectos del EPT, siendo significativo que la función Atencional esté relacionada con la empatía cognitiva y no sólo a aspectos técnicos del EPT.

Investigar acerca de la comunicación emocional de profesionales abocados a la atención de personas con padecer mental grave, a través de las dimensiones de la Empatía y el EPT, permite profundizar en el estudio del terapeuta como variable influyente en el establecimiento de la alianza terapéutica y, por ende, en los resultados de los tratamientos (Corbella y Botella, 2003; Wampold, 2015; Fernández-Álvarez y García, 2019).

A partir de los antecedentes científicos previos, el presente estudio tuvo como objetivo analizar de qué manera el enfoque teórico y el ámbito de trabajo influyen en el EPT y la Empatía de profesionales que se abocan a la atención de personas con padecimientos mentales graves.

2. MÉTODO

2.1. Diseño

Se trabajó con un diseño cuantitativo no experimental de corte transversal, de carácter descriptivo, comparativo e inferencial (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2018).

2.2. Participantes

La muestra no probabilística e intencional quedó conformada por 126 participantes, 86 psicólogos y 40 psiquiatras, de instituciones públicas y privadas de la ciudad de Mendoza, Argentina. Se tuvieron en cuenta como criterios de exclusión el hecho de estar realizando una residencia en una institución de salud y/o tener menos de un año de experiencia profesional. Como criterio de inclusión se consideró: estar ejerciendo en instituciones públicas o consultorio privado al momento de responder, no tener un diagnóstico psicológico o psiquiátrico en los últimos 6 meses. Un 71 % ($n=90$) eran profesionales dedicados a la atención de personas con padecimiento mental grave y un 29% ($n=36$) profesionales que se abocaban a la clínica en general de adultos. Las edades oscilaron entre 25 y 70 años ($M = 40,6$; $DS = 8,47$) y en su mayoría se autopercebían del género femenino ($n=100$).

2.3. Instrumentos

2.3.1. Encuesta Sociodemográfica Ad Hoc

Se creó una encuesta con el fin de recabar datos sociodemográficos relevantes. Las principales áreas que se intentaron indagar fueron: profesión y años de experiencia profesional, tipos de padecimientos mentales que aborda principalmente (padecimientos mentales graves o clínica general), formación o enfoque teórico, ámbito en el que se desempeña especificando puesto de trabajo (público, privado o ambos). Al finalizar la encuesta, se desarrollaron dos preguntas abiertas no obligatorias, que hacían referencia a actitudes y habilidades o competencias terapéuticas que los participantes consideraban relevantes para el abordaje de los consultantes en su lugar de trabajo.

2.3.2. Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C, Fernández-Álvarez, 2003)

El EPT-C fue diseñado para obtener de cada terapeuta, un perfil aproximado de su estilo personal o la percepción que tienen del mismo (Corbella y Botella, 2004). Fue desarrollado por el equipo de investigación de la Fundación Aiglé en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Es un instrumento auto-administrado compuesto por 36 ítems presentados como afirmaciones a las que cada terapeuta responde según su grado de acuerdo en una escala de tipo Likert, que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Los 36 ítems se agrupan en cinco funciones, con dos extremos (Casari et al., 2022):

- **Función Atencional:** Relacionada con la búsqueda de información terapéutica, donde las polaridades oscilan entre atención amplia o abierta (bajos puntajes) o atención focalizada o estrecha (altos puntajes).

- **Función Operativa:** Vinculada al tipo de abordaje que cada terapeuta tiende a implementar. Si se inclina a un trabajo espontáneo, sin un plan de tratamiento pautado (bajos puntajes) o hacia un trabajo terapéutico más estructurado (altos puntajes).
- **Función Expresiva:** Forma en la que el terapeuta trabaja la comunicación emocional con sus consultantes. Los polos oscilan entre trabajar con distancia emocional (bajos puntajes) o de manera más cercana (altos puntajes).
- **Función Instruccional:** Modo en que el terapeuta establece el encuadre terapéutico. El terapeuta puede ser flexible al pautar el encuadre (bajos puntajes) o presentar un encuadre terapéutico rígido (puntajes elevados).
- **Función de Involucración:** Relacionada con el nivel de compromiso del terapeuta en su labor y en el impacto que tiene la psicoterapia sobre su vida diaria. Puede presentarse desde bajo compromiso (puntajes bajos) hasta una alta involucración (puntajes elevados).

Para evaluar la confiabilidad de esta escala, se calculó el alfa de Cronbach obteniendo valores que se consideraron adecuados, con un rango entre 0,69 y 0,80. Castañeiras et al. (2008) realizaron un análisis factorial confirmatorio del instrumento con una muestra de 461 terapeutas argentinos para crear la versión abreviada del mismo (con 21 ítems). Las correlaciones entre las versiones abreviada y original fueron todas positivas y elevadas ($r \geq 0,80$). Con este estudio de validación teórica los autores, finalizaron el proceso de establecer la calidad técnica del EPT-C en la población argentina (Castañeiras et al., 2008; Casari et al., 2018).

2.3.3. Índice de Reactividad Interpersonal de Davis (1980) (Adaptación Argentina de Müller et al., 2018)

Instrumento conformado por sub-escalas que hacen referencia cada una a las dimensiones de

la empatía, cognitiva y afectiva, descritas por el autor. Las dos primeras subescalas, se refieren a la dimensión afectiva y se denominan Preocupación Empática y Angustia Personal. Las otras dos, evalúan la dimensión cognitiva y son llamadas como Fantasía, y Toma de Perspectiva (Müller, *et al.*, 2018):

- **Escala Preocupación Empática:** Permite observar la tendencia de los sujetos a experimentar sentimientos de compasión, preocupación y calidez por aquellas personas que atraviesan experiencias negativas en su vida.
- **Escala Angustia Personal:** Da cuenta de la capacidad de un individuo de experimentar sentimientos de malestar y ansiedad al presenciar experiencias negativas que le ocurren a terceros.
- **Escala Toma de Perspectiva:** Corroborar la habilidad de los sujetos para adoptar o comprender la perspectiva o punto de vista de otras personas en situaciones de la vida cotidiana.
- **Escala Fantasía:** Describe la capacidad de los sujetos para identificarse con personajes ficticios. Observa la capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias, la cual refleja una marcada tendencia a la identificación con otros, supuestos e imaginarios.

El formato de respuesta es de tipo Likert con cinco opciones de respuesta (de 0 a 4) según el grado en que dicha afirmación le describa. Según resultados de esta adaptación al contexto argentino para su uso en adultos por Müller *et al.* (2018), su consistencia interna a través del estadístico alfa de Cronbach, arroja valores adecuados tanto para la dimensión de Angustia Personal ($\alpha = .73$), Fantasía ($\alpha = .72$), Toma de Perspectiva ($\alpha = .68$), y Preocupación Empática ($\alpha = .65$). Los valores hallados en este estudio de adaptación, para las cuatro dimensiones, resultaron similares a los informados por la validación española de la escala desarrollada por Mestre Escrivá en 2004: (Fantasía:

$\alpha = .70$; Preocupación empática: $\alpha = .65$; Angustia personal: $\alpha = .64$; y Toma de perspectiva: $\alpha = .56$ (Müller *et al.*, 2018). La consistencia interna de la versión local, a través del estadístico alfa de Cronbach, arroja valores adecuados tanto para la dimensión de Angustia Personal ($\alpha = .73$), Fantasía ($\alpha = .72$), Toma de Perspectiva ($\alpha = .68$), y Preocupación Empática ($\alpha = .65$).

2.4. Procedimiento

Se realizó contacto directo con profesionales de distintas instituciones públicas y privadas de la ciudad de Mendoza. Se les solicitó para participar, ser profesional psicólogo o psiquiatra dedicados a la atención de adultos con padecimientos mentales graves o a la clínica general. A cada participante se le explicó los objetivos y propósitos de la investigación, indicando que este estudio pretendía indagar sobre el modo comunicacional y la empatía de profesionales de la salud mental. Se les informó sobre la voluntariedad de su participación, la confidencialidad y anonimato de los datos recolectados, así como el uso de los mismos con fines académicos y/o científicos. Luego de aceptar participar, a través de un consentimiento informado, se les entregó los cuestionarios seleccionados. Los instrumentos fueron distribuidos por medio de correo electrónico o vía WhatsApp, durante el año 2021, teniendo en cuenta la situación sanitaria que atravesaba el país, debido a la pandemia por COVID-19.

2.5. Análisis de datos

Se aplicaron medidas de tendencia central y dispersión a las distintas funciones del EPT. Se utilizó estadística no paramétrica: prueba H de Kruskal Wallis y prueba U de Mann-Whitney. A fin de comparar las puntuaciones de los grupos en estudio se aplicó la prueba de comparaciones múltiples de Games-Howell.

3. RESULTADOS

Para poder analizar los datos obtenidos se tuvo en cuenta aquellas funciones o subescalas, de acuerdo con cada instrumento aplicado, que presentaron

mayor predominio en cada grupo que se pretendió indagar. Se hizo referencia a dos grupos de profesionales, según se dedicaban a la atención de personas con padecimiento mental grave (en adelante grupo PMG) y a aquellos abocados a la clínica general (en adelante grupo CG). Contrastados los EPT en

función de la formación teórica de los profesionales del grupo PMG, se evidenciaron diferencias en cada función, a excepción de la Instruccional, en la que el valor p de la prueba H de Kruskal-Wallis fue de ,38 (Ver Tabla 1).

Tabla 1.

Comparación de funciones del EPT según formación teórica de los profesionales (N=126).

FUNCIÓN EPT	FORMACIÓN TEÓRICA	N	M	DE.	RANGO PROMEDIO	H	P	E ²
Expresiva	Cognit-conduct	8	4,42	0,52	51,00	34,24	< ,001	,27
	Psicoanalítica	31	3,90	1,01	36,66			
	Sistémica	18	5,31	1,08	81,47			
	Human.-Exist.	3	5,50	0,76	92,33			
	Integrativa	22	5,12	0,82	79,75			
	Más de uno	12	5,33	0,92	85,63			
	Otros	8	4,25	0,91	47,75			
De Involucración	Sin enfoque det.	24	4,73	0,84	64,54	12,56	,084	,10
	Cognit-conduct	8	2,21	0,78	35,25			
	Psicoanalítica	31	2,66	0,67	55,13			
	Sistémica	18	3,08	0,58	76,78			
	Human.-Exist.	3	3,33	0,22	96,17			
	Integrativa	22	2,81	0,71	62,89			
	Más de uno	12	2,72	0,62	58,96			
Atencional	Otros	8	2,92	0,54	68,50	20,63	,004	,17
	Sin enfoque det.	24	2,99	0,55	70,85			
	Cognit-conduct	8	3,69	0,94	81,00			
	Psicoanalítica	31	2,58	0,84	40,77			
	Sistémica	18	3,20	0,86	66,25			
	Human.-Exist.	3	3,22	1,11	69,17			
	Integrativa	22	3,47	0,90	73,95			
Instruccional	Más de uno	12	2,94	0,81	54,96	7,5	,379	,06
	Otros	8	3,63	0,75	85,44			
	Sin enfoque det.	24	3,35	0,70	71,63			
	Cognit-conduct	8	5,88	1,11	92,00			
	Psicoanalítica	31	4,87	1,11	62,50			
	Sistémica	18	4,80	1,35	64,28			
	Human.-Exist.	3	3,94	1,55	39,17			
Operativa	Integrativa	22	4,99	1,04	67,36	45,86	< ,001	,37
	Más de uno	12	4,69	1,35	60,58			
	Otros	8	4,81	1,11	61,00			
	Sin enfoque det.	24	4,50	1,43	56,50			
	Cognit-conduct	8	4,20	0,98	95,75			
	Psicoanalítica	31	2,52	0,53	26,60			
	Sistémica	18	3,42	0,75	67,89			
	Human.-Exist.	3	3,52	0,36	77,00	45,86	< ,001	,37
	Integrativa	22	3,62	0,75	77,55			
	Más de uno	12	3,55	0,73	75,71			
	Otros	8	3,64	0,58	78,75			
	Sin enfoque det.	24	3,51	0,68	71,38			

Nota: Det. = determinado

Se manifestó un efecto mínimo en la función de Involucración ($E^2 = ,10$; $p = ,08$), a favor de la formación teórica humanística existencial, cuando se la compara con las formaciones psicoanalítica y cognitiva conductual en la prueba de Games-

Howell (respectivamente p de ,06 y ,07). En la Tabla 2 se presentan estas diferencias, junto a las demás discrepancias plausibles de ser adjudicadas al efecto sistemático entre la formación teórica y las funciones del EPT.

Tabla 2.

Comparaciones múltiples para las funciones del EPT que presentan diferencias según formación teórica (N=126).

FUNCIÓN EPT	FORMACIÓN TEÓRICA		DIFERENCIA M	ERROR ESTÁNDAR	P
Expresiva	Psicoanalítica	Sistémica	-1,41	0,31	< ,01
		Integrativa	-1,22	0,25	< ,01
		Más de uno	-1,43	0,32	< ,01
De Involucración	Human.-Exist.	Sin enfoque det.	-0,83	0,25	,03
		Cognit-cond.	1,12	0,30	,06
		Psicoanalítica	0,67	0,18	,07
Atencional	Psicoanalítica	Integrativa	-0,89	0,24	,01
		Otros	-1,05	0,31	,07
		Sin enfoque det.	-0,77	0,21	,01
Operativa	Psicoanalítica	Cognit-cond.	-1,68	0,36	,02
		Sistémica	-,90	0,20	< ,01
		Integrativa	-1,10	0,19	< ,01
		Más de uno	-1,03	0,23	,01
		Otros	-1,12	0,23	,01
		Sin enfoque det.	- ,99	0,17	< ,01

Al aplicarse pruebas H de Kruskal-Wallis a las dimensiones de la Empatía en función de la formación teórica, se manifestaron pequeños efectos en las subescalas Toma de perspectiva, Preocupación empática y Angustia personal ($E^2 = ,11$ y $,14$; p de entre $,018$ y $,046$). Efectuadas las comparaciones múltiples de Games-Howell, se evidenciaron diferencias en el nivel de Preocupación Empática, menor en quienes tienen formación teórica psicoanalítica, en comparación con quienes no tienen

un enfoque determinado ($p = ,08$); y en Angustia Personal, manifestada en mayor grado por quienes tienen formación sistémica, respecto de quienes se formaron en más de un enfoque ($p = ,04$); y en mayor grado por quienes tienen formación humanística existencial, en comparación con los que recibieron formación psicoanalítica, otros enfoques, más de uno o ninguno determinado ($p < ,02$). En las tablas 3 y 4 se detallan estos resultados.

Tabla 3.

Comparación de las subescalas del IRI según la formación teórica de los profesionales, mediante prueba H de Kruskal-Wallis (N=126).

SUBESCALA IRI	FORMACIÓN TEÓRICA	N	MEDIA	DESV. EST.	RANGO PROMEDIO	H	P	E2
Toma perspectiva	Cognit-conduct	8	12,75	3,15	36,81	16,89	,018	,14
	Psicoanalítica	31	15,03	2,44	64,39			
	Sistémica	18	15,50	2,20	70,17			
	Human.-Exist.	3	16,33	1,15	84,67			
	Integrativa	22	14,36	2,48	53,30			
	Más de uno	12	14,33	2,71	51,83			
	Otros	8	14,13	2,30	50,88			
	Sin enfoque det.	24	16,33	2,20	83,00			
Preocupación empática	Cognit-conduct	8	14,50	2,33	46,63	14,79	,039	,12
	Psicoanalítica	31	14,74	2,76	52,97			
	Sistémica	18	16,50	1,82	78,61			
	Human.-Exist.	3	17,00	2,00	85,83			
	Integrativa	22	15,59	2,67	61,30			
	Más de uno	12	14,83	2,12	50,63			
	Otros	8	15,38	1,30	57,88			
	Sin enfoque det.	24	16,58	1,82	78,94			
Angustia personal	Cognit-conduct	8	5,88	1,73	66,75	14,31	,046	,11
	Psicoanalítica	31	5,58	2,01	55,74			
	Sistémica	18	7,28	2,78	83,97			
	Human.-Exist.	3	7,00	0,00	99,00			
	Integrativa	22	6,09	2,29	67,23			
	Más de uno	12	4,83	0,83	44,88			
	Otros	8	5,38	0,92	60,38			
	Sin enfoque det.	24	5,58	1,64	59,58			

Tabla 4.

Pruebas de comparaciones múltiples de Games-Howell para las subescalas del IRI que presentaron diferencias según la formación teórica (N=126).

SUBESCALA IRI	FORMACIÓN TEÓRICA		DIFERENCIA M	ERROR ESTÁNDAR	P
Preocupación Empática	Psicoanalítica	Sin enfoque det.	-1,84	0,62	,08
	Sistémica	Más de uno	2,44	0,70	,04
Angustia Personal	Humanística	Psicoanalítica	1,42	0,36	,01
		Más de uno	2,17	0,24	< ,01
	Existencial	Otros	1,63	0,32	,02
		Sin enfoque det.	1,42	0,33	,01

En cuanto al lugar de trabajo actual de los participantes, se observaron diferencias en la función

Expresiva del EPT entre quienes desempeñan su actividad en consultorio privado ($p = ,09$) respecto de quienes lo hacen en hospitales generales u

hospitales monovalentes ($p = ,04$) con un efecto pequeño (Ver Tabla 5).

No se constataron diferencias entre la variable lugar de trabajo y las subescalas que conforman la escala de Empatía.

Tabla 5.

Comparaciones múltiples de Games-Howell para la función Expresiva del EPT en función del lugar de trabajo (n=100).

FUNCIÓN EPT	LUGAR DE TRABAJO		DIFERENCIA M	ERROR ESTÁNDAR	P
Expresiva	Consultorio privado	Hospital general	1,15	0,37	,09
		H. Salud mental	0,66	0,22	,04

4. DISCUSIÓN

Como fue descripto previamente, el objetivo de este estudio fue poder observar la influencia de las variables enfoque teórico y ámbito de trabajo en el EPT y en la Empatía en un grupo de psicólogos y psiquiatras. Cabe destacar que, si bien el EPT se muestra relativamente estable en el tiempo, este puede sufrir modificaciones (Fernández-Álvarez y García, 2019).

Una de las variables que demostró tener influencia en el EPT de profesionales del grupo PMG, es la formación teórica de los mismos. Los datos obtenidos refirieron que quienes siguen una línea Humanística-Existencial se muestran más comprometidos con los consultantes. Por otro lado, los profesionales con un enfoque psicoanalista presentaron mayor distancia emocional, atención no focalizada, con un trabajo más espon-

táneo con respecto a profesionales de otras formaciones teóricas. Esto coincidió con la investigación de Casari et al. (2022), quienes encontraron, en profesionales que trabajaban con discapacidad intelectual, valores superiores en las funciones Atencional y Operativa, en terapeutas con orientación cognitivo-conductual en comparación a terapeutas psicoanalistas. También, en el grupo de terapeutas clínicos, en las mismas funciones, las diferencias se observaron entre psicoanalistas y sistémicos presentando valores bajos los terapeutas psicoanalíticos. El estudio realizado por Casari et al. (2013) respecto a cómo la orientación teórica y técnica afecta al EPT mostró concordancia con los resultados obtenidos, respecto a la función de Involucración, Atencional y Expresiva observadas en los participantes psicoanalistas del grupo PMG. Así como con la investigación de Rial et al. (2006) quienes concluyeron que los profe-

sionales con formación psicoanalítica son más pautados y distantes emocionalmente cuando atienden a personas con problemas mentales graves. Es pertinente esclarecer que el enfoque teórico del terapeuta es una variable sensible que provoca inevitablemente modificaciones en el EPT superando a la población clínica que aborda (Areas *et al.*, 2022; Casari *et al.*, 2013; Villarubia y Pérez, 2025).

Con respecto a la variable lugar de trabajo (consultorio particular o instituciones hospitalarias) se destacó la proximidad emocional en aquellos profesionales que se desempeñan de manera privada y con consultantes de clínica general (grupo CG), quienes por el tipo de casuística con la que trabajan, pueden implementar técnicas de intervención que facilitan el autoconocimiento o descubrimiento de aspectos emocionales del consultante, lo que favorece una mayor cercanía del terapeuta con este. En este sentido, Casari *et al.* (2022) sostienen que el EPT muestra una tendencia a acomodarse al contexto laboral donde el terapeuta desarrolla habilidades específicas y pertinentes al mismo.

En cuanto a la Empatía, se observaron variaciones en función al modelo teórico al que adhieren los participantes, experimentando quienes tienen una formación humanística-existencial mayores sentimientos de malestar y ansiedad frente al padecer del consultante, en comparación con quienes adhieren a un enfoque psicodinámico. Esto podría deberse a que el enfoque humanístico-existencial considera central que el terapeuta se aproxime al consultante posibilitando el despliegue de afectos para poder vivenciarlos con él. Estos datos coincidieron con lo obtenido por Casari *et al.* (2013) quienes describieron a los terapeutas psicoanalistas como más distantes a nivel emocional y con una menor involucración con la tarea. Se podría pensar entonces que la formación teórica atraviesa no solo al modo comunicacional o estilo del terapeuta sino también a su empatía terapéutica. La variable lugar de trabajo de los participantes no tuvo mayor influencia, ya que las dos dimensiones

de este constructo estuvieron presentes en ambos grupos estudiados. Esto deja ver que la capacidad de toma de perspectiva del consultante, por parte de los terapeutas, se pone en juego más allá de las variables propias del lugar donde desempeña su tarea y de la complejidad de la problemática que aborda.

Se podría inferir que el acompañamiento terapéutico a una persona que cursa un padecimiento mental de gravedad, cuyo tratamiento suele desarrollarse principalmente en servicios hospitalarios de guardia, internación o en clínicas especializadas, requiere el despliegue de estilos de trabajo que funcionen como mecanismos de protección frente a la gravedad de dicho padecimiento. Estos estilos, independientemente del enfoque al que adhiera cada profesional, resultan necesarios para abordar las múltiples implicancias psíquicas, biológicas, sociales y económicas que la situación conlleva. A su vez, el equipo interdisciplinario que interviene se ve con frecuencia expuesto a altos niveles de ansiedad, estrés, temores y sentimientos de frustración o impotencia.

Los resultados obtenidos en esta investigación llevan a considerar la importancia de desarrollar e implementar diversas estrategias de cuidado de aquellos profesionales que trabajan con problemáticas de salud mental consideradas graves y persistentes (como es el caso del espectro de la esquizofrenia, el trastorno bipolar, las adicciones, los trastornos de la personalidad, entre otros) entre las cuales se podrían mencionar los espacios de reflexión y supervisión o puesta en común de los casos que se abordan, talleres de actualización de herramientas para el manejo de pacientes difíciles, programas de formación en habilidades interpersonales (Pérez-Palomino y Rivera del Carpio Zamalloa, 2024), estrategias de afrontamiento para el manejo emocional o el estrés que implica la atención de este tipo de población, etc.

Además, de fomentar y garantizar la consulta con un profesional externo en el caso de ser necesario (Nieto-Gallego, 2025; Martínez-Barra, 2024). Se

considera que lo mencionado ayudaría a manejar el impacto emocional del trabajo clínico complejo, previniendo el desgaste profesional y/o el ausentismo prolongado e incluso la renuncia al puesto de trabajo.

En definitiva, conocer sobre el EPT y la Empatía en profesionales que se abocan a la atención de problemas graves de salud mental no solo posibilita visibilizar los modos comunicacionales de un grupo de profesionales abocados al abordaje de esta población, sino también identificar perfiles determinados para distintos servicios y ámbitos de atención, lo que permitiría la formación de futuros terapeutas que sean capaces de responder de manera efectiva frente a pacientes con padecimientos graves, manteniendo la calidad y humanidad en las intervenciones terapéuticas.

5. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Como limitaciones del presente estudio se establece que la recolección de datos se dio a través de un muestreo no probabilístico, lo que dificulta generalizar los resultados, por lo que se sugiere, para próximos estudios, muestras de tipo probabilísticas. No se consideró la potencial influencia del sesgo de deseabilidad social. Este factor pudo haber modificado las respuestas de los participantes, particularmente en el cuestionario sobre Empatía, dada la relevancia de esta habilidad para la práctica de este grupo de profesionales. Los participantes pertenecían a instituciones de la ciudad de Mendoza, por lo que debería replicarse el estudio en otras provincias de Argentina para la obtención de resultados más representativos. Se sugiere poder realizar estudios longitudinales orientados a evaluar la estabilidad o las posibles modificaciones del EPT a lo largo del tiempo, así como las variables implicadas. Se recomienda comparar este grupo de profesionales con muestras de otras provincias y/u otros países, a fin de evaluar si el EPT y la Empatía presentan modificaciones con relación a la cultura e idiosincrasia y cómo influye esto en la atención de las personas con padecer mental grave.

6. HIGHLIGHTS (IDEAS CLAVE)

- Los resultados obtenidos corroboran que el enfoque teórico del terapeuta es una variable influyente en el EPT.
- La proximidad emocional se mostró superior en el grupo CG, permitiendo concluir que los profesionales del grupo PMG requieren de factores protectores debido a la complejidad de sus abordajes.
- Los participantes que se desempeñan en el ámbito privado desarrollan estrategias terapéuticas tendientes a una mayor involucración y expresión emocional.
- La variable Empatía presentó diferencias en relación al enfoque teórico de los participantes, no así respecto a la variable lugar de trabajo al comparar ambos grupos.

Agradecimientos: Se agradece a las instituciones y participantes que posibilitaron llevar adelante esta investigación.

Conflicto de Interés: Las investigadoras reportan no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Financiamiento: Este estudio no contó con ninguna fuente específica de financiamiento.

Descargo de Responsabilidad: Las autoras declaramos que las opiniones expresadas en el artículo son propias. Además, sostenemos que las tres autoras participamos en la elaboración del manuscrito y aprobamos la versión actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Areas, M., Molinari, G., Gómez-Penedo, J. M., Fernández-Álvarez, J., y Prado-Abril, J. (2022). Development of a practice research network in Spain [Desarrollo de una red de investigación práctica en España]. *Studies in Psychology*, 43(3), 525-545. <https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2133454>
- Casari, L. M. (2019). *Estilo personal del terapeuta en profesionales que trabajan en el campo de las adicciones*. (1a ed.). Nueva Editorial Universitaria UNSL. <http://hdl.handle.net/11336/126622>
- Casari, L. M., Albanesi Nasetta, S. B., y Mariana P. (2013). Influencia del enfoque teórico en el estilo personal del terapeuta. *Psicogente*, 16(29) <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1946>
- Casari, L. M.; Ison, M. S. y Gomez, B. (2018) Estilo personal del terapeuta: Estado actual (1998-2017). *Fundación Aiglé; Revista Argentina de*

- Clínica Psicológica*, 2 (3), 466-477. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1082>
- Casari, L. M., Magni, X. y Morelato, G. S. (15-18 octubre, 2014). *Estilos personales del terapeuta en profesionales que trabajan en situaciones de maltrato infantil* [conferencia]. Primer Congreso Latinoamericano de la Ciencia Psicológica, Buenos Aires, Argentina.
- Casari, L. M., Rivas Ganem, M. F. y Richard, F. (2022). Estilo personal del terapeuta en psicólogos que trabajan en discapacidad intelectual. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 205-222. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1104>
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García F., y Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta: Presentación de una Versión Abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia psicológica*, 26(1), 513. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100001>
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La Alianza Terapéutica: Historia, Investigación y Evaluación. *Annals of Psychology*, 19 (2), 205-221. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Visión Net.
- Corbella, S., Casari, L. M., y Prado-Abril, J. (2024). La persona del terapeuta: conceptualización, estilo personal e investigación. *Revista de Psicoterapia*, 35(127), 5-16. <https://doi.org/10.5944/rdp.v35i127.39763>
- Davis, M. H. (1980) A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10 (85), 1-17.
- Fernández- Álvarez, H. (2003). Claves para la unificación de la psicoterapia (Más allá de la integración). *Revista de Psicoterapia*, 14(68), 27-47.
- Fernández-Álvarez, H. y García F. (2019). *El estilo personal del terapeuta* (1.ª ed.) Polemos.
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. En Gril, S., Ibáñez, A., Mosca, I. y P.L.R. Sousa (eds.), *Investigación en Psicoterapia*. Educat.
- 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. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2819/281921793002>
- González-Duro, E. (2000). De la Psiquiatría a la Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(74), 249-260.
- Grzona, S., Casari, L. y Martínez, A. (2021). Comparación del estilo personal del terapeuta y dimensiones de personalidad antes y después de las prácticas clínicas pre-profesionales en estudiantes de psicología. *Summa Psicológica UST* 18(1), 15-22. <http://summapsicologica.cl/>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza-Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta*. Mc. Graw Hill Education.
- López, M. y Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27 (1), 187-223. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019654016>
- Martín-Contero, M.C., Secades-Villa, R., Aparicio-Miguela, A., Tirapu-Ustárroz, J. (2017). Empatía en el trastorno mental grave. *Revista de Neurología*; 64, 145-52. <https://doi.org/10.33588/rn.6404.2016300>
- Martínez-Barra, C. A. (2024). Perfil personal y técnico de Psicoterapeutas: un análisis de competencias y desafíos. *Scientific Journal Care & Tech*, 2(2), 80-104. <https://doi.org/10.69821/caretech.v2i2.23>
- Müller, M., Ungaretti, J., y Etchezahar, E. (2018). Evaluación multidimensional de la empatía: Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al contexto argentino. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 3(1), 42-53. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/111427/CONICET_Digital_Nro.40771ecb-d7e7-4913-816e-efbb4059d442_A.pdf?sequence=2
- Nieto-Gallego, A. (2025). ¿Y a mí quién me cuida? El personal sanitario: la pieza clave y olvidada de la gestión sanitaria. <https://hdl.handle.net/11000/36974>
- Opazo-Castro, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa. Delimitación clínica*. ICPSI.
- Pereira, G. L., Sánchez, C. T., Alonso-Vega, J., Echevarría-Escalante, D., y Froxán-Parga, M. X. (2023). What do we know about highly effective therapists? A systematic review. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 39(1), 10-19.
- Pérez-Palomino, A. T., y Rivera del Carpio Zamalloa, A. (2024). Estilo personal del terapeuta en la formación de la alianza terapéutica en psicólogos de la ciudad del Cusco, 2023. <https://hdl.handle.net/20.500.12557/6491>
- Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352006000200002
- Santibáñez, P., Roman, M., Chenevard, M., Espinoza, A., Irribarra, D. y Muller, P. (2008). Variables Inespecíficas En Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1) 89-98. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100008>
- Tabullo, A. J., Casari, L. M. y Putrino, N. (2021). *Estilo personal del terapeuta, empatía y mentalización en psicoterapeutas de Argentina* [Conferencia]. Presentación realizada en el marco del XXXVIII Congreso

- Interamericano de Psicología. <https://bicyt.conicet.gov.ar/fichas/produccion/en/9938212>
- Torres-Barbero, T. M. (2025). Estilo personal del terapeuta ¿La experiencia del terapeuta es una variable moduladora?. *Revista de Psicología*, 21 (41). <https://doi.org/10.46553/RPSI.21.41.2025.p126-143>
- Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología: rol y estilo personal*. Lugar Editorial.
- Vera-Cano, C. S. (2018). *Ansiedad rasgo-estado y estilo personal del terapeuta en psicólogos que trabajan con pacientes oncológicos en Lima metropolitana*. [Tesis de Licenciada en Psicología Clínica. PUPC] <http://tesis.pucp.edu.pe>
- Villarubia M.D. y Pérez, J.N. (2025). Estilo personal del terapeuta y competencias socioemocionales en una muestra de terapeutas argentinos. *Revista de Psicoterapia*, 36(131), 103-112. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i131.41841>
- Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14 (3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>

Esta obra está bajo: Creative commons attribution 4.0 international license. El beneficiario de la licencia tiene el derecho de copiar, distribuir, exhibir y representar la obra y hacer obras derivadas siempre y cuando reconozca y cite la obra de la forma especificada por el autor o el licenciente.

