

Estudio de las Propiedades Psicométricas del Inventario de Presencia Terapéutica en una Muestra de Profesionales de la Salud Mental en Argentina

Study of the Psychometric Properties of the Therapeutic Presence Inventory (TPI) in a Sample of Mental Health Professionals in Argentina

Rodriguez de Behrends Marisa*
García Rossi Mariana Lucía**
Eidman Leandro***

Resumen

Este artículo informa el estudio de las propiedades psicométricas de la versión en español del Inventario de Presencia Terapéutica (IPT). Se examina la consistencia interna y la estabilidad temporal de las puntuaciones en una muestra de profesionales de la salud mental en Argentina. Método: Se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico y voluntario constituido por 252 psicólogos y psiquiatras. Se diseñó un estudio no experimental, transversal, de tipo instrumental. Resultados: los resultados indican una adecuada consistencia interna de los ítems igual a .78 y una estabilidad test-retest, igual a .67. El análisis factorial realizado indica la existencia de tres factores. Conclusión: La escala cuenta con propiedades adecuadas para su uso en

población argentina.

Palabras claves: Inventario de presencia terapéutica, validación, propiedades psicométricas.

Abstract

This article reports the study of the psychometric properties of the Spanish version of the Therapeutic Presence Inventory (TPI). The internal consistency and temporal stability of the scores are examined in a sample of mental health professionals in Argentina. Method: A non-probabilistic and voluntary sampling of 252 psychologists and psychiatrists was used. A non-experimental, cross-sectional, instrumental-type study was designed. Results: the results indicate an adequate internal consistency of the items equal to .78

*Pontificia Universidad Católica Argentina; Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Mail de contacto: marisa@behrends.com.ar – 011-5653-6772

**Pontificia Universidad Católica Argentina. Mail de contacto: marugarossi@gmail.com

***Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales; Universidad Nacional del Chaco Austral. Mail de contacto: leaneidman@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.46553/RPSI.18.36.2022.p101-114>

Fecha de recepción: 29 de abril de 2022 - Fecha de Aceptación: 3 de octubre de 2022

and a test-retest stability, equal to .67. The factorial analysis carried out indicates the existence of three factors. Conclusion: The scale has adequate properties for use in the Argentine population.

Keywords: Therapeutic presence inventory, validation, psychometric properties.

Introducción

La presencia terapéutica es la cualidad subyacente de la relación terapéutica y, por ello, es relevante para la efectividad psicoterapéutica (du Mont, 2006; Krogh et al., 2019, Lambert y Barley, 2001).

Se conceptualiza como la experiencia del terapeuta de estar realmente allí (Geller, 2013a, 2020) y refiere a estar en contacto con su propio self integrado, receptivo y arraigado en el momento presente y con un vasto sentido de consciencia. Implica que todo el self del terapeuta esté en el encuentro con el paciente, lo que precisa de la integración de los distintos niveles de funcionamiento: corporal, emocional, cognitivo, relacional y espiritual (Geller, 2020). La capacidad del terapeuta de estar completamente presente y abierto a las experiencias del paciente incrementa su capacidad empática y, asimismo, facilita un mayor contacto con su propia experiencia interna (Schwarz et al., 2018).

La presencia terapéutica pone a disposición del paciente un ambiente favorable para una alianza terapéutica beneficiosa. Asimismo, facilita la conexión entre paciente y terapeuta generando un lugar seguro para que el paciente comparta inquietudes, necesidades, emociones y significados, para indagarlas juntos y transformarlos con mayor eficacia (Geller

y Porges, 2014). La presencia permite al terapeuta ser una persona confiable y de contención para el paciente (Benito y Mindeguía, 2021).

Geller (2001) realizó un estudio cualitativo con especialistas en el tema de la presencia terapéutica con el propósito de desarrollar un modelo del constructo. Les solicitó a aquellos terapeutas que indagaran sobre su propia experiencia de presencia luego del encuentro terapéutico. A partir de esto se estudiaron los componentes claves de la presencia para formular afirmaciones significativas. De esta forma, logró identificar los tres dominios de la presencia terapéutica (García Rossi y Rodríguez de Behrends, 2020).

El primero refleja la preparación para el encuentro terapéutico. Implica la intención del terapeuta de cultivar la presencia en su vida cotidiana, facilitando y aumentando su capacidad de estar presente en sesión. Este dominio está relacionado con la habilidad de traer el self al momento presente, con la capacidad para poner entre paréntesis expectativas, teorías y preconcepciones, y abordar la sesión con una actitud de apertura, curiosidad, no juicio, aceptación (García Rossi y Rodríguez de Behrends, 2020). Los terapeutas describen la importancia del autocuidado como un componente esencial para crear la oportunidad de estar presente en una sesión con un paciente (Benito y Rivera Rivera, 2019; Krogh et al., 2019).

El segundo dominio hace referencia al proceso de presencia terapéutica. Refleja la conducta del terapeuta cuando está presente en una sesión con un paciente. En este proceso el terapeuta se encuentra receptivo a la experiencia del paciente, toma contacto con él, y simultáneamente, atiende a su

propia experiencia interna (Geller, 2013b).

El tercer dominio del modelo de presencia explica la experiencia de la presencia terapéutica, la cual incluye (a) estar inmerso en el momento presente con el dolor y sufrimiento de los pacientes; (b) sentirse arraigado y en contacto con uno mismo; (c) frente a experiencia de expansión, es decir, una sensación en la que se toma mayor perspectiva y amplitud; y (d) la intención de estar por y para el proceso de sanación del paciente (Krogh et al., 2019; García Rossi y Rodríguez de Behrends, 2020).

En el mismo año, Geller desarrolla el Inventario de Presencia Terapéutica (IPT). Los ítems se construyeron a partir de las sub-categorías y temas destacados en las últimas dos categorías del modelo, proceso y experiencia. Los ítems seleccionados del IPT logran que se discrimine entre la ausencia y la presencia de la experiencia y proceso de presencia terapéutica (Geller, 2001; Schwarz et al., 2018).

Diez ítems del inventario reflejan el proceso de la presencia terapéuticos: los ítems 3, 11, 13, 19 representan la subcategoría *receptividad*; 1 y 20 la *atención interna* del terapeuta; 9, 14, 16 y 21 indagan la *extensión y contacto del terapeuta hacia el paciente*.

Los otros 11 ítems del test están relacionados con la experiencia de la presencia terapéutica: 6, 12, 15, 18 exploran la *inmersión*; 2, 4, 5 y 7 la *expansión*; el ítem 17 la *cualidad de arraigo*; y los ítems 8 y 10 la *capacidad de estar por y para el paciente* (Geller, 2001).

La *receptividad* implica acoger plenamente en el propio ser la experiencia de una sesión de una manera kinestésica, sensorial, física, emocional y mental. Estar involucrado con el paciente en

niveles multisensoriales permite un mayor entendimiento de la experiencia. Exige la intención y el compromiso consciente de estar abierto a cada experiencia que surge momento a momento. Los terapeutas escuchan profundamente a sus pacientes con todos sus sentidos y percepciones. Esto significa recibir lo que el paciente está expresando más allá de sus palabras. La receptividad permite que los sentimientos se vuelvan compartidos al generar una resonancia empática (Geller y Greenberg, 2002). En la *atención interna* el terapeuta se implica a sí mismo como un instrumento para comprender la experiencia que trae el paciente y saber cómo responder de forma adecuada. Puede llegar a atender sus propias imágenes, sentimientos, sensaciones corporales, recuerdos si ello resulta terapéuticamente beneficioso. Asimismo, estar en contacto con su propio self permite ser conscientes cuando no se está presente y usar esa consciencia para regresar al momento (Geller y Greenberg, 2002). La *extensión* es el acto de esforzarse por alcanzar emocional, energética y verbalmente al paciente y ofrecerle su propio self. *El contacto* implica relacionarse y conocer la esencia del paciente, de este modo, existe una mayor oportunidad de que se produzca un verdadero encuentro entre terapeuta-paciente (Geller y Greenberg, 2002).

La *inmersión* por parte del terapeuta implica estar absorto en la experiencia del momento presente, con la atención puesta sobre el paciente, el encuentro terapéutico y la interacción entre terapeuta-paciente (Geller y Greenberg, 2002). La *expansión* se basa en una sensación de energía, flow, calma y alegría, un sentido de vitalidad interna que acompaña la presencia, una

sensación corporal de apertura o expansión. Por ejemplo, mientras los terapeutas están inmersos en el dolor y el sufrimiento del paciente, experimentan simultáneamente un estado de expansión con la sensación de ser parte de algo más grande (Geller y Greenberg, 2002). La *cualidad de arraigo* implica una conexión interna por parte del terapeuta. El terapeuta puede estar en contacto con la experiencia del paciente, pero a su vez se siente arraigado en sí mismo y conectado con su propia experiencia (Geller y Greenberg, 2002). *El estar con y para el paciente* implica que todas las acciones e intervenciones del terapeuta están al servicio de ayudar al otro, es decir, facilitan el proceso de sanación. Implica una reunión de los dos en beneficio de uno (Benito y Mindeguía, 2021).

La presencia terapéutica se trata de un constructo relevante de estudiar debido a su influencia en el proceso terapéutico, y por tratarse de una condición interviniente de la psicoterapia y factor de cambio del paciente (García Rossi y Rodríguez de Behrends, 2020). Se trata de un factor inespecífico o común de todos los tratamientos de trastornos específicos, relacionado con las características del terapeuta. Los factores inespecíficos, estudiados como componentes esenciales del éxito terapéutico, están relacionados con (a) características del terapeuta como, por ejemplo, la empatía, las habilidades del terapeuta, la alianza terapéutica y la presencia terapéutica; (b) con características del paciente, la aceptación de la necesidad de ayuda; y (c) con el tipo de relación que se establece entre ellos o alianza terapéutica (Krogh et al., 2019; Santibáñez Fernández et al., 2008). Todos los trabajos destacan la relevancia del estudio de los factores inespecíficos para alcanzar

resultados positivos de la psicoterapia (Krogh et al., 2019; Santibáñez et al., 2019). Aunque algunos estudios sostienen que no se puede considerar como concluyente su influencia en el cambio terapéutico (Cuijpers et al., 2019). La relevancia que cobra en la psicoterapia el conocimiento de los factores que intervienen en el éxito o fracaso de ésta, es la motivación a emprender trabajos que aborden la adaptación de una escala que evalúa, en este caso un factor común como es la presencia terapéutica (Krogh et al., 2019, Kaiser Cornwall, 2021).

La PT además de ser una cualidad que genera enormes beneficios para el terapeuta también beneficia al paciente y al vínculo terapéutico porque es una actitud relacional, que por un lado genera en el terapeuta la intención de estar al servicio del proceso de la sanación del paciente y, por el otro, en el paciente también se activa la experiencia de presencia y seguridad que fortalece la relación terapéutica (Benito y Mindeguía, 2021). Observaciones clínicas sostienen que la PT permite que el paciente se sienta entendido, favoreciendo un trabajo terapéutico eficiente (Chidiac y Denham-Vaughan, 2007; Krogh et al., 2019).

Este artículo presenta el estudio de las propiedades psicométricas de la versión en español del IPT. El objetivo general del estudio fue analizar los aspectos métricos del IPT y confiabilidad interna en una muestra de profesionales de la salud mental en Buenos Aires, Argentina. Los objetivos específicos formulados fueron: (a) analizar evidencia de validez interna, (b) determinar la consistencia interna de las puntuaciones y (c) examinar la estabilidad temporal de las puntuaciones.

Método

Muestra

La muestra, de tipo no probabilística y voluntaria, estuvo constituida por 252 psicólogos y psiquiatras que realizan psicoterapia de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. La edad promedio fue de 39.08 ($DE = 11.25$, $Min = 23$, $Máx = 72$). El 13.9% ($n = 35$) eran varones y el 86.1% ($n = 217$) eran mujeres. En lo referente a su profesión, el 95.2% ($n = 240$) informó ser psicólogo, mientras que el 4.8% ($n = 12$) eran médicos psiquiatras que realizan psicoterapia. El 52.4% ($n = 132$) informó atender a sus pacientes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 35.7% ($n = 90$) en el Gran Buenos Aires y el 11.9% ($n = 30$) en ambos lugares.

Instrumentos

Datos Sociodemográficos (ad-hoc)

Se obtuvieron datos sobre la edad, el sexo, la profesión, el lugar de atención a pacientes y el grupo etario de pacientes que atendían los profesionales de la salud mental mediante una encuesta sociodemográfica especialmente diseñada para este estudio.

Inventario de Presencia Terapéutica (García Rossi y Rodríguez de Behrends, 2020)

Para el presente estudio se utilizó la adaptación a la población argentina del Inventario de Presencia Terapéutica creado por Shari Geller en el año 2001. Es una escala de 21 ítems que evalúa la presencia y ausencia terapéutica con escalamiento tipo Likert de 7 puntos. Las opciones de respuesta van desde 1 (*Para Nada*) hasta

7 (*Completamente*). Siguiendo las pautas establecidas por Geller, los terapeutas deben calificar su experiencia interna predominante sobre la sesión recién terminada. El Inventario de Presencia Terapéutica es un instrumento que representa la experiencia de presencia del terapeuta en el encuentro psicoterapéutico con un paciente.

Para analizar las propiedades psicométricas de la escala, la autora Geller (2001), realizó dos estudios, uno en la Universidad de Toronto y otro en la Universidad de York. Su propósito fue evaluar la validez del IPT, versión del terapeuta, a través de un análisis factorial exploratorio a partir de una muestra de 25 terapeutas especialistas en depresión (21 mujeres y 4 hombres). Observó que los 21 ítems del inventario se reunieron bajo un mismo factor con un valor propio de 10.50; reflejando un 50.01% de varianza. Por lo cual, determinó que los 21 ítems compondrían una puntuación única llamada Presencia Terapéutica. Asimismo, su trabajo indicó que el IPT posee una excelente fiabilidad (alfa de Cronbach = .94). Sin embargo, no consideró estudiar la estabilidad de la escala ya que estimó que la presencia de los terapeutas se mantenía estable durante las sesiones (Geller, 2001).

En Canadá, en el año 2016, se estudiaron las propiedades psicométricas del IPT, en su versión francesa. Se observó una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de =.88 para la escala total y un alfa de Cronbach de =.85 para las subcategorías) y se demostró la presencia de dos factores. Asimismo, la versión francesa indicó una buena validez de convergencia y divergencia (Martel et al., 2016).

Por su parte, Beernink (2021)

realizó la adaptación lingüística del IPT al holandés mediante el método de traducción inversa; luego, realizó una prueba piloto entre once terapeutas holandeses utilizando la prueba de entrevista de tres pasos (TSTI). Sin embargo, encontró que algunos ítems no fueron comprendidos o interpretados adecuadamente por la muestra; la mayoría de las dificultades surgieron ante la vaguedad de las palabras y la longitud de las afirmaciones. También, observó que el conocimiento previo y/o la experiencia de meditación, atención plena, yoga y otras prácticas o la ausencia de ellas, podría influir en la comprensión e interpretación de los ítems.

Asimismo, Figueiredo Lima (2021) realizó una investigación con el objetivo de estudiar las diferencias en los comportamientos verbales y no verbales al nivel de presencia terapéutica en profesionales de distintas líneas teóricas en Portugal. Para alcanzar su principal objetivo, tradujo el IPT a través del método de traducción inversa del idioma original al portugués. Como resultado, desarrolló una versión adaptada de 12 ítems con un escalamiento tipo Likert de 5 puntos.

Finalmente, García Rossi y Rodríguez de Behrends (2020) realizaron la adaptación lingüística y cultural del IPT del idioma inglés al español con el fin de adecuar el inventario a la población argentina.

Procedimiento

Se trata de un estudio no experimental, transversal, de tipo instrumental. Los datos fueron recolectados durante el año 2019 mediante un muestreo no probabilístico. Tanto los datos sociodemográficos como el IPT fueron administrados en forma presencial e individual a una muestra de

252 sujetos profesionales tanto psicólogos clínicos como psiquiatras, garantizando la confidencialidad de los datos obtenidos.

El formulario contenía el consentimiento informado ajustado a la declaración de Helsinki de 1964 y sus enmiendas posteriores o sus normas éticas equivalentes, y aprobado por la Ley 25.326 de protección de los datos personales que se ocupa de las implicancias éticas de las investigaciones en salud en las que participen seres humanos, con el fin de proteger sus derechos fundamentales ponderando, a su vez, la necesidad de promover la investigación en salud. Los participantes fueron voluntarios y no recibieron retribución alguna por su colaboración. Se utilizó la consigna propuesta por la autora, sin aditivos extra.

Análisis de datos

En primera instancia, se calcularon los índices de asimetría y curtosis acordes a los valores recomendados por Tabachnick y Fidell (2013) próximos a 0 e inferiores a 1.96. Luego se llevaron a cabo estudios tendientes a verificar los aspectos métricos del IPT (García Rossi y Rodríguez de Behrends, 2020). Se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio (AFE) a través de un método robusto de máxima verosimilitud (MLR) utilizando una rotación Oblimin en la matriz de Pearson. Posteriormente, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) utilizando un estimador robusto ajustado de varianza y media de mínimos cuadrados ponderados (WLSMV-R), el método de estimación utilizado fue MLR y, dado que las variables fueron ordinales, se utilizó la misma matriz que en el AFE, debido a que es más apropiada para este tipo de datos

(Freiberg Hoffmann et al., 2013). Se utilizó la matriz de Pearson dado que las variables fueron continuas, ya que es más apropiada para este tipo de datos (Lévy Mangin et al., 2006; Manzano Patiño y Zamora Muñoz, 2009; Ogasawara, 2011).

Los índices de bondad de ajuste contemplados fueron: Chi-cuadrado (χ^2), índice de ajuste comparativo (*CFI*), índice de ajuste incremental de Bollen y Long (1993; *IFI*) y error cuadrático medio de aproximación (*RMSEA*; Hu et al., 1992). Se considera un valor de .90 en *CFI* (Kline, 2018; Schumacker y Lomax, 2016), y valores menores o iguales a .08 en *RMSEA* (Browne y Cudeck, 1993). Se calcularon los índices de fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna, y desde la perspectiva de Kline (2018) se consideran valores aceptables mayores a .70. Se administró la prueba estadística de test-retest a 38 personas en dos tiempos con un intervalo de cinco semanas para analizar la estabilidad temporal de los ítems.

La validez métrica se evaluó mediante el examen de las cargas factoriales, considerando aceptables cargas estandarizadas mayores a .30 (Hair et al., 2006; Nunnally y Bernstein, 1994). Las correlaciones entre los factores se consideraron como muy bajas a los valores menores a .19, como bajas a los valores entre .20 y .39, como moderadas a los valores comprendidos entre .40 y .59, como alta a los valores entre .60 y .79 y como muy alta a los valores mayores a .80 (Brown, 2006; Evans, 1996).

Los resultados se procesaron utilizando el sistema de cálculo estadístico y gráficos R en su versión 3.6.0 y la interfaz R Studio en su versión 1.1.463 mediante los

paquetes *ggplot2* para visualización de datos (Villanueva y Chen, 2019), *psycho* (Revelle, 2018) y *psicometría* (Fletcher y Fletcher, 2013), para estimar algunas propiedades psicométricas. Para calcular y trazar el Modelo de Ecuación Estructural se utilizaron *lavaan* (Rosseel, 2012), *semPlot* (Epskamp et al., 2019) y *semTools* (Jorgensen et al., 2018). Para la realización de los estadísticos de diferencias de grupos se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 25.

Resultados

Estudio de Evidencia de Validez de Interna: Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio

En primer lugar, se realizó un análisis exploratorio de los datos con la finalidad de examinar la existencia de ausencia de valores, detección de casos atípicos y supuestos estadísticos de normalidad, linealidad de las relaciones y multicolinealidad. No se observaron variables con más del 5% de datos ausentes, ni la existencia de valores fuera del rango $z \pm 3$. Todos los ítems presentaron una distribución cercana a la normalidad con valores de asimetría y curtosis inferiores a ± 2 . Además, se verificó el supuesto de linealidad mediante la inspección de los diagramas de dispersión entre los diferentes pares de variables, de esta forma se comprobó la ausencia de multicolinealidad sin evidencia de correlaciones inter-ítem superiores o iguales a .90 (Tabachnick y Fidell, 2013).

Para realizar los estudios de estructura interna se dividió la muestra en dos partes. Una muestra de estimación ($n = 100$) para realizar el AFE y una muestra

de validación ($n = 152$) para el (AFC). El análisis factorial exploratorio, mediante el método robusto de máxima verosimilitud y a partir de la rotación Oblimin, determinó la agrupación de 21 ítems en 3 variables latentes (Tabla 1). La solución factorial arrojó valores considerados adecuados iguales a .91 para el índice de Káiser Meyer Olkin (KMO) y para el Test de Esfericidad de Barlett ($\chi^2 = 878.84$; $DE = 0.24$; $p < .001$). El AFE explicó el 44% de la varianza acumulada por las tres dimensiones.

A continuación, se efectuó el estudio del AFC, los índices de bondad indicaron un buen ajuste del modelo: $\chi^2 = 218.$, $p < .001$;

$CFI = .92$; $IFI = .954$; $RMSEA = .058$ 90% IC [.052, .059], $p < .001$. Además, los pesos de regresión para cada elemento (ver Figura 1) fueron entre moderados (mayor que .40 y menor que .59) y altos (mayor que .60 y menor que .79).

Evaluación de la Consistencia Interna y la Estabilidad Temporal

En cuanto a la fiabilidad de la escala, el valor de alfa de Cronbach del total del instrumento es igual a .78 lo cual indica una buena confiabilidad. En detalle, la consistencia interna de las dimensiones Compenetración es de $\alpha = .72$, el de la dimensión Sintonía es

Figura 1

Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Presencia Terapéutica

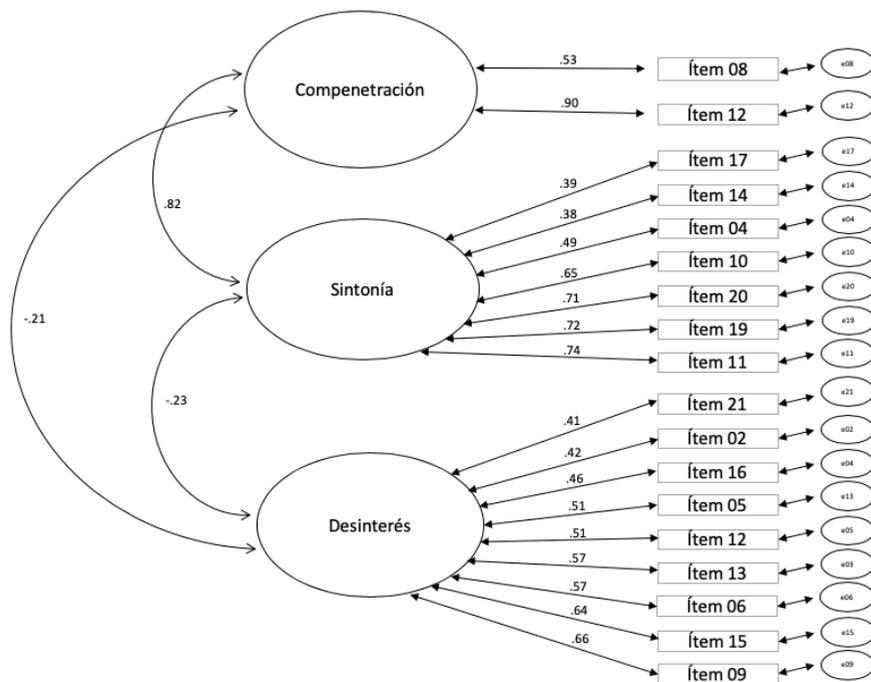


Tabla 1*Pesajes Obtenidos en el AFE de los Ítems del IPT en las Tres Dimensiones*

Ítems	Compenetración	Sintonía	Desinterés
8. Fui capaz de dejar a un lado mis exigencias (o demandas) y preocupaciones para estar con mi paciente	.53***		
12. Estuve totalmente compenetrado en el momento durante la sesión	.9***		
19. Me sentí en sincronía con mi paciente de tal manera o a tal punto que me permitía sentir lo que él/ella estaba experimentando		.72***	
11. Me sentí en alerta y sintonía con los matices y sutilezas de la experiencia de mi paciente.		.74***	
20. Me sentí genuinamente interesado/a en la experiencia de mi paciente		.72***	
10. Sentí un profundo aprecio y respeto por mi paciente como persona		.65***	
14. Mis respuestas fueron guiadas por sentimientos, palabras, imágenes o intuiciones que surgían en mí ante la experiencia de estar con mi paciente		.38***	
17. Me sentí enteramente inmerso/a en la experiencia de mi paciente pero sin dejar de estar centrado/a en mí mismo/a		.4***	
4. La interacción entre mi paciente y yo, se sintió fluida y rítmica		.49***	
21. Sentí una distancia o una barrera emocional entre mi paciente y yo			.41***
15. Ya no podía esperar más a que la sesión se terminara			.65***
5. El tiempo de la sesión parecía pasar lentamente			.52***
6. Me resultó difícil concentrarme			.58***
9. Me sentí distante o desconectado/a de mi paciente			.66***
3. Me resultó difícil escuchar a mi paciente			.57***
16. Hubo momentos en que mis respuestas a mi paciente diferían de lo que estaba sintiendo por dentro			.46***
13. Me sentí impaciente o crítico/a			.51***
2. Me sentí cansado/a o aburrido/a			.42***

Nota. *** = $p < .001$

de $\alpha = .76$ y el del factor Desinterés es de $\alpha = .74$.

Finalmente, posterior a cinco semanas se realizó la prueba test re-test a 38 de los participantes de la muestra sobre la escala original, se obtuvo una correlación $r = .67$; $p = .001$.

Discusión

El presente trabajo informa sobre el estudio de las propiedades psicométricas de la versión al español del IPT-T para población de Buenos Aires, Argentina. El objetivo general del estudio fue analizar los aspectos métricos del IPT y confiabilidad interna en una muestra de profesionales de la salud mental en Buenos Aires. Los objetivos específicos formulados fueron: (a) analizar evidencia de validez interna, (b) determinar la consistencia interna de las puntuaciones y (c) examinar la estabilidad temporal de las puntuaciones.

La presencia terapéutica se describe como la experiencia del terapeuta de estar realmente presente en el ámbito terapéutico (Geller, 2013b); como la cualidad subyacente de la relación terapéutica y, por ello, relevante para la efectividad psicoterapéutica (du Mont, 2006). El estudio de la PT, como variable inespecífica, es importante debido a que interviene en el éxito o fracaso de la psicoterapia, dado que aún se requiere mayor investigación sobre la forma en que estas influyen en el proceso y resultados terapéuticos (Cuijpers et al., 2019). Las observaciones clínicas afirman que la PT motiva al paciente a sentirse comprendido y seguro lo que favorece que se realice un trabajo terapéutico eficiente (du Mont, 2006; Krogh et al., 2019). La revisión de la literatura

ha puesto de manifiesto la escasez de investigaciones cuyo objeto de estudio es la presencia terapéutica per se. La importancia de estudiar las propiedades psicométricas del IPT en población local radica en la relevancia que el constructo tiene por la influencia en el proceso psicoterapéutico, como agente de cambio del paciente; por su condición de variable inespecífica (du Mont, 2006; Benito y Mindeguía, 2021) que al ser trans-teórica, se encuentra en cada modelo teórico, en cada encuentro con el paciente más allá de la corriente que el terapeuta adopte, pues se trata de una condición que atraviesa la psicología clínica y por la aceptación social del procedimiento psicoterapéutico en el país (Chidiac y Denham-Vaughan, 2007; Krogh et al., 2019).

Los hallazgos confirman que el IPT es un instrumento válido y fiable para evaluar en Argentina la presencia terapéutica tras el encuentro psicoterapéutico. En cuanto a la fiabilidad de la escala, el valor de alfa de Cronbach que se reporta en el presente estudio indica muy buena confiabilidad al igual que lo informado por la autora en su análisis original (Geller, 2001) y por los resultados obtenidos por Martel (2016) en la versión francesa de la escala. A diferencia de los estudios previos mencionados, el presente trabajo aporta evidencia de consistencia interna mediante una adecuada estabilidad temporal. El análisis factorial realizado, que aporta a la validez de constructo, indica la existencia de tres factores (Sintonía, Compenetración y Desinterés) en contraposición a los hallazgos del estudio de Martel (2016) el cual indica la existencia de dos factores y del estudio de Geller (2001) que indica un único factor llamado Presencia Terapéutica.

Finalmente, cabe considerar ciertas limitaciones en el presente trabajo. La primera es que la muestra a la cual se le administró la prueba no es representativa de toda la población argentina, puesto que la misma está compuesta por habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. La segunda limitación es que no se evaluó la relación del constructo

con otras variables asociadas al proceso terapéutico. Por este motivo, es deseable que en un futuro se considere la replicación del estudio extendiendo la muestra a distintos sectores del territorio argentino, con la intención de que su alcance sea más representativo del conjunto de la población de la República Argentina.

Referencias

- Beernink, S. (2021). *Conceptualisation of Therapeutic Presence and interpretation of the Therapeutic Presence Inventory – Therapist (NL) by Dutch therapists*. [Tesis de Maestría, Universidad de Twente]. <http://essay.utwente.nl/85896/>
- Benito, E., & Mindeguía, M. I. (2021). La presencia: el poder terapéutico de habitar el presente en la práctica clínica. *Psicooncología*, 18(2), 371–385. doi.org/10.5209/psic.77759
- Benito, E., & Rivera Rivera, P. (2019). El cultivo de la autoconciencia y el bienestar emocional en los profesionales que trabajan con el sufrimiento: Autoconciencia y Bienestar Emocional. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 4(S1):77–93. <https://dx.doi.org/10.37536/riecs.2019.4.s1.115>
- Bollen, K. A., & Long, J. S. (1993). *Testing structural equation models*. Sage.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford publications.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit En: Bollen, K. A. & Long, J. S., eds. *Testing Structural Equation Models*. Sage, 136-162.
- Chidiac, M.-A., & Denham-Vaughan, S. (2007) The process of presence: energetic availability and fluid responsiveness. *British Gestalt Journal*, 16(1), 9–19.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Epskamp, S., Stuber, S., Nak, J., Veenman, M., & Jorgensen, T. D. (2019). *semPlot: Path Diagrams and Visual Analysis of Various SEM Packages' Output (Version 1.1. 2)*[Computer software].
- Evans, J. D. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Brooks/Cole Publishing.
- Figueiredo Lima, M. F. (2021). *A Presença Terapêutica: aplicação da medida observacional adaptada do Therapeutic Presence Inventory*

- em sessões de psicoterapia de diferentes modelos teóricos.* [Tesis de Maestría, Instituto Universitário da Maia]. <https://repositorio.ismai.pt/handle/10400.24/1448>
- Fletcher, T. D., & Fletcher, M. T. D. (2013). Package ‘psychometric’. Recuperado de <http://cran.rproject.org/web/packages/psychometric/psychometric.pdf>, 4.
- Freiberg Hoffmann, A., Stover, J. B., de la Iglesia, G., & Fernández Liporace, M. (2013). Polychoric and Tetrachoric Correlations in Exploratory and Confirmatory Factorial Studies. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 151-164. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000200005&lng=es&tln g=en
- Jorgensen, T. D., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A. M., Rosseel, Y., Miller, P., Quick, C., & Garnier-Villarreal, M. (2018). *semTools: Useful tools for structural equation modeling*. R package version 0.5-1.
- García Rossi, M. L., & Rodríguez De Behrends, M. (2020). *Traducción del Inventario de Presencia Terapéutica- Therapeutic Presence Inventory- para población argentina.* [Trabajo presentado]. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-007/116.pdf>
- Geller, S. M. (2001). *Therapists' presence: The development of a model and a measure* [Tesis doctoral]. York University, North York, Ontario.
- Geller, S. M. (2013a). Therapeutic presence as a foundation for relational depth. En R. Knox, D. Murphy, S. Wiggins, & M. Cooper (Ed.), *Relational depth: New perspectives and developments* (pp.175-184). New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Geller, S. M. (2013b). Therapeutic Presence: An Essential Way of Being. En M. Cooper, P. F. Schmid, M. O'Hara, & A. C. Bohart (Eds.). *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling* (2nd ed.) (pp. 209-222). Basingstoke: Palgrave.
- Geller, S. M. (2020). Cultivating Therapeutic Presence: Strengthening Your Clinical Heart, Mind, and Practice. *Transformance: The AEDP Journal*, 10(1). https://www.sharigeller.ca/_images/pdfs/2_Journal-August_2020-Geller.pdf
- Geller, S. M. & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic Presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter / Therapeutische Präsenz: Erfahrungen von Therapeuten mit Präsenz in der psychotherapeutischen Begegnung / La Presencia Terapéutica: La Experiencia de la Presencia que

- Viven los Terapeutas en el Encuentro Psicoterapéutico. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 71-86, DOI: 10.1080/14779757.2002.9688279
- Geller, S. M. & Porges, S. W. (2014). Therapeutic Presence: Neurophysiological Mechanisms Mediating Feeling Safe in Therapeutic Relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178-192.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6ta ed.). Pearson Prentice Hall.
- Hu, L. T., Bentler, P. M., & Kano, Y. (1992). Can test statistics in covariance structure analysis be trusted?. *Psychological bulletin*, 112(2), 351-362. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.112.2.351>
- Kaiser Cornwall, A. M. (2021). *Competencias del terapeuta cognitivo conductual que promueven el empirismo colaborativo en el marco de la alianza terapéutica con adolescentes*. Universidad Católica de Pereira.
- Krogh, E., Langer, Á., & Schmidt, C. (2019). Therapeutic presence: its contribution to the doctor-patient encounter. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 39(1), 49-53.
- Kline, R. B. (2018). Response to Leslie Hayduk's review of principles and practice of structural equation modeling, 4th Edition. *Canadian Studies in Population* [ARCHIVES], 45(3-4), 188-95.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*. 38(4), 357-361.
- Lévy Mangin, J.-P., Martín Fuentes, M. T., & Román González, M. V. (2006). Optimización según estructuras de covarianzas. En J.-P. Lévy Mangin & J. Varela Mallou (Eds.), *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales* (pp. 11-30). Coruña: Netbiblo.
- Manzano Patiño, A. & Zamora Muñoz, S. (2009). *Sistema de ecuaciones estructurales: una herramienta de investigación. Cuaderno técnico 4*. Recuperado de <http://www.senasica.gob.mx/includes/asp/download.asp?iddocumento=23068&idurl=45367>
- Martel, M.-È., Gagnon, J., Bourgault, M., & Dionne, F. (2016, June). On being present in therapy: *Validation of a French translation of the therapeutic presence inventory*. Poster presentado en Annual World Conference of the Association for Contextual and Behavioral Sciences (ACBS). Seattle: WA.
- du Mont, P. M. (2006) *The concept of therapeutic presence in nursing*. CiteSeerX. Recuperado el 29 de junio de 2021, de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.530.6075&rep=rep1&type=pdf>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw Hill.

- Revelle, W. (2018). *Psych: Procedures for personality and psychological research* (Version 1.9. 12.31) [Computer software]. Northwestern University.
- Rosseel, Y. (2012). Lavaan: An R package for structural equation modeling and more. Version 0.5–12 (BETA). *Journal of statistical software*, 48(2), 1-36.
- Santibáñez, P., Vidal, B., Muñoz, C., Arriagada, P., Sepúlveda, A., & Quiñones, Á. (2019). Variables that influence in the personal style of therapist (PST) on psychotherapists and students in clinical internship. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 593-602.
- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., Lucero Chenevard, Cl., Espinoza García, A. E., Irribarra Cáceres, D. E., y Müller Vergara, P. A. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100008>
- Schwarz, N., Snir, S., & Regev, D. (2018). The Therapeutic Presence of the Art Therapist. *Art Therapy*, 35(1), 11-18, DOI: 10.1080/07421656.2018.1459115
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2016). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Routledge.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (4ta Edición). Boston: Allyn and Bacon.
- Villanueva, R. A. M., & Chen, Z. J. (2019). *ggplot2: Elegant graphics for data analysis* (2da ed.). Springer
- Ogasawara, H. (2011). Asymptotic expansions of the distributions of the polyserial correlations coefficients. *Behaviormetrika*, 38(2), 153-168.