



PUCP

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ANSIEDAD RASGO-ESTADO Y ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN
PSICÓLOGOS QUE TRABAJAN CON PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LIMA
METROPOLITANA**

TESIS

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica que
presenta la alumna:

CLAUDIA SOPHIA VERA CANO

Asesora: Mg. VIVIANA MARÍA TRIGOSO OBANDO

LIMA – PERÚ

2018

Agradecimientos

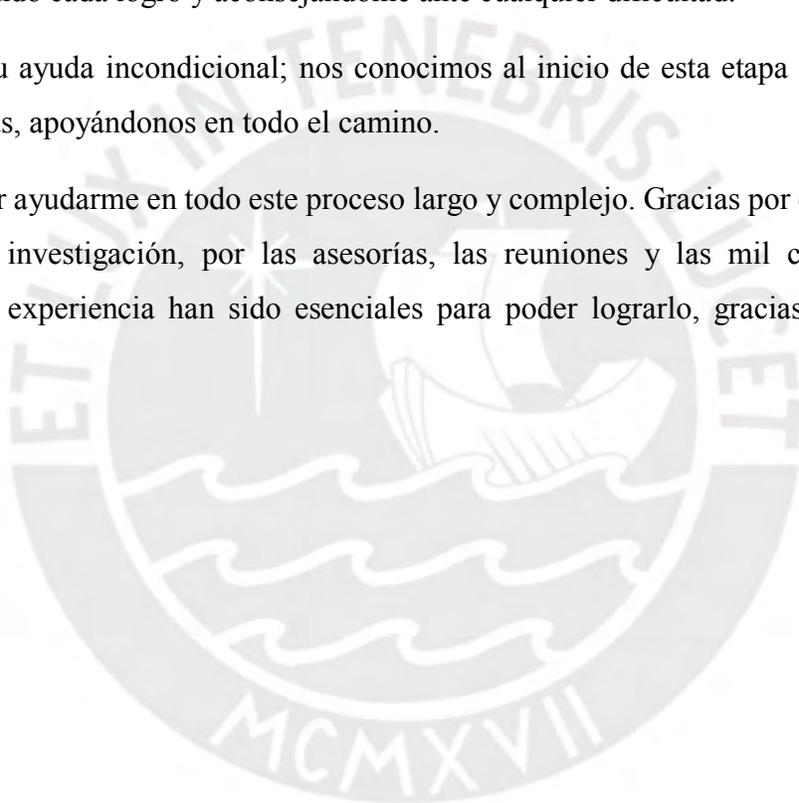
A mis padres, a ellos se lo debo todo. Gracias por sus enseñanzas, por su dedicación y por su inmenso amor. Valoro infinitamente, el enorme sacrificio que hacen día a día para verme feliz y para verme lograr todos mis sueños.

A mi hermana, por el amor que me demuestra día a día, por esas risas imparables y esos momentos inolvidables desde siempre, atesorados en mi corazón.

A Anto, por tu compañía durante todo este tiempo, regalándome muchas alegrías. Gracias por estar ahí, celebrando cada logro y aconsejándome ante cualquier dificultad.

A Meli, por tu ayuda incondicional; nos conocimos al inicio de esta etapa universitaria y lo terminamos juntas, apoyándonos en todo el camino.

A Viviana, por ayudarme en todo este proceso largo y complejo. Gracias por el tiempo que has dedicado a esta investigación, por las asesorías, las reuniones y las mil correcciones. Tus conocimientos y experiencia han sido esenciales para poder lograrlo, gracias por compartirla conmigo.



Resumen

La presente investigación tiene como objetivo principal describir la relación entre las funciones del estilo personal del terapeuta y la ansiedad rasgo-estado en psicólogos que trabajan con pacientes oncológicos en Lima Metropolitana. Como objetivos específicos, se planteó explorar las diferencias de ambas variables de estudio con las variables sociodemográficas. La muestra estuvo compuesta por 32 psicólogos que trabajan en la atención de pacientes con cáncer, con un tiempo mínimo de experiencia en el área de dos años. Para ello, se aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, Spilberger, 1975) y la versión abreviada del Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C, Fernández-Álvarez et al. 2008). Los resultados muestran tres correlaciones indirectas; la primera, entre la función involucrativa y la ansiedad rasgo y las dos últimas, entre la función atencional y la ansiedad estado y rasgo. Con respecto a las variables sociodemográficas, se encontró una relación directa entre la edad del psicólogo y el nivel de ansiedad estado; así como también, diferencias en la función involucrativa y expresiva con respecto al lugar de trabajo. En torno al tipo de intervención que realizan los psicólogos, se obtuvo diferencias en la función operativa e involucrativa. Finalmente, se halló diferencias en la función operativa y expresiva según la orientación teórica-técnica.

Palabras claves: *Estilo Personal del Terapeuta, Ansiedad Rasgo, Ansiedad Estado, psicólogo, pacientes oncológicos, Psicooncología.*

Abstract

The main objective of this research is to describe the relationship between the dimensions of the Personal Style of the Therapist and the State-Trait Anxiety in psychologists who work with oncological patients in Lima. As a specific objective, it was proposed to explore the differences of both study variables with the sociodemographic variables. The sample consisted of 32 psychologists working in the care of cancer patients, with a minimum of experience in the area of two years. For this purpose, the Trait-State Anxiety Inventory (IDARE, Spilberger, 1975) and the abbreviated version of the Personal Style Questionnaire of the Therapist (EPT-C, Fernández-Álvarez et al., 2008) were applied. The results show an indirect relationship between the attentional dimension and the state anxiety. Likewise, a negative association was obtained between the trait anxiety and the attentional dimension, and between the trait anxiety and the involvement dimension. With respect to sociodemographic variables, a direct relationship was found between the psychologist's age and the state of anxiety level; as well as differences in the expressive and implicative function with respect to the workplace. Regarding the type of intervention carried out by psychologists, the differences in the operational and participative function are sought. Finally, differences were found in the operative and expressive function according to the theoretical-technical orientation.

Key words: *Personal Style of Therapist, Anxiety Trait, Anxiety State, psychologist, oncology patients, Psycho-oncology.*

Tabla de contenido

Introducción	1
Método	13
Participantes	13
Medición	14
Análisis de datos	18
Resultados	21
Discusión	25
Referencias	37
APÉNDICES	49
Apéndice A: Características de la muestra	50
Apéndice B: Consentimiento informado	51
Apéndice C: Ficha de datos	52
Apéndice D: Correlaciones ítem-test corregida de escalas del IDARE	54
Apéndice E: Correlaciones ítem-test corregida en las escalas del EPT-C	55
Apéndice F: Continuos de las funciones del EPT	56
Apéndice G: Estilo Personal del Terapeuta y ámbito de trabajo	57

Introducción

El cáncer es una enfermedad que no solo implica un impacto físico en el individuo, sino que involucra también un proceso emocional que comprende aspectos personales, familiares y sociales (Malca, 2005; Robert, Álvarez y Valdivieso, 2013). Esta enfermedad genera en el paciente una experiencia emocional compleja, es decir que, la persona percibe una sensación de pérdida de control sobre la propia vida, sentimientos de incertidumbre sobre su propio futuro y el temor a la muerte. No obstante, todo ello supone una transición donde el individuo reestructura su manera de mirar al mundo y restablece el sentido de sí mismo para el logro de un crecimiento personal (Gómez, 2015). El núcleo del tratamiento psicológico con estos pacientes se basa en lograr esta transición, ayudándolos a encontrar un significado para esta enfermedad que amenaza su vida (Holland, 2002, citado en Gómez, 2015).

En este contexto, la Psicooncología surge como un campo interdisciplinar en el cual interactúan la Psicología y la Oncología, con el objetivo de atender las respuestas emocionales, cognitivas y comportamentales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad; así como también, trabajar con los familiares y el personal sanitario (Cruzado, 2003; Gómez, 2015). Este enfoque ve al individuo desde una perspectiva biopsicosocial; propone que los profesionales de la salud no solo se centren en el tratamiento médico, sino que trabajen de manera interdisciplinaria, incluyendo al psicólogo en el tratamiento del paciente oncológico (Malca, 2005; Sanz, Modolell, & Casado, 2004; Torrico, Santín, Andrés, Menedez y Lopez, 2002).

Por ello, la intervención del psicólogo en este campo consiste en detectar las necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales que puedan estar experimentando tanto los pacientes como sus familiares; además, debe orientar su trabajo a potenciar estrategias de

afrontamiento que promuevan la adaptación favorable a la enfermedad (Die-Trill, 2007; Robert, Álvarez y Valdivieso, 2013; Rojas-May, 2006).

Font y Rodríguez (2003), mencionan que esta población podría beneficiarse de tres tipos de intervención psicológica como son: las educativo-informativas (consejería, orientación psicológica y psicoeducación), las intervenciones grupales y la psicoterapia individual (Bellver, 2007; Die-Trill, 2007; Gómez, 2015). Sin embargo, a pesar que las intervenciones que propone la psicooncología son tan variadas, no existe un formato de intervención ideal para todos los pacientes ya que, el cáncer tiene un significado diferente para cada individuo (Vidal y Benito, 2008, citando en Gómez, 2015). Por ello, el proceso debe estar en función de las necesidades específicas y beneficios del paciente (Gómez, 2015; Kreitler, 2003; Lederber y Holland, 2011), es decir, el psicólogo debe priorizar un enfoque personalizado para cada situación-problema (Fernández-Álvarez H., 2008). En este sentido, la labor del profesional se debe centrar en establecer un proceso interactivo con el paciente ya que, por medio de este, será posible generar cambios favorables que le permitan al individuo afrontar la enfermedad somática y mejorar su calidad de vida (Vidal, 2006).

Bernstein y Nietzel (1982) mencionan que lo primordial, es la existencia de una relación interpersonal entre ambos (Olivares, Marcia, Olivares y Alcázar, 2012; Rotter, 1965; Pérez, 1981) que fomente la creación del vínculo entre psicólogo y paciente (Corbella y Botella, 2003; Horvarth y Luborsky, 1993; Piedrabuena, 2011; Safrán y Murán, 2005). Esta relación consistirá en un espacio de mutua influencia, donde las emociones del paciente no solo son sentidas por él, sino que son transmitidas al psicólogo, produciéndole la vivencia de intensas emociones (Arias, 2013; Larson, 1993; Liemann, 2010; Safrán y Murán, 2005; Talley, Stupp y Morey, 1990).

Por ello, es primordial que el profesional logre manejar y regular sus propias emociones y las de su paciente durante sus intervenciones (Arias, 2013; Howard, Orlinsky y Trattner, 1970; Modolell y Sanz, 2004). Por lo tanto, más allá de aspectos específicos a la intervención, es importante tener en cuenta las cualidades que el psicólogo posee (Corbella y Botella, 2003; Piedrabuena, 2011), como serían sus niveles de cercanía afectiva y comunicativa, los cuales estarían relacionados con sus características de personalidad, bienestar emocional y estilo personal (Barez, Blasco y Fernández, 2003; Casari, Albanesi y Maristany, 2012; Kantor, 2011; Salinas y Rodríguez, 2011; Santibañez, et al. 2008).

Algunos investigadores se han centrado en estudiar las variables del psicólogo implicadas en el tratamiento (Arias, 2013; Chazenbalk, 1998; Corbella & Botella, 2003; Fernández-Álvarez, Kirszman y Vega, 2008; Liemann, 2010; Salinas y Rodríguez, 2011; Santibañez, et al. 2008), resaltando la importancia del estilo personal del terapeuta como un aspecto influyente. Fernández-Álvarez (1996), lo definió en un inicio como modos de ser constantes, habituales y únicos formado por sus creencias, ideas, estilos afectivos, procesos emotivos y cognitivos e historia personal (Chazenbalk, 1998; Piedrabuena, 2011). Con el transcurso de las investigaciones, se precisó la definición del Estilo Personal del Terapeuta (EPT) como el conjunto de características particulares de cada terapeuta que lo lleva a operar de forma diferenciada en su tarea; estas condiciones singulares surgen a partir de su forma de ser, más allá de los objetivos de la intervención (Corbella, et al. 2009; Fernández-Álvarez y García, 1998; Fernández-Álvarez, Rial, Castañeiras, García, & Gómez, 2006).

El constructo define cinco funciones del EPT que fluctúan entre los polos de un continuo. En primer lugar, la Función Instruccional, la cual explora la flexibilidad-rigidez con la que el psicólogo lleva a cabo la intervención. Corresponde a las conductas que se realizan para regular la

terapia a partir del establecimiento de normas y reglas, así como fijar las tareas que se deben cumplir en el curso de las sesiones. La Función Expresiva explora la distancia-proximidad de la comunicación, son acciones que el psicólogo emplea para sostener la comunicación emocional con el paciente. Esta se manifiesta a través de cómo el profesional facilita la intensidad del intercambio afectivo y el nivel de tolerancia frente a la exposición de sus propios estados o ante las reacciones emocionales del paciente (Casari, 2015). La Función Involucrativa explora el bajo o alto nivel con el cual, las conductas realizadas por el psicólogo, se vinculan con el compromiso en la tarea y con sus pacientes; asimismo, incluye también el lugar que ocupa su trabajo en el contexto de su vida personal (Kantor, 2011). La Función Atencional corresponde al modo en el que el profesional mantiene su atención para obtener la información necesaria, esta puede ser abierta o focalizada. Finalmente, la Función Operativa, refiere a las acciones vinculadas con la intervención terapéutica específica, esta puede ser espontánea o pautada (Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco, & Corbella, 2003; Fernández-Álvarez y García, 2007).

Castañeiras, García, Lo Bianco y Fernández-Álvarez (2006), realizaron una evaluación psicométrica del cuestionario de EPT en la cual, se encontró que las funciones se dividían en dos dimensiones básicas: cognitiva y afectiva. Por un lado, las funciones operativa y atencional estarían relacionadas entre sí e influenciadas por la orientación teórica del terapeuta; por otro lado, las funciones expresiva, instruccional e involucrativa estarían asociadas a la relación terapéutica, aspectos motivacionales y regulación emocional (Casari, 2015; Castañeiras, et al. 2006; Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2000; Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003; Quiñones, Melipillán, & Ramírez, 2010)

El estilo personal del psicólogo puede tener algunas modificaciones a través del tiempo según las condiciones de trabajo y/o factores relacionados a la vida personal del profesional

(Casari, 2015; Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003; Fernández-Álvarez y García, 2007). Por un lado, se ha encontrado relación entre las funciones del EPT y el ámbito laboral, encontrándose diferencias entre los psicólogos que trabajan en el ámbito privado y público. Los primeros mostraron una atención más focalizada y el uso de técnicas más pautadas en la función operativa; mientras los segundos tienen una atención menos focalizada, son menos pautados en el uso de procedimientos y más distantes emocionalmente en la función expresiva (Casari, 2015).

Por otro lado, se han realizado investigaciones que exploran las diferencias en las funciones de EPT en psicólogos que trabajan con determinadas poblaciones clínicas. En estas investigaciones, se realizó comparaciones entre psicólogos que laboran con pacientes severamente perturbados, drogodependientes y con pacientes víctimas de maltrato infantil; en contraste, con profesionales que trabajan con población en general (Casari y Ison, 2016; Fernández-Álvarez, Rial, Castañeiras, García y Gómez, 2006; Magni, 2013). En los tres estudios, se obtuvo diferencias significativas en la función expresiva, los grupos de estudio mantenían mayor distancia emocional, en comparación con psicólogos que trabajaban con población clínica en general. Asimismo, evaluaron a profesionales que trabajan en el área de neonatología, encontrándose mayor flexibilidad en la función instruccional debido a las condiciones mismas de la tarea; además, se obtuvo mayor expresividad, menor focalización de la atención y mayor espontaneidad en los procesos, con respecto a los profesionales que no trabajan en el área de neonatología (Vega, 2006).

En la actualidad, Gómez (2015) realizó una investigación acerca de EPT de psicólogos que trabajan con pacientes con cáncer. Su muestra estuvo compuesta por 53 psicólogos que trabajan en el área de oncología, 30 psicólogos dedicados al trabajo con pacientes que sufrían otras enfermedades crónicas y 60 psicólogos de pacientes con enfermedades no físicas. Los resultados

concluyeron que los profesionales que trabajan con pacientes con cáncer son menos focalizados en la función atencional, presentan mayor proximidad emocional, mayor flexibilidad en el manejo del setting cuando se tiene que atender a los pacientes fuera del consultorio; y, por último, son menos pautados en la función operativa (Gómez, 2015).

Los resultados de estas investigaciones del EPT realizadas en diferentes poblaciones clínicas sustentan la hipótesis de que la práctica continuada con ciertos tipos de pacientes, podrían modular el estilo personal del terapeuta (Fernández-Álvarez y García, 2007). La investigación de Gómez nos provee un acercamiento al perfil que poseen los psicólogos que trabajan en el campo de la psicooncología; por lo tanto, supone un gran aporte para los profesionales ya que, les permite ser más conscientes de sus modos de actuar, con el objetivo de reconocer sus fortalezas y limitaciones. No obstante, en esta investigación, las características que se intentan resaltar, más allá de los aspectos del tratamiento y del perfil del psicólogo, están relacionadas con sus cualidades asociadas al manejo de la experiencia emocional durante su labor con pacientes con cáncer.

Se ha hablado anteriormente de lo complejo que es, para el paciente y sus familiares, pasar por una experiencia de cáncer (Gómez, 2015) y es que esta complejidad involucra, además, a los profesionales que llevan el tratamiento. Si bien un paciente con diagnóstico de cáncer no supone necesariamente que vaya a llegar a fase terminal, la enfermedad misma genera la idea de la posibilidad de muerte (González, 2013).

Muchos autores mencionan que la muerte y su proximidad producen un conjunto de actitudes y emociones difíciles de explicar, incluso para los profesionales. Esto debido a que; por un lado, la muerte se vive como algo imprevisto y negativo, generando respuestas emocionales como ansiedad, miedo y depresión (Ascencio, Allende y Verástegui, 2014; Busquets, 2001, citado en Maza, Zavala y Merino, 2008; Colell, Limonero y Otero, 2003; Gala et al. 2002, citados en

Pascual, 2011; Sevilla y Ferré, 2013; Grau et al., 2008). Por otro lado, muchas veces, las capacitaciones que ellos reciben para afrontar situaciones de muerte pueden generar cambios a nivel cognoscitivo; sin embargo, las reacciones emocionales que se generan suelen ser muy difícilmente modificadas (Grau et al. 2008)

Larson (1993) identificó emociones similares entre los pacientes con alguna enfermedad crónica y sus cuidadores; Kagan (1984), lo denominó como “*interpersonal allergies*” cuando en el tratamiento, las reacciones emocionales del paciente son transmitidas al profesional y en consecuencia él experimenta de igual manera tristeza, ira, frustración y miedo. Esto debido a que la empatía es una cualidad y/o herramienta utilizada al momento de atender a un paciente.

En nuestro contexto, Ángeles (2003) realizó un estudio, con el objetivo de describir la experiencia emocional de psicólogos en el trabajo con pacientes con cáncer terminal; los psicólogos reportaron experimentar tanto emociones positivas, así como negativas, reflejando la complejidad de la vivencia. Por un lado, referían sentir mucha motivación para el trabajo y sensación de enriquecimiento; y por el otro; el miedo y la ansiedad eran descritas como las emociones más negativas y de intensidad sostenida.

Las emociones de miedo y ansiedad, producto de la cercanía con la muerte, son percibidas por el profesional como una amenaza; en primer lugar, hacia su propia vida, lo cual genera miedo a ser dañados o consumidos al no poder contener las necesidades del paciente y de sus familiares (Larson, 1993). En segundo lugar, experimenta una sensación de incapacidad para ayudar al paciente e influir en su bienestar, generando sentimientos de desesperación, abatimiento y miedo a dañar a la persona a la que se intenta cuidar (Renneker, 1981 citado en Ángeles, 2003). Esto genera que constantemente esté pensando en los errores que pueda cometer.

Toda esta percepción de amenaza genera un desgaste emocional y físico, lo cual es acentuado por la ansiedad que se siente en todo el proceso, debido a la imprevisible e incontrolable de la enfermedad (Ángeles, 2003; Bayes, 2001). Es por ello que, algunos autores se han centrado en estudiar las actitudes y emociones que se generan en el trabajo con pacientes con enfermedades crónicas (Ascencio, Allende y Verástegui, 2014; Maza, Zavala y Merino, 2008; Colell, Limonero y Otero, 2003; Pascual, 2011; Sevilla y Ferré, 2013; Grau et al. 2008); descubriendo que la mayoría de ellos presenta una actitud negativa ante la idea de muerte y experimenta altos niveles de ansiedad.

La ansiedad es una reacción que experimenta una persona cuando percibe un estímulo como amenazante, ya sea real o imaginario. Corresponde a una respuesta adaptativa que tiene como objetivo preparar al organismo para enfrentar las demandas del medio, empleando diferentes estrategias de afrontamiento. No obstante, puede resultar desadaptativa, si su intensidad y duración es excesiva, tanto que incapacite al individuo de responder (Beck, 2006; Cano, 1989; McConnell, 1988; Papalia y Olds, 1992, citados en Andrade, Galarsi, & De Andrea, 2009).

Spielberger y Díaz-Guerrero (1975), hicieron una distinción entre Ansiedad-estado y Ansiedad-rasgo; la primera consiste en una reacción emocional transitoria en el cual se produce sensaciones de tensión por la activación fisiológica ocasionada frente a un evento estresante. El segundo concepto consiste en la tendencia del individuo a reaccionar con elevada intensidad a situaciones amenazantes, bajo la cual están implicados los rasgos de la personalidad del individuo. La ansiedad rasgo corresponde a una disposición que permanece latente hasta que es activada por alguna situación amenazante; además, involucran residuos de experiencias pasadas que predisponen al individuo a responder de la misma manera. En otras palabras, la ansiedad rasgo implica las diferencias entre las personas en la disposición para responder a situaciones de tensión

con cantidades variables de ansiedad estado. Es decir que, quienes califiquen alto en la escala de ansiedad rasgo, tendrán altos niveles de ansiedad estado, más frecuentemente, que los que califiquen bajo en ansiedad rasgo (Agudelo, Casadiego y Sánchez, 2008; Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975; Torres, 2014).

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, en población general, algunos estudios no encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad rasgo-estado (Anchante, 1993; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Sin embargo, investigaciones posteriores evidencian que las mujeres puntúan más alto en ambas escalas (Agudelo, Casadiego y Sánchez, 2008; Arias, 1990). Por otro lado, no se han encontrado diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y la edad.

Con respecto a las investigaciones revisadas, la realizada por Gómez (2015), mencionada anteriormente, es la única que se ha centrado en estudiar el ETP en los psicólogos que trabajan con población oncológica. Por otro lado, se han encontrado algunos estudios (Colell, Limonero y Otero, 2003; Grau et al. 2008; Pascual, 2011; Sevilla y Ferré, 2013) que indagan los niveles de ansiedad ante la muerte en profesionales, de las diferentes áreas, dedicados a los cuidados paliativos; encontrándose que hay altos niveles de ansiedad relacionados al propio proceso de morir.

Asimismo, no se han encontrado estudios que indaguen la ansiedad rasgo-estado experimentada por psicólogos; haciendo escasas las investigaciones que se centren en su bienestar (Ángeles, 2003; Arias R., 2013; Bayes, 2001; Casari, 2010; Larson, 1993). Si bien la ansiedad si es tomada como una variable relevante en los trabajos acerca del cáncer, la mayoría está centrada en el paciente y no en el psicólogo (Barbero, 2008; Bellver, 2007; Cruzado, 2003; González, 2013).

Las variables más estudiadas, en psicólogos, son el burn out y el estrés (Andrade, Galarsi, & De Andrea, 2009; Ortiz y Ortega, 2009).

Por el contrario, si se encontró investigaciones previas que han explorado los niveles de ansiedad rasgo-estado en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. En dichos estudios, se encontró que padres de pacientes diagnosticados con esta enfermedad manifestaban mayor ansiedad estado que ansiedad rasgo. Asimismo, se halló que la ansiedad de los familiares aumenta cuando el paciente no está informado del diagnóstico y del progreso del tratamiento (Flores, 1999; Nakinishi, et al. 2002). Por otro lado, se realizó un estudio en 50 técnicos de enfermería de un hospital de atención al cáncer; obteniendo como resultado que, el 69,8% posee ansiedad-estado en un nivel medio y el 30,2% un nivel alto. Además, el número de pacientes atendidos y el trabajar en otro establecimiento influyeron en el nivel de ansiedad estado percibo por los participantes (Pousa & Chaves, 2007).

Con respecto a la revisión bibliográfica realizada, es esencial prestar atención a las variables relacionadas a los psicólogos que brindan servicio a pacientes oncológicos, debido que emociones negativas como la ansiedad, cuando permanecen por un periodo largo de tiempo, generan como consecuencia el desgaste físico y psicológico del profesional (Casari, 2010; Larson, 1993). El no expresar los sentimientos y sensaciones producidas por el trabajo con pacientes con cáncer puede generar consecuencias negativas para la salud del psicólogo; afectando la proximidad con sus pacientes y la empatía (Larson, 1993). Una forma de acercarnos a esta población podría ser mediante el estudio del estilo personal que presentan estos psicólogos en su práctica con pacientes con cáncer; así como también sus niveles de ansiedad.

Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo principal describir la relación entre las funciones del EPT con los niveles de Ansiedad Rasgo-Estado de psicólogos que trabajan con

pacientes oncológicos. Asimismo, se plantea como objetivos secundarios explorar las diferencias entre las variables de estudio y las variables sociodemográficas y de trabajo, como son; la edad, sexo, lugar de trabajo, número de pacientes que atienden, tiempo de experiencia en el trabajo con la población oncológica, historia previa de cáncer (personal y familiar) y orientación teórica-técnica.





Método

Participantes

La muestra quedó conformada por 32 psicólogos que trabajan con pacientes oncológicos, cuyas edades varían entre 25 y 64 años de edad ($M=45.44$: $DE=11.17$). La mayor parte eran mujeres (78.1%).

Una mayor cantidad de psicólogos trabajan con población no solo oncológica (93.3%) y realizan tanto intervenciones individuales como grupales (65.6%). Por otro lado, se tomó en cuenta el lugar de trabajo de los profesionales, se obtuvo que 10 de ellos trabajaban solo en consultorio, 8 en consultorio y centro privado, 6 en consultorio y centro público, 4 solo en centro público y 4 solo en centro privado. Además, se tomó en cuenta la orientación teórica de los participantes, se obtuvo que 18 tenían un enfoque cognitivo-conductual, 10 tenían un enfoque humanista-existencial y 4 con enfoque psicoanalítico. (Apéndice A). Se determinó como criterio de inclusión, psicólogos que trabajen con población oncológica y tengan como mínimo 2 años de experiencia en el área.

Se contactó a la muestra del estudio vía correo electrónico, se les envió una invitación a participar a psicólogos quienes cumplieran con las características requeridas para la investigación y se les explicó los objetivos planteados para dicho estudio. Con quienes aceptaron formar parte, se coordinó una reunión para llevar a cabo la participación de manera presencial; esta fue libre, voluntaria y con previo consentimiento informado (Apéndice B). Luego de ello, se pasó al llenado de la ficha sociodemográfica (Apéndice C) y ambos cuestionarios.

Medición

Para evaluar el constructo de ansiedad rasgo-estado, se utilizó el Inventario de *Ansiedad Rasgo-Estado* (IDARE), creada por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), con el propósito de evaluar niveles de ansiedad en sujetos adultos no pacientes, midiendo el nivel actual con el que el individuo experimenta la ansiedad, así como también, su disposición para responder a situaciones amenazantes con una determinada intensidad de ansiedad estado (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

Para esta investigación se utilizó la versión en español elaborada por Spielberger y Díaz-Guerrero (1975). Esta está conformada por dos escalas de autoevaluación, las cuales se utilizan para medir las dos dimensiones de la ansiedad, una evalúa la Ansiedad-rasgo y la otra evalúa la Ansiedad-estado.

La escala Ansiedad-Rasgo consta de 20 afirmaciones en las que se les pide a los participantes describir cómo se sienten generalmente. Consiste en una escala Likert en la que se puntúa del 1 al 4, donde 1 es “no en absoluto” y 4 es “mucho”. Del mismo modo, la escala de Ansiedad-Estado tiene 20 afirmaciones a las cuales se les solicita a los sujetos que indiquen cómo se sienten en un momento específico; se puntúa del 1 al 4, siendo 1 “casi nunca” y 4 “casi siempre”.

Respecto al análisis de validez, Spilberger y Guerrero (1975), encontraron validez concurrente en una muestra de estudiantes universitarios, a través de correlaciones altas de la escala A-rasgo con la Escala de Ansiedad IPAT (Cattell y Scheier, 1963), con la Escala de Ansiedad Manifiesta (TMAS) y la lista de Adjetivos Afectivos (Zuckerman, 1960). Mientras que la validez de la A-estado, se evaluó a una muestra de 977 estudiantes universitarios en dos momentos, una en condiciones estándar y otra, en base a cómo se sentía luego de culminar un

examen; encontrando que la media para la escala A-estado resultó ser más alta en la condición examen que la que se tomó en condición normales (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

En cuanto al análisis de confiabilidad, se hicieron correlaciones Test-retest para la escala A-rasgo; se evaluó en tres momentos diferentes: una hora, 20 días y 104 días después de la primera aplicación. Se obtuvo correlaciones altas que varían desde .84, .86 y .73 respectivamente. Se realizó el mismo procedimiento con la escala A-estado, obteniendo las siguientes correlaciones: .16, .54 y .32. Estas últimas correlaciones fueron más bajas, atribuyéndole este resultado a que esta escala está influenciada por factores situacionales. Asimismo, se realizó un análisis de consistencia interna, en la cual se obtuvieron correlaciones altas que iban de .83 a .92 para la escala A-estado y de .86 a .92 en la escala A-rasgo (Spielberger y Guerrero, 1975).

En el contexto peruano, Domínguez, Villegas, y Sotelo (2012), realizaron una revisión psicométrica del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE), en una muestra de estudiantes universitarios del primer año de dos carreras del área de Salud de una universidad de Lima Metropolitana. Analizó su consistencia interna, obteniendo un Alfa de Cronbach de 0.90 para la escala A-estado y 0.87 para la escala A-rasgo. En cuanto a su validez, se realizó un análisis factorial para la escala A-estado en la cual los resultados explicaban un 48.60% de la varianza, mientras que para la escala A-rasgo, los resultados explicaron el 42.11% de la varianza. Asimismo, Anchante (1993), evaluó la Ansiedad rasgo-estado en un grupo de estudiantes universitarios, obteniendo un coeficiente Alfa de Cronbach de .86 para la escala A-rasgo y de .92 para la escala A-estado.

En el presente estudio, la escala de A-estado presenta un coeficiente Alfa de Cronbach de .85; además, los ítems del instrumento presentan una correlación ítem-test positiva y adecuada, a excepción de ítem 4 “Estoy contrariado”, el cual presenta una correlación de 0.11 (Apéndice D).

Por otro lado, la escala de A-rasgo presenta un coeficiente Alfa de Cronbach de .82; de la misma manera, la mayoría de ítems que conforman el instrumento mantienen una correlación ítem-test aceptable, con excepción de los ítems 24 “Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo”, el ítem 32 “Me falta confianza en mí mismo”, el ítem 34 “Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades” y 37 “Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan” (.10, .11 y .14 respectivamente). Asimismo, se mostró una correlación positiva entre la ansiedad rasgo y la ansiedad estado ($r=-.65$; $p<.01$).

Para evaluar el segundo constructo, se empleó el cuestionario del *Estilo Personal del Terapeuta* (EPT), elaborado por Fernández-Álvarez et al. (2003); este instrumento incluye un conjunto de funciones expresadas en actitudes y conductas que todo psicólogo emplea en su actividad profesional y permiten la agrupación de los mismo en cinco estilos (Fernández-Álvarez y García, 1998; Fernández-Álvarez et al. 2003; Fernández-Álvarez, García, Ledesma y Castañeiras, 2008).

Para esta investigación se utilizó una versión abreviada de dicho cuestionario (EPT-C) (Fernández-Álvarez, 2008). Este instrumento consta de 21 ítems en escala Likert, con opciones del 1 al 7; donde 1 equivale “totalmente en desacuerdo” hasta 7 que equivale “totalmente de acuerdo”. Los ítems se dividen en 5 escalas, las cuales corresponden a las 5 funciones descritas en el constructo; la Función Instruccional (3 ítems), la Función Expresiva (5 ítems), la Función de Involucración (4 ítems), la Función Atencional (3 ítems) y la Función Operativa (5 ítems) (Fernández-Álvarez et al, 2008). Puntajes altos y bajos de cada función corresponden a cierta denominación del estilo (Apéndice F).

Con el objetivo de construir esta versión abreviada del instrumento, se realizó un análisis factorial obteniendo cargas factoriales de los ítems que variaron entre .34 a .79 para la Función

Atencional; .44 a .74 para la Función Operativa; .42 a .74 para la Función Involucración; .42 a .67 para la Función Expresiva y .43 a .79 para la Función Instruccional. Asimismo, se realizaron correlaciones entre la versión original y abreviada para las cinco escalas obteniendo coeficientes de correlación mayores a .80. Finalmente, realizaron análisis de confiabilidad resultando coeficientes alfa de Cronbach que van desde .60 a .75, consideradas aceptables en el marco de la investigación (Fernández-Álvarez et al, 2008).

Kantor (2011), evaluó las propiedades psicométricas de la versión abreviada del cuestionario EPT (EPT-C) en terapeutas de Lima Metropolitana. En cuanto al análisis de validez, realizó un análisis factorial exploratorio, estableciéndose una estructura factorial de 4 componentes, en la cual se explica un porcentaje mayor al 50% de la varianza acumulada. Posteriormente, realiza un análisis factorial confirmatorio de 5 factores para contrastar lo expuesto por la teoría, los resultados indican la adecuación de la variable a 5 factores explicando un porcentaje mayor al 50% de la varianza acumulada. Asimismo, se elimina el ítem 18 obteniéndose correlaciones superiores a .48 para el factor atribuido a la Función Operativa y Atencional, superior a .63 para el atribuido a la Función Involucrativa, mayor a .45 para el factor atribuido a la Función Expresiva y mayor a .62 para el factor Función Instruccional. Por otro lado, en cuanto al análisis de confiabilidad, se obtuvo un alfa de Cronbach elevado en la Función Operativa e Involucrativa, .87 y .75 respectivamente; para la Función Atencional, Expresiva e Instruccional se obtuvieron alfa de Cronbach adecuados, de .78, .69 y 50 respectivamente.

En el presente estudio, se obtuvo coeficientes alfa de Cronbach equivalente a .80 para la Función Operativa, .76 para la Función Involucrativa, .75 tanto para la Función Atencional como la Expresiva y un coeficiente de .55 para la Función Instruccional (Apéndice G).

Otro aspecto importante que se tomó para esta investigación consistió en aclarar la definición que trae consigo el constructo del EPT; este puede generar cierta confusión ya que su denominación enmarca la noción de terapeuta y, por tanto, la de psicoterapia. No obstante, al tratar de psicólogos que atienden a pacientes con cáncer, la psicoterapia sería una herramienta importante en el tratamiento, pero no la única (Gómez, 2015). Como se mencionó anteriormente, las intervenciones que se realizan suelen ser muy variadas y en ocasiones, no comparten las características de una psicoterapia tradicional, por las condiciones físicas en las que se encuentran los pacientes oncológicos. Por consiguiente, Leandro Casari refiere que, si bien el constructo está denominado al estilo personal del terapeuta, este hace referencia al psicólogo dedicado al tratamiento de pacientes dentro del ámbito clínico (comunicación personal, 20 de agosto, 2016).

Análisis de datos

Se utilizó el programa SPSS (versión 21) para examinar los resultados según los objetivos establecidos para la investigación. En primer lugar, se realizó los análisis descriptivos y de frecuencias de las características sociodemográficas de la muestra.

Posteriormente, se ejecutó el análisis de confiabilidad de las dos escalas del IDARE y de las cinco del EPT, mediante el coeficiente alfa de Cronbach y la correlación ítem-test. Asimismo, se evaluó la normalidad de los datos mediante el estadístico Shapiro-Wilk, empleado para muestras menores a 50; como resultado de dicho análisis se obtuvo que las escalas de IDARE mantenían una distribución no normal, mientras que las del EPT resultaron con una distribución normal. Por ello, utilizó tanto análisis paramétricos como no paramétricos.

Para indagar la relación entre las variables de estudio, se realizó el análisis de correlación de Pearson entre el IDARE y el EPT, debido a que ambas son variables de tipo intervalo (Véliz, 2016). Finalmente, se llevó a cabo las comparaciones de medias con las variables

sociodemográficas mediante el estadístico T-Student y ANOVA de un factor para las escalas del EPT, mientras que para las escalas del IDARE se utilizó el estadístico U de Mann Whitney y Kruskal Wallis.





Resultados

A continuación, se presentará los resultados obtenidos del análisis de las variables de estudio que responden a los objetivos planteados por esta investigación. Por un lado, con respecto al objetivo principal, se presentará el análisis de correlación entre las dos variables de estudio. Por otro lado, de acuerdo a los objetivos específicos planteados, se mostrará los datos obtenidos, producto del análisis de las diferencias según las variables sociodemográficas, tanto para el constructo de ansiedad como para el estilo personal del terapeuta.

Con respecto al análisis de correlación entre la ansiedad rasgo-estado y el estilo personal del terapeuta (Tabla 1), se evidenció que la función atencional se relaciona negativa y significativamente con la ansiedad estado ($r=-.45$; $p<.01$); es decir que, a mayor nivel de ansiedad estado, los psicólogos mantienen una atención más abierta y menos focalizada durante sus intervenciones. Asimismo, se obtuvo una correlación negativa moderada entre la ansiedad rasgo y la función atencional ($r=-.44$; $p<.05$) y una relación negativa moderada entre la ansiedad rasgo y la función involucrativa ($r=-.35$; $p<.05$)

Tabla 1

Correlaciones de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo con Estilo Personal del Terapeuta

Medidas	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Función Operativa	.23	.12
Función Atencional	$^{\wedge}-.55^{**}$	$^{\wedge}-.44^{*}$
Función Involucrativa	$^{\wedge}-.34$	$^{\wedge}-.35^{*}$
Función Expresiva	$^{\wedge}-.21$.15
Función Instruccional	.27	.34

****** $p<.01$; ***** $p<.05$

Con respecto a los objetivos específicos, se pudo obtener una correlación significativa entre la ansiedad estado y la edad ($r=.39$; $p<.05$); es decir que, a mayor edad, los terapeutas podrían experimentar mayor ansiedad estado. No obstante, se esperó encontrar diferencias significativas entre la variable ansiedad rasgo-estado y el número de pacientes atendidos, el lugar de trabajo y la experiencia cercana al cáncer, pero estas no se evidenciaron.

En relación con el EPT, los resultados indican diferencias significativas entre la función expresiva y el número de centros en los que el profesional labora ($M_{un\ centro} = 24.89$; $M_{dos\ centros} = 20.43$; $t = 2.50$; $p < .05$; $d = .88$), indicando que los terapeutas que laboran en un solo centro de trabajo tienden a ser más próximos en sus intervenciones en comparación con los que están en dos centros de trabajo, quienes tienden a mantener mayor distancia emocional con sus pacientes.

Al obtener este resultado, se intentó realizar un análisis más detallado acerca de los lugares donde los psicólogos laboran; se reportaron tres sectores de trabajo: público, privado y consultorio (Apéndice G). Al igual que el análisis anterior, se encuentran diferencias en torno a la función expresiva, se obtiene que los profesionales que trabajan solo en consultorios tienden a ser más próximos que los que trabajan en consultorios y centros privados ($t_{consultorio-consult.\ y\ privado} = 7.35$; $d = 2.3$; $p < .05$). Además, se obtienen diferencias en la función involucrativa; este resultado evidencia, por un lado, que los psicólogos que trabajan solo en centros privados se involucran más con sus pacientes que los que trabajan en consultorio y centros privados simultáneamente ($t_{privado-consult.\ y\ privado} = 8.37$; $d = 2.4$; $p < .05$); de igual manera, los psicólogos que trabajan solo en centro privado tienden a mantener una alta involucración que los que trabajan en centro público ($t_{privado-público} = 8.75$; $d = 2.8$; $p < .05$).

Asimismo, como se puede observar en la Tabla 2, se obtuvo diferencias significativas en la función operativa ($M_{individual} = 12.82$; $M_{individual\ y\ grupal} = 20.76$; $t = 3.93$; $p < .05$; $d = 1.4$) e involucrativa ($M_{individual} = 15.55$; $M_{individual\ y\ grupal} = 11.52$; $t = -2.42$; $p < .05$; $d = .9$), con respecto al tipo de intervención que realizan. Se observa que los psicólogos que realizan sólo intervenciones individuales tienden a ser menos pautados y muestran mayor involucración que los que realizan tanto intervenciones individuales y grupales.

Tabla 2*Estilo personal del terapeuta y tipos de intervención*

	Solo inter. Individuales		Inter. Individuales + Grupales		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Función operativa	12.82	4.99	20.76	5.62	3.94*
Función atencional	7.64	3.77	10.43	4.85	1.66
Función expresiva	25.27	4.92	21.71	5.35	-1.83
Función involucrativa	15.55	4.29	11.52	4.55	-2.42*
Función instruccional	13.64	4.29	13.1	3.88	-0.36

N=32; * $p < 0.05$

Además, se encontró diferencias significativas entre la función expresiva y operativa, con respecto a la orientación teórica. En la Tabla 3, se muestra que los psicólogos cognitivo-conductuales tienden a ser más pautados en comparación con los terapeutas psicoanalíticos ($t_{cognitivo-psicoanalítico} = 9.80$; $d = 1.3$; $p < .05$). Por otro lado, los psicólogos de orientación psicoanalítica se muestran más abiertos emocionalmente con sus pacientes, con respecto a los de orientación cognitivo-conductual ($t_{psicoanalítico-cognitivo} = 6.05$; $d = 2.77$; $p < .05$).

Tabla 3*Estilo personal del terapeuta y orientación teórica*

	Cognitivo-conductual		Psicoanalítica		Humanista-existencial		<i>F</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Función operativa	21.06	4.95	11.25	1.5	15.3	7.37	6.72*
Función atencional	9.67	4.29	5.25	2.06	10.8	5.3	2.24
Función expresiva	20.94	5.51	27	2.7	24.9	4.63	3.49*
Función involucreativa	11.44	4.11	16.25	1.5	14.2	5.97	2.35
Función instruccional	13	4.15	17.25	1.7	12.2	3.49	2.68

N=32; *p<0.05



Discusión

Esta investigación tuvo como propósito describir la relación entre las funciones del Estilo Personal del Terapeuta con los niveles de Ansiedad Rasgo-Estado en psicólogos que trabajan con pacientes oncológicos. Además, se planteó como objetivos específicos explorar las diferencias entre las variables de estudio y las variables sociodemográficas. Por ello, a continuación, se discutirán los resultados encontrados en torno a estos objetivos, y más adelante, se indicarán algunas alcances y limitaciones para futuras investigaciones.

Se correlacionó, por un lado, la ansiedad estado y, por el otro, la ansiedad rasgo con las funciones del EPT con el propósito de indagar la existencia de una asociación entre el nivel de ansiedad percibido frente a estímulos estresantes con los modos de actuar del profesional dentro de su práctica clínica. Inicialmente, se esperó encontrar relación entre la ansiedad rasgo-estado y las funciones expresiva, involucrativa e instruccional ya que, como mencionan los autores que plantearon el constructo, estas tres funciones estarían asociadas a aspectos personales del terapeuta, como es su experiencia y regulación emocional; en contraste, con la función operativa y atencional, las cuales solo estarían asociadas a la orientación teórica - técnica (Casari, 2015; Castañeiras et al., 2006; Fernández-Álvarez et al. 2000; Fernández-Álvarez, et al. 2003; Quiñones, Melipillán y Ramírez, 2010). Siendo la ansiedad una de las emociones suscitadas en el profesional durante su trabajo con pacientes con cáncer (Ángeles, 2003), una mayor proximidad emocional y/o involucración con el paciente, podrían generar mayores niveles de ansiedad rasgo-estado.

En una investigación realizada previamente por Casari et al. (2012), se demuestra una relación directa entre la función involucrativa y la dimensión de Neuroticismo; esta dimensión es considerada como un factor que expresa una tendencia general a experimentar afectos negativos, similar al constructo de ansiedad rasgo. En este caso, esta asociación supondría que, una alta

involucración en la tarea y un gran compromiso frente al trabajo podrían relacionarse con cierta predisposición a experimentar sentimientos negativos (Casari et al., 2012). No obstante, en la presente investigación, se obtuvo una relación inversa entre la función involucrativa y la ansiedad rasgo, la cual supondría que los psicólogos que experimentan mayores niveles de ansiedad rasgo suelen mantener una menor involucración con sus pacientes.

Este hallazgo puede interpretarse en relación a la complejidad de la vivencia que afirman experimentar los psicólogos que trabajan en esta área, quienes, a pesar de resaltar aspectos positivos como la motivación y la sensación de enriquecimiento, también experimentan mucho desgaste emocional generado por el contacto con el dolor de los pacientes (Ángeles, 2003; Ascencio, Allende y Verástegui, 2014; Colell, Limonero y Otero, 2003; Maza, Zavala y Merino, 2008; Mazón, 2016).

Además, la labor del psicólogo requiere de mucha empatía, estos profesionales necesitan ponerse en la situación del otro para intentar entender qué es lo que están sintiendo e identificarse con ese sufrimiento (Ángeles, Larson, 1993; Mazón, 2016). Larson (1993), menciona que una de las reacciones que experimenta el profesional es miedo a ser dañado a causa de la agresión y rabia que siente la persona enferma; ocasionando que el psicólogo evite no involucrarse emocionalmente por las necesidades de su paciente.

Por lo tanto, serían las habilidades y recursos personales con los que cuenta el profesional, los que le permitirían enfrentar el sufrimiento y procesar la experiencia (Galiana, Oliver, Sansó, Pades y Benito, 2014). Sin embargo, si el profesional tiene mayor disposición a experimentar afectos negativos y a reaccionar con elevado nivel de ansiedad a estos, puede resultar más difícil el proceso de integrar aspectos positivos y adversos del trabajo; así como también, sobrellevar el miedo que genera la cercanía de la muerte. Esto explicaría por qué los psicólogos que puntuaron más alto en

ansiedad rasgo, mantienen una menor involucración en su trabajo (Ascencio, Allende y Verástegui; 2014; Grau et al. 2008; Sanjorge, 2015). Por ello, el establecer menor involucración con los pacientes, podría resultar favorable para los psicólogos que tienen mayor disposición a experimentar niveles altos de ansiedad rasgo, ya que podría evitar el embotamiento y desmotivación frente a su labor (Arias, 2013; Bernabé, 2013; Casari, 2010; Mazón, 2016).

Con respecto a la ansiedad rasgo-estado, y las funciones expresiva e instruccional no se mostró ninguna relación. Sin embargo, diferente a lo esperado, se obtuvo resultados significativos entre la función atencional y ambas variables, la ansiedad estado y rasgo. Ambos resultados podrían complementarse en la interpretación, debido a que, además, se obtuvo una relación directa entre la ansiedad estado y rasgo, lo que indicaría que altos niveles de ansiedad estado se asociaría a altos niveles de ansiedad rasgo.

Por un lado, este hallazgo generaría dos posibles interpretaciones; en primer lugar, indicaría que establecer una atención menos focalizada durante las sesiones estaría relacionado con altos niveles de ansiedad rasgo-estado. Es decir que, la misma tendencia a obtener toda la información del paciente podría, a su vez, generar mayores niveles de ansiedad. Como se mencionó anteriormente, el paciente con cáncer llega a consulta expresando diversas emociones y mucha incertidumbre; estas pueden resultar difícil de comprender u organizar, por lo que el psicólogo intentaría contener este desborde emocional, con el propósito de, juntos, integrar la experiencia (Die Trill, 2007; García, Domínguez 2010; Gómez, 2015; Liemann, 2010; Malca, 2005; Modolell, Sanz y Casado, 2004). Esto requeriría que el profesional, preste mayor atención a toda la información que trae el paciente, con el fin de evitar que algún aspecto, no sea tomado en cuenta. En consecuencia, esto generaría un aumento en los niveles de ansiedad rasgo-estado debido a que el profesional tiene que mantener mayor concentración y analizar mayor información durante la

sesión; así como también, tiene que lidiar con mayor carga emocional (Ascencio, Allende y Verástegui, 2014; Arias, 2013; Bernabé, 2013; Grau et al. 2008; Mazón 2016).

En segundo lugar, otra explicación a esta correlación supondría que un mayor nivel de ansiedad estado experimentado por los psicólogos, se relacionaría con una menor focalización de la atención durante sus intervenciones, es decir que, habría una mayor disposición a buscar información del paciente y tomar en cuenta todo lo que éste exponga durante la sesión. La ansiedad estado, al suponer la presencia de eventos estresantes para el profesional, podría producir efectos en los procesos cognitivos, generando dificultades en la atención y concentración (Cano, 1989; Cano y Tobal, 1999; Escalona y Hernández, 1996). Por lo tanto, el profesional podría estar realizando un mayor esfuerzo en su recojo de información con el propósito de no dejar pasar datos importantes que el paciente lleve a sesión y que puedan ser útiles en el progreso de la intervención.

Asimismo, las personas que se caracterizan por tener altos niveles de ansiedad rasgo, suelen estar más alertas a situaciones potencialmente amenazantes, por lo que constantemente, realizan acciones que le permitan prevenir resultados negativos (Cano, 1989). Por ello, en un contexto terapéutico, se podría entender que los psicólogos con alto nivel de ansiedad rasgo, tomen en cuenta toda la información dicha y observada del paciente, como forma de tener un mayor control de la situación y evitar posibles equivocaciones al dejar pasar información que le resulte útil. Esta necesidad de control podría explicarse debido a que, la cercanía a la muerte, genera en el profesional miedo por dañar a la persona que se está cuidado; Larson (1993) menciona que, se produce en ellos una sensación de incompetencia e ineficacia ya que perciben que no puede influir en el bienestar futuro del paciente (Haber, 2000, citado en Ángeles, 2013).

Por otro lado, se debe tomar en cuenta las variables que no tuvieron resultados significativos: la función operativa, expresiva e instruccional. Frente a esto, se pueden dar dos explicaciones; por

un lado, esto podría indicar que tanto la ansiedad estado como rasgo no tienen ninguna relación con la forma en cómo los profesionales establecen horarios y normas, dirigen el curso de sus intervenciones y se aproximan al paciente. Sin embargo, esta hipótesis no es suficiente como para afirmar que la ansiedad, siendo una emoción latente en el trabajo con paciente oncológicos, no influya en estas funciones. (Ángeles, 2003; Colell, Limonero y Otero, 2003; Gómez, 2015; Grau, et al. 2008; Maza, Zavala y Merino, 2008; Pascual, 2011; Sevilla, 2013).

Es por ello que, se podría suponer que la capacidad del profesional para reconocer aquello que siente y para regular sus propias emociones, le ayuda a no expresar la ansiedad en sus formas de actuar. No obstante, para que esta hipótesis tenga mayor sustento, hubiese sido conveniente tomar en cuenta aspectos como la supervisión y la psicoterapia personal del psicólogo. Ambas variables, permitirían tener mayor información acerca de si, el profesional cuenta o no con un espacio de reflexión personal y expresión emocional, el cual le ayudaría a hacer consciente aquellas emociones y pensamientos que se suscitan en la terapia (Daskal, 2008). Asimismo, en el caso de la psicoterapia, esta le permitiría al psicólogo la posibilidad de expresar y hablar acerca de emociones que experimenta tanto en su trabajo como en su vida personal. De tal manera que, aspectos involucrados en la vida del terapeuta no influyan en su trabajo y viceversa. Es por ello que, muchos autores hablan de la importancia que, los profesionales que trabajan con enfermedades crónicas, puedan hablar acerca de lo que están sintiendo, expresar sus miedos, dudas, sentimientos incómodos que son parte del trabajo con pacientes oncológicos (Ángeles, 2003; Bernabé, 2013; Casari, 2010; Galiana, Oliver, Sansó, Pades y Benito, 2014; Colell, Limonero y Otero, 2003; Larson, 1993; Mazón, 2016; Vidal, 2006).

Por otro lado, otra explicación que se puede dar a la escasa relación entre la ansiedad estado-rasgo y las funciones expresiva, operativa e instruccional puede deberse al tamaño pequeño de la

muestra, pudiendo ocasionar que algunos resultados no sean significativos. Se intentó obtener la mayor cantidad de profesionales que trabajasen en el área; sin embargo, en nuestro contexto, la psicooncología es un campo que, recientemente, ha empezado a abrirse paso, por lo que aún es un grupo reducido de psicólogos que se han desarrollado profesionalmente en esta área y que trabajan arduamente por ser reconocidos e incorporarse dentro de la atención de salud (Ruda, 2013). Por lo tanto, se rescatan los resultados significativos, los cuales pueden ser usados en futuras investigaciones que ayuden a ampliar el escaso conocimiento que se tiene sobre esta población, tomando en cuenta los alcances y limitaciones que posteriormente se detallarán.

Con respecto a los objetivos específicos, no se obtuvieron diferencias significativas entre la variable de ansiedad y las variables sociodemográficas y de trabajo; no obstante, se rescató una asociación directa entre la ansiedad estado y la edad. Esta relación indicaría que, a mayor edad, se presenta mayores niveles de ansiedad estado; este hallazgo es diferente a lo expuesto en investigaciones previas, en las cuales no se reporta relación entre la edad y los niveles de ansiedad (Arias, 1990; Giannoni, 2015; Pardo, 2010; Spilberger y Dominguez, 1975). No obstante, este resultado podría relacionarse con los aspectos implicados en cada etapa evolutiva. La persona, al ser más joven se caracteriza por tener una perspectiva más amplia frente a las posibles soluciones, lo cual le permite anticipar dificultades y enfrentar situaciones problemáticas; esto podría suponer un recurso. Asimismo, se encuentran más dispuesto a realizar actividades recreativas que disminuyan sentimientos de ansiedad y estrés. Por el contrario, el individuo cuando va entrando a la adultez media se encuentra más expuestos a otras tareas como son, el cuidado de los hijos, del hogar, de los padres; así mismo, hay una preocupación por las metas que aún no se han cumplido y la cercanía de la vejez, lo cual puede asociarse con la idea de enfermedad y ansiedad (Berger, 2009; Tomás y Gómez, 2003).

En cuanto a la funciones del EPT; en primer lugar, con respecto al lugar de trabajo, se encontró que los psicólogos que trabajan en centros privados mantienen una mayor involucración y compromiso con sus pacientes, así como también, sus pacientes ocupan una mayor importancia en su vida personal; esto en comparación con los que trabajan en centros públicos. Casari (2015), encontró una similitud en sus resultados; se evidenció que los psicólogos que trabajan en centros privados y autónomos, mostraban una mayor tendencia a involucrarse más con sus pacientes, en relación a los que trabajaban en centros públicos. Dicha diferencia puede explicarse ya que, la atención psicológica en el sector público, muchas veces, se ve influenciada por características del contexto. La inasistencia de las personas a sus citas, el tiempo prolongado entre sesiones y la gran demanda de pacientes genera que el profesional realice intervenciones más breves y centradas en la resolución del problema (Boulet, 2014; Casari, 2015; Martínez, Primero, & Moriana, 2011).

Además, se halló que los psicólogos que trabajan solo en consultorios suelen involucrarse más con sus pacientes y a mantenerse más próximos emocionalmente, en comparación con los que trabajan en consultorios y centros privados, simultáneamente. La explicación a este hallazgo tendría que ver con la mayor cantidad de tiempo diario y/o semanal que el profesional estaría dedicando a la intervención con población oncológica. Esto podría suponer una mayor carga emocional para el psicólogo por lo que, establecer un menor grado de involucración y mantener una mayor distancia emocional supondría una forma de autocuidado para que su propio desempeño no se vea perjudicado.

En este mismo sentido, se obtuvo que los psicólogos que trabajan en un solo lugar se mantienen más próximo y con mayor disposición a facilitar la comunicación emocional durante sus intervenciones; en comparación con los que trabajan en dos centros, simultáneamente. Este hallazgo podría sustentar la hipótesis en la cual, atender a pacientes oncológicos en más de un

lugar, podría generar que el profesional tenga más contacto con las emociones provocadas por la enfermedad del cáncer; y por tanto se genere, lo que se conoce como “desgaste por empatía”, es decir, una mayor cercanía con las emociones del paciente y un mayor contacto con su dolor, temores y angustia, puede provocar una saturación de las emociones y generar mayor carga en el profesional (Bayes, 2001; Bernabé, 2013; Larson, 1993; Mazón, 2016). Muchas veces este distanciamiento entre profesional y paciente es considerado como un aspecto negativo para el progreso de la terapia; no obstante, Fernández-Álvarez (2003), mencionan que la distancia y/o la cercanía emocional y la involucración que el psicólogo establece, no influyen directamente en los resultados de la terapia, ya que esta dependería de las características particulares del paciente (Casari, 2015).

Por otro lado, se encontró diferencias entre los estilos según el tipo de intervención, se halló que los psicólogos que realizan intervenciones individuales y grupales tienden a ser más pautados en las técnicas y métodos utilizados, siendo más estructurados, en comparación con los terapeutas que solo realizan intervenciones individuales. En este resultado, se evidencia que las intervenciones grupales marcan una diferencia con las individuales. Esto puede estar relacionado con los aspectos propios de las terapias de grupo. Krasner, Kadis, Winick y Foulkes (1969), mencionan que las intervenciones grupales suelen ser muy diversas y, en su mayoría, son usadas para diferentes objetivos; por tal motivo, se suele plantear las técnicas que se van a utilizar, desde el inicio. De esta manera, se forma una realidad condicionada y planificada por el psicólogo; ya que los participantes son escogidos acordes a los objetivos planteados inicialmente (Díaz, 2000; Corey, 1995).

Asimismo, se halló que los psicólogos que realizan ambas intervenciones tienden a involucrarse menos que los que realizan intervenciones individuales. Díaz (2000), asegura que el psicólogo

tiene que tolerar los intensos intercambios emocionales que se producen en el grupo, proveniente de los afectos que cada integrante dirige hacia él. Por ello, se puede dar un impacto acumulativo, por lo que el psicólogo debe tener la capacidad para contenerlos e interpretarlos (Grotjahn, 1979). Para lograr tal objetivo, podría ser necesario que los psicólogos establezcan una menor involucración para evitar la sobrecarga y saturación de emociones.

Finalmente, se encontró diferencia entre los estilos según la orientación teórico – técnica del profesional. Los psicólogos que se identifican con la orientación cognitiva-conductual tienden a ser más pautados en sus intervenciones y a mantener menor distancia emocional, a diferencia de los que se identifican con la orientación psicoanalítica. Kantor (2011), encontró similitud en sus resultados con respecto a estos enfoques teóricos, mencionó que si bien ambas orientaciones incorporan la relación empática y la experiencia emocional como aspectos esenciales de la terapia (Cottraux, 1991; Leiberman & Bleichmar, 2001); la necesidad del psicólogo por procesar el intercambio afectivo e interpretar las emociones podría relacionarse con mayor proximidad; a diferencia del enfoque cognitivo conductual, el cual se centra en la detección y reestructuración de creencias y pensamientos distorsionados (Beck, 2006; Cano I. , 2007; Kantor, 2011).

Los resultados obtenidos de las funciones del EPT con las variables sociodemográficas apoyan a la hipótesis de que cada profesional va construyendo su propio estilo en su labor terapéutica e intervención. La conformación de su propio estilo está influenciada por factores externos e internos; como sería, la experiencia emocional, rasgos de personalidad, el lugar de trabajo, el tipo de intervención que realizan y la orientación teórica-técnica que poseen.

Este estudio, abre paso a posteriores investigaciones que estudian el constructo del EPT y las variables de los terapeutas implicados en el trabajo con determinadas poblaciones clínicas. Para ello, es necesario mencionar algunas limitaciones de la investigación. La principal limitación fue

con respecto al tipo de población a la que atendían los psicólogos de la muestra. No se consideró como un criterio de exclusión, al momento de contactar con los participantes, el hecho de que si los profesionales atendían solamente a pacientes con cáncer o si atendían a más de un tipo de población. Al recabar la información por medio de la ficha sociodemográfica, se obtuvo que la minoría atendía únicamente a pacientes con cáncer y el resto trabajaba con más de una población, reflejando la dificultad de hallar psicólogos que únicamente se dediquen a la intervención de pacientes con cáncer. Esta proporción podría revelar la realidad de los psicólogos que se desarrollan en esta área ya que, en el país, no hay una formación específica para la especialidad de psicooncología, reduciendo las posibilidades de que los profesionales se dediquen solo a este campo (Ruda, 2013).

Asimismo, se podría atribuir esta gran diferencia a la misma carga y desgaste emocional que esta labor supone, el cual pone al profesional en contacto con las emociones vividas por los pacientes diagnosticados de cáncer, colocando al psicólogo en la necesidad de atender otro tipo de pacientes. Sin embargo, a pesar de ello, esto supone una limitación ya que los resultados obtenidos que describen a los profesionales que trabajan con población oncológica no estarían únicamente relacionadas con las características de esta población.

Por otro lado, otra limitación del estudio tiene que ver con la prueba misma de ansiedad. Esta al ser una prueba de evaluación clínica y al ser aplicadas a psicólogos, quienes tienen más conocimientos acerca de su construcción y de las variables que mide, el participante pudo haber preferido no revelar aquello que en verdad siente o piensa.

Finalmente, esta investigación tiene como propósito virar la atención a las variables implicadas en el trabajo con población oncológica; dar a conocer las características que esta labor supone y cómo estas se relacionan con los rasgos específicos del psicólogo. Además, se intenta enfatizar la

importancia de la experiencia emocional que el psicólogo tiene en su labor con este tipo de pacientes. Investigaciones acerca de ello, pueden incidir en el manejo de la ansiedad que los profesionales experimentan en su trabajo, con la intención de fomentar el bienestar y la salud mental, y de mejorar su desempeño profesional.

Se espera que investigaciones posteriores retomen la importancia de estudiar variables relacionadas con los psicólogos ya que, son pocas las que se han llevado a cabo hasta el momento; esto con la intención de brindar mayor noción acerca de la importancia del autocuidado en los terapeutas como mecanismo esencial durante su labor. Por un lado, se podría replicar el estudio considerando un mayor número de psicólogos que trabajen con población oncológica, incluyendo a profesionales de provincias. Por otro lado, se podría realizar un estudio comparativo del estilo personal del terapeuta de psicólogos que trabajan con pacientes con cáncer y de los que no trabajan con esta población. De esta manera se podría tener mayor acercamiento acerca de la influencia de la población en la construcción del estilo.



Referencias

- Agudelo, D., Casadiego, C. y Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Anchante, M. (1993). *Ansiedad Rasgo-Estado y Soporte Social en un grupo de alumnos de EE.GG.CC. de la PUCP*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Andrade, M., Galarsi, M. y De Andrea, N. (2009). Rasgos de personalidad, estrés percibido y Ansiedad Estado-Rasgo. *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Ángeles, A. (2003). *Experiencia emocional del trabajo con pacientes con cáncer terminal en un grupo de psicólogos*. Tesis para optar Título de Licenciado en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Arias, F. (1990). Investigaciones sobre el IDARE en cuatro países de latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 3, 49-85.
- Arias, R. (2013). Autocuidado en terapeuta: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. *Revista Sul Americana de Psicología*, 1(2), 216-234.
- Ascencio, L., Allende, S. y Verátegui, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *PSICOONCOLOGÍA*, 11(1), 101-115.

- Barbero, J. (2008). Psicólogos en cuidados paliativos: La situación de un olvido. *Psicooncología*, 5(1), 179-191.
- Barez, M., Blasco, T. y Fernández, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 19(2), 235-246.
- Bayes, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Ediciones Martinez.
- Beck, J. (2006). *Cognitive therapy for challenging problems*. New York: Guilford Press.
- Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1), 133-142.
- Bernabé, J. (2013). Desgaste por empatía en psicología: Estudio a realizarse en el colegio de psicólogos de Quetzaltenango. Tesis para optar el grado de Psicología Clínica. Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango.
- Berger, K. (2009). *Psicología del desarrollo. Adulthood y Vejez*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Bernstein, D. y Nietzel, M. (1982). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw-Hill.
- Boulet, V. (2014). *La alianza terapéutica: su relación con el abandono del tratamiento*. Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.
- Cano, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: Un estudio centrado en la ansiedad*. Tesis para obtener el Título de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

- Cano, A. y Tobal, M. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad. *Psicología Contemporánea*, 6(1), 14-21.
- Cano, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Casari, L. (2010). ¿Es necesaria la salud mental en los psicólogos? *Revista diálogos*, 1(2), 29-41.
- Casari, L. (25 de Abril de 2015). *Estilo Personal del Terapeuta en profesionales que trabajan en diferentes contextos laborales*. Obtenido de ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/277956902_Estilo_Personal_del_Terapeuta_en_profesionales_que_trabajan_en_diferentes_contextos_laborales
- Casari, L. y Ison, S. (2016). Estilo Personal del Terapeuta de adicciones. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 17-26.
- Casari, L., Albanesi, S. y Maristany, M. (2012). Dimensiones de la Personalidad. Muestra de psicoterapeutas. IV Congreso Interamericano de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VII Encuentro de Investigadores en Psicología MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad Buenos Aires, Argentinas.
- Castañeiras, C., García, F., Lo Bianco, J. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Modulating effect of experience and theoretical technical orientation on the personal style of the therapist. *Ppsychotherapy Research*, 15(5), 595-603.
- Castañeiras, C., Rial, V., García, F., Fartallini, L. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Autopercepción del estilo de los terapeutas sobre su estilo personal: Un estudio

- longitudinal. *XIX Jornadas de Investigación VII Encuentro de Investigadores en Psicología MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Chazenbalk, L. (1998). La incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico. *Psicología, Cultura y Sociedad*, 31, 107-115.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S., Balmana, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L., García, F. y Botella, L. (2009). Estilo Personal del Terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 125-133.
- Colell, R., Limonero, J. y Otero, M. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en Salud*, 5(2).
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. . Bilbao: Biblioteca de Psicología Desclée Brouwer.
- Cottraux, J. (1991). *Terapias comportamentales y cognitivas*. Barcelona: Masson.
- Cruzado, J. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 0(1), 9-19.
- Daskal, A. (2008). Poniendo la lupa en la supervisión clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(3), 215-224.
- Díaz, I. (2000). *Bases de la Terapia de grupo*. México: Editorial Ppax México.
- Die-Trill, M. (2007). Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama: Una aproximación clínica. *Psicooncología*, 4(2-3), 405-415.

- Domínguez, S., Villegas, G. y Sotelo, L. (2012). Revisión psicométrica del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) en una muestra de universitarios de Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 1(1), 45-54.
- Escalona, A. y Hernández, J. (1996). *Ansiedad y Estrés en el ámbito educativo*. Murcia: Compobell.
- Fernández-Álvarez, H., Kirszman, D. y Vega, E. (2008). Programa de habilidades terapéuticas. En H. Fernández-Álvarez, *Integración y salud mental. El proyecto Aiglé 1977-2008*. (págs. 23-64). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández-Álvarez, H. (1996). Características del psicoterapeuta. *Revista Dinámica*, 1(4), 1-24.
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *Integración y salud mental. El proyecto Aiglé 1977-2008*. Bilbao: Desclée Brouwer.
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. En Grill, S., Ibañez, A., Mosca, I y Sousa, P. *Investigación en psicoterapia*. Brasil: Educat.
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: Una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 121-128.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Ledesma, R. y Castañeiras, C. (2008). Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta: Presentación de una versión abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica*, 26(1), 5-13.

- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. (2000). *Estilos personales de terapeutas psicoanalíticos, cognitivos e integrativos*. 2do Congreso Latinoamericano de Pesquisa em Psicoanalise e Psicoterapia, Gramado, Brasil.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. (2003). Assesment Questionnaire on The Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125.
- Fernández-Álvarez, H., Rial, V., Castañeiras, C., García, F. y Gómez, B. (2006). Estilo personal del terapeuta que trabaja con pacientes severamente perturbados: Un estudio cuantitativo y cualitativo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsip*, 26(98), 191-208.
- Flores, P. (1999). *Ansiedad y Estilos de Afrontamiento en padres de niños recién diagnosticados con Leucemina o Linfoma No-Hodgkin*. Tesis para obtener el Título de Licenciatura en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica de Perú. Lima, Perú.
- Font, A. y Rodríguez, E. (2003). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Revista de Psicooncología*, 4(2-3), 423-446.
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., Pades, A. y Benito, E. (2014). Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento de la Muerte en profesionales de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 2-10.
- García, J. y Domínguez, M. (2010). Fundamentos de la psicoterapia con mujeres afectadas de cáncer de mama. *Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16(2), 125-139.

- Giannoni, E. (2015). *Procrastinación crónica y ansiedad estado-rasgo en una muestra de estudiantes universitarios*. Tesis para obtener el Título de pregrado en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Gómez, B. (2015). *El Estilo Personal del Terapeuta en Psicooncología*. Tesis para obtener el Título de Doctorado en Psicología. Universidad El Salvador. Argentina.
- González, M. (2013). *Cáncer y tratamiento oncológico: Representaciones sociales de la población en general, el paciente oncológico y miembros del equipo de salud*. Tesis para obtener el Título de Doctorado. Universidad de Bologna.
- Grau, J., Llantá, M., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M., Infante, O., Romero, T., Barroso, I. y Morales, D. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 27-58.
- Grotjahn, M. (1979). *El arte y la técnica de la terapia grupal analítica*. Argentina: Eeditorial Paidós.
- Horvarth, A. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic Alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 561-573.
- Howard, K., Orlinsky, D. y Trattner, N. (1970). Therapist orientation and patient experience in Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 17(3), 263-270.
- Kantor, D. (2011). Versión abreviada del Cuestionario Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). Tesis para obtener Título de Licenciado en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.

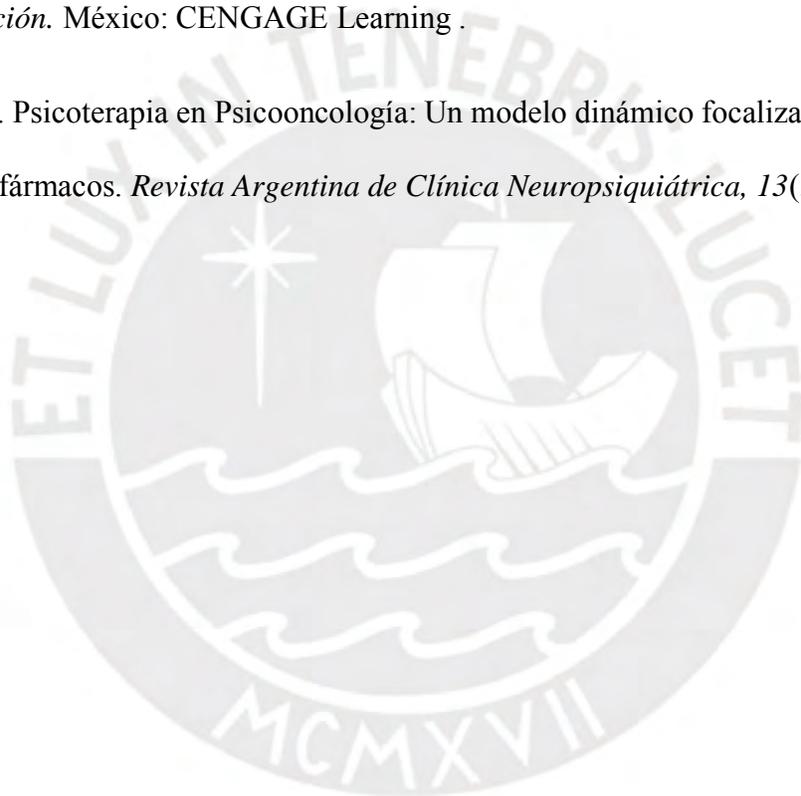
- Krasner, J., Kadis, A., Winick, C. y Foulkes, S. (1969). *Manual de psicoterapia de grupo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kreitler, S. (2003). Psycho-Oncology. En L. Cohen, & D. y. McCharque, *The Health Psychology Handbook: Practical Issues for the Behavioral Medicine Specialist* (págs. 325-358). San Francisco: Sage Publication.
- Larson, D. (1993). Self-concealment: Implications for stress an empathy in oncology care. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11(4), 1-16.
- Lederber, M., y Holland, J. (2011). Supportive psychotherapy in cancer care: an essential ingredient of all therapy. En M. y. Watson, *Handbook of psychotherapy in cancer care* (págs. 3-14). Hoboken: Wiley-Blachwell.
- Leiberman, C., & Bleichmar, N. (2001). *Las perspectivas dek psicoanálisis*. México: Paidos.
- Liemann, E. (2010). El escuchar como elemento esencial en la psicoterapia. *Psicología: Avances de la disciplina*, 4(1), 133-134.
- Magni, X. (2013). *Estilo Personal del Terapeuta en profesionales que trabajan en Maltrato Infantil*. Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología. Universidad del Aconcagua. Argentina.
- Malca, B. (2005). Psicooncología: Abordaje emocional en oncologia. *P Y B*, 9(25), 64-67.
- Martinez, V., Primero, G. y Moriana, J. (2011). La psicología y el tratamiento psicológico basado en la evidencia. Alcances y limitaciones asociados a la práctica. En L. Medrano, *Prácticas en Salud Basadas en la Evidencia*. (págs. 25-40). Códova: Universidad Nacional de Códova.

- Maza, M. Zavala, M. y Merino, J. (2008). Actitudes del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *CIENCIA Y ENFERMERÍA*, 15(1), 39-48.
- Mazón, J. (2016). *Estilos de personalidad y desgaste por empatía de psicólogos graduados de la Universidad de Chimborazo*.
- Modolell, E. y Sanz, J. (2004). Oncología y psicología: Un modelo de interacción. *Psicooncología*, 1(1), 3-12.
- Nakinishi, T., Nukariya, K., Ushijima, S., Hirai, K., Akechi, T., Okamura, H. y Uchitomi, Y. (2002). Psychological distress of family members with cancer patients in Japan. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 6, 205-210.
- Olivares, J., Marcia, D., Olivares, P. y Alcázar, A. (2012). *El ejercicio de la psicología aplicada: La profesión del psicólogo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ortiz, G. y Ortega, M. (2009). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y Salud*, 19(2), 207-215.
- Pardo, F. (2010). *Bienestar psicológico y ansiedad Rasgo-Estado en alumnos de MBA de Lima Metropolitana*. Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Pascual, M. (2011). Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte de las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enfermería Intensiva*, 22(3), 96-103.
- Pérez, A. (1981). *Psicología Clínica. Problemas fundamentales*. México: Editorial Trillas .

- Piedrabuena, S. (2011). Cualidades personales del terapeuta. En opinión de los pacientes y en relación a la percepción de mejoría. Tesis para obtener el Título de Doctorado en Psicología Clínica. Universidad de Belgrano. Argentina.
- Pousa, D. y Chaves, E. (2007). Ansiedad y sentimientos de los profesionales de Enfermería en situaciones de terminalidad en oncología. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 15(6), 1-7.
- Quiñones, A., Melipillán, R. y Ramírez, 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.
- Robert, V., Álvarez, C. y Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 24(4), 677-684.
- Rojas-May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Rev. Med. Clin. Condes*, 17(4), 194-197.
- Rotter, J. (1965). *Psicología Clínica*. México: Editorial Rabasa.
- Ruda, L. (2013). *Memorias de las Jornadas de Psicooncología 2009-2012. Encuentros, retos y esfuerzos compartidos*. Lima: PUCP.
- Safrán, J. y Murán, C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Madrid: Editorial Desclée.
- Sanjorge, P. (2015). Las actitudes de los profesionales sanitarios ante la muerte hacia la presencia de familiares durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar en la emergencia

- extrahospitalaria. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia Comillas Madrid.
- Salinas, J. y Rodríguez, M. (2011). Validez y confiabilidad de un instrumento para evaluar estilos terapéuticos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.*, 14(3), 85-116.
- Santibañez, P., Román, M., Chevevard, C., Espinoza, A., Ibarra, D. y Muller, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapias Psicológicas*, 26(1), 89-98.
- Sanz, J., Modolell, E. y Casado, S. (2004). Las emociones en la entrevista de Psicooncología. *Psicooncología*, 1(2-3), 205-210.
- Sevilla, M. y Ferré, C. (2013). Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: Datos y significado. *GEROKOMOS*, 24(3), 109-114.
- Spielberger, C. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. México: El Manual Moderno.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, C. A.: Consulting Psychologists Press.
- Talley, P., Stupp, H. y Morey. (1990). Matchmaking in Psychoterapy: Patient-Therapy dimensions and their impact on outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 182-188.
- Torres, B. (2014). *Sentido de coherencia y ansiedad rasgo-estado en una muestra de pacientes que padecen cáncer de mama*. Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Torrice, E., Santín, C., Andrés, M., Menedez, S. y Lopez, J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 8(1), 45-59.
- Vega, E. (2006). *El Psicoterapeuta en neonatología: Rol y estilo personal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Véliz, C. (2016). *Análisis Multivariante. Métodos estadísticos multivariantes para la investigación*. México: CENGAGE Learning .
- Vidal, M. (2006). Psicoterapia en Psicooncología: Un modelo dinámico focalizado combinándole con psicofármacos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(3), 31-56.





APÉNDICES

Apéndice A: Características de la muestra

<i>Características de la muestra</i>			
<i>Variables</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>	Mujer	25	78.10%
	Hombre	7	21.90%
<i>Grupo de edad</i>	20 a 40 años	11	34.40%
	41 a 65 años	21	65.60%
<i>Lugar de trabajo</i>	Solo consultorio	10	31.30%
	Consultorio y centro privado	8	25.00%
	Consultorio y centro público	6	18.80%
	Solo centro público	4	12.50%
	Solo centro privado	4	12.50%
<i>Numero de centros de trabajo</i>	Un solo lugar	18	56.30%
	Dos lugares	14	43.80%
<i>Población con la que trabajan</i>	No solo oncológica	30	93.80%
	Solo oncológica	2	6.30%
<i>Tiempo de trabajo con pacientes oncológicos</i>	2 a 5 años	8	25.00%
	6 a 10 años	7	21.90%
	más de 10 años	17	53.10%
<i>Número de pacientes oncológicos semanalmente</i>	1 a 5	10	31.30%
	6 a 10	11	34.40%
	11 a 20	7	21.90%
	más de 20	4	12.50%
<i>Tipos de intervención</i>	Individuales y grupales	21	65.60%
	Solo individuales	11	34.40%
<i>Frecuencia de intervención individual</i>	Diariamente	16	50.00%
	2 a 3 veces por semana	16	50.00%
<i>Orientación teórica</i>	Cognitivo-conductual	18	56.30%
	Humanista-existencial	10	31.30%
	Psicoanalítica	4	12.50%
<i>Experiencia cercana de cáncer</i>	No	12	37.50%
	Familiar	15	46.90%
	Propia	3	9.40%
	Familiar y propia	2	6.30%

N=32

Apéndice B: Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por Claudia Sophía Vera Cano de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es conocer las características de los psicólogos dedicados a la atención de pacientes con cáncer: su estilo de trabajo y emociones.

Si usted accede a participar en este estudio, se le solicitará completar una ficha de datos acerca de usted y su trabajo, y dos formularios que tomarán un tiempo entre 25-30 minutos.

Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. En principio, las encuestas resueltas por usted serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que usted da su consentimiento expreso para proceder de esa manera. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder. Además, puede comunicarse con mi asesora Viviana Trigoso Obando mediante el siguiente correo electrónico viviana.trigoso@pucp.pe

Muchas gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he leído la información escrita adjunta. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas. Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando. Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí. Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con Claudia Vera Cano al correo claudiaverac4@gmail.com o al teléfono 956927163.

Nombre completo del (de la) participante

Firma

Fecha

Nombre del Investigador responsable

Firma

Fecha

Apéndice C: Ficha de datos

Sexo Masculino () Femenino ()

Edad:

A continuación, se le presentan algunas preguntas acerca del trabajo que realiza, marque con una X según corresponda.

1. Sobre su práctica laboral actual ...

1.1. ¿Con qué población trabaja?

Trabaja sólo con pacientes oncológicos	
Trabaja tanto con población oncológica como no oncológica	

2. Sobre su trabajo con pacientes oncológicos...

2.1 ¿En qué lugar(es) trabaja? (Puede marcar más de uno)

En un centro privado	
En un centro público	
En un consultorio privado	
Otros (Especificar):	

2.2. ¿Hace cuánto tiempo trabaja con pacientes oncológicos?

Menos de 2 años		Entre 6 a 10 años	
Entre 2 a 5 años		Más de 10 años	

2.3. En promedio, ¿cuántos pacientes oncológicos atiende a la semana? (escriba su respuesta): _____

3. Sobre el tipo de trabajo que realiza con pacientes oncológicos...

3.1. En los dos últimos años ¿Con qué frecuencia trabaja de manera individual o grupal?

	Nunca	Diariamente	2-3 veces por semana	Otro (especificar)
Inter. Individual				

Inter. Grupal				
---------------	--	--	--	--

3.2. En los dos últimos años ¿Con qué frecuencia realiza cada tipo de intervención?

	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente
Psicoterapia			
Consejería			
Psicoeducación			
Otros (especificar) _____			
Otros (especificar) _____			

4. Sobre su orientación teórica...

4.1. ¿Cuánto se identifica con las siguientes orientaciones teóricas? (Coloque un número del 1 al 5, donde **1** significa “no me identifico en absoluto” y **5** significa “me identifico completamente”)

- () Cognitivo-conductual
- () Humanista-existencial
- () Psicoanalítica
- () Sistémica
- () Otra

(*) Encierre en un círculo si posee formación en alguna de ellas

Para finalizar: ¿Ha tenido una experiencia personal o familiar de cáncer?

() NO

() SI (Especifique si propia o familiar) _____

Apéndice D: Correlaciones ítem-test corregida de escalas del IDARE

Ítems	Correlación elemento- total corregida	Ítems	Correlación elemento- total
Ansiedad Estado	$\alpha=.855$	Ansiedad Rasgo	$\alpha=.820$
IE1	.736	IR21	.687
IE2	.544	IR22	.401
IE3	.277	IR23	.443
IE4	.113	IR24	.176
IE5	.660	IR25	.218
IE6	.336	IR26	.505
IE7	.387	IR27	.481
IE8	.341	IR28	.455
IE9	.493	IR29	.303
IE10	.713	IR30	.632
IE11	.488	IR31	.366
IE12	.348	IR32	.054
IE13	.289	IR33	.605
IE14	.359	IR34	.167
IE15	.563	IR35	.337
IE16	.598	IR36	.492
IE17	.273	IR37	.107
IE18	.303	IR38	.490
IE19	.435	IR39	.577
IE20	.598	IR40	.362
N=32		N=32	

Apéndice E: Correlaciones ítem-test corregida en las escalas del EPT-C

Ítems	Correlación elemento- total corregida	Ítems	Correlación elemento- total corregida
Función Operativa	$\alpha=.807$	Función Expresiva	$\alpha=.755$
EPT2	.708	EPT3	.709
EPT5	.309	EPT6	.426
EPT11	.717	EPT8	.586
EPT13	.502	EPT15	.412
EPT17	.778	EPT16	.504
N=32		N=32	

Ítems	Correlación elemento- total corregida	Ítems	Correlación elemento- total corregida
Función Atencional	$\alpha=.755$	Función Instruccional	$\alpha=.551$
EPT1	.545	EPT4	.581
EPT9	.644	EPT14	.196
EPT20	.582	EPT19	.350
N=32		N=32	

Ítems	Correlación elemento- total corregida
Función Involucrativa	$\alpha=.761$
EPT7	.637
EPT10	.539
EPT12	.587
EPT18	.494
N=32	

Apéndice F: Continuos de las funciones del EPT

Funciones	Puntajes bajos	Puntajes altos
Operativa	Espontáneo	Pautado
Atencional	Abierta	Focalizada
Expresiva	Distante	Próximo
Involucrativa	Baja	Alta
Instruccional	Flexibilidad	Rígidez



Apéndice G: Estilo Personal del Terapeuta y ámbito de trabajo

Estilo personal del terapeuta y centro de trabajo

	Solo consultorio		Solo centro público		Solo centro privado		Centro público y consultorio		Centro privado y consultorio		F
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
Función operativa	15.6	5.44	24	6.48	14.75	10.24	19.5	6.25	18.63	4.98	1.63
Función atencional	6.9	4.3	11.5	5.68	6.18	3.09	11	3.03	9.38	4.27	1.44
Función involucrativa	14.5	4.47	9.25	3.94	18	3.91	13.67	4.32	9.63	3.33	4.12*
Función expresiva	25.6	5.08	23	4.8	25	5.59	23.33	3.98	18.25	4.89	2.78*
Función instruccional	15	3.88	14.25	3.4	15	3.55	12.83	2.85	10.13	4.01	2.35

N=32; *p<0.05

