

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 63 - Nº 4

Buenos Aires - Diciembre 2017

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

Editorial

223. Aproximación a la epistemología del dolor (IV): Post-modernidad

HUGO R. MANCUSO

Originales. Trabajos completos

228. Análisis de la incidencia de los mandatos y estereotipos patriarcales en la subjetividad de mujeres de mediana edad

GRACIELA ELENA FLORES, DIANA GABRIELA POBLETE, SILVINA ALEJANDRA MARCHISIO, ZUNILDA GLEDYS CAMPO, CLAUDIA INÉS CAMPO

241. Análisis de los procesos imaginativos en las producciones gráficas de niños con problemas de aprendizaje

ANALIA WALD

252. Estudio psiconeuropedagógico de funciones ejecutivas en el proceso de razonamiento matemático en un secundario bonaerense

DIANA SALOMÉ GAYOL

Revisiones

261. Intervenciones psicológicas para pacientes con riesgo suicida: una revisión sistemática

MARINA LEIMAN, CRISTIAN JAVIER GARAY

276. El vínculo terapéutico y el rol del entrenamiento en empatía

NATALIA PUTRINO, MARTÍN ETCHEVERS, BELÉN MESURADO

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 63 - N° 4

Buenos Aires - Diciembre 2017

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

In memoriam

288. El centésimo aniversario del nacimiento de Guillermo Vidal

CÉSAR MOSCATO

Índice general del volumen 63 - 2017

Fundación **acta**

Fondo para la Salud Mental

Entidad de bien público sin fines de lucro
Personería Jurídica N° 4863/66
Inscripta en el Ministerio de Salud Pública y
Acción Social con el N° 1.777

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Mario Vidal: Presidente

Diana Vidal: Secretaria

Rodrigo Vidal: Vicepresidente 1°

Luis Meyer: Tesorero

Edith Serfaty: Vicepresidente 2°

Fernando Lolas Stepke: Director Técnico

Sede Social: Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3° - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
Tel.: (54 11) 4966 -1454

Administración/suscripciones: CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
(54 11) 4897 - 7272 int.: 100 - fuacta@acta.org.ar - www.acta.org.ar

Consejos Científicos

Nacional

Roberto Canay

UMSA, USAL, Argentina

Verónica Brasesco

UMSA, USAL, Argentina

Andrés Febbraio

UBA, UMSA

Diego Feder

U. Maimónides, Argentina

Héctor Fernández-Álvarez

U. de Belgrano, Argentina

María de los A. López Geist

APSA, Argentina

Alicia Losoviz

FELAIBE, Argentina

Humberto Mesones

Ac. Nac. de Medicina, Argentina

Lucía Rossi

UBA, Argentina

María Lucrecia Rovaletti

UBA, CONICET, Argentina

Fernando Silberstein

UBA, UNR, Argentina

Roberto Sivak

U. Maimónides, Argentina

Humberto Tittarelli

CISM, Argentina

Patricia Weismann

UNMDP, Argentina

Internacional

Jorge Acevedo Guerra

Santiago – Chile

Renato D. Alarcón

Lima – Perú; Rochester – EUA

Rubén Ardila

Bogotá – Colombia

Demetrio Barcia

Murcia – España

Helio Carpintero

Madrid – España

Jorge A. Costa e Silva

Rio de Janeiro – Brasil

Otto Dörr Zegers

Santiago – Chile

Alejandro Gómez

Santiago – Chile

René González Uzcátegui

San José - Costa Rica

Itzhak Levav

Jerusalem – Israel

Facundo Manes

Buenos Aires – Argentina

Juan Mezzich

Pittsburgh – EUA

Driss Moussaoui

Casablanca, Marruecos

A. Rafael Parada

Santiago – Chile

Duncan Pedersen †

Montreal, Quebec - Canadá

Héctor Pérez-Rincón

México D.F. – México

Juan Matías Santos

Madrid – España

Norman Sartorius

Ginebra – Suiza

Hernán Silva Ibarra

Santiago – Chile

Carlos Sluzki

Santa Barbara – EUA

Tomás Ortiz

Madrid – España

Benjamin Vicente

Concepción – Chile

Sergio Villaseñor Bayardo

Guadalajara – México

Ana María Zlachevski Ojeda

Santiago – Chile

Comité Honorífico

Francisco Alonso-Fernández
UCM – España.

Fernando Lolas Stepke
Universidad de Chile – Chile.

Luis Meyer
Fundación Acta – Argentina.

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA



Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina es una publicación científica sin fines de lucro, propiedad de la Fundación ACTA Fondo para la Salud Mental, fundada por Guillermo Vidal en 1954, que tiene por objeto fomentar el desarrollo de la psiquiatría, la psicología y las neurociencias en lengua española y sus relaciones interdisciplinarias, en sus varias orientaciones, con las ciencias sociales y los fundamentos epistemológicos y metodológicos de las mismas.

Aparece regularmente cuatro veces al año —en marzo, junio, septiembre y diciembre— en versión impresa (ISSN 0001-6896) y a partir de 2014 y con la misma regularidad, en versión en línea (ISSN 2362-3829).

Incorporada por CONICET y CAICYT al Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas en el área Ciencias Biológicas y de la Salud. Indexada en LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PsycINFO, ESCI-Thomson Reuters, figura en tales registros abreviada como: *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.*

Director Fundador

† **Guillermo Vidal** [1917-2000]

Director

Hugo R. Mancuso Universidad de Buenos Aires, CONICET
director@acta.org.ar

Consejo Académico

Ricardo Aranovich Fundación Acta Fondo para la Salud Mental
aranovich@hotmail.com

Pascual Gargiulo Universidad Nacional de Cuyo, CONICET
gargiulo@lab.cricyt.edu.ar

Ana Lía Kornblit Universidad de Buenos Aires, CONICET
alkornblit@gmail.com

Gustavo A. Mäusel Universidad del Museo Social Argentino
gustavo.mausel@umsa.edu.ar

Edith Serfaty Academia Nacional de Medicina, Argentina
edithserfaty@yahoo.com

Gustavo Tafet Universidad Maimónides, Argentina.
psychiatry@maimonides.edu

Secretaría de Redacción

Alejandra Niño Amieva Universidad de Buenos Aires, Argentina.
editor@acta.org.ar

Corrección

María Mercedes Niklison

Traducción

Ana María Morilla

Diagramación

María Rosa Alvarez

Responsable Administrativo

Ignacio Burgo. Fundación Acta Fondo para la Salud Mental, Argentina.
ignacio.burgo@acta.org.ar

Administración

Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3° (Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires) C1122AAJ
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, R. Argentina, TE: (5411) 4897-7272;
fuacta@acta.org.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 091317

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

© Fundación ACTA, Fondo para la Salud Mental. Todos los derechos reservados - Ley 11.723. Hecho el depósito que marca la ley.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin previo consentimiento de Fundación Acta. Los artículos y notas firmadas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Este número se terminó de imprimir en diciembre de 2017.

Revisión

El vínculo terapéutico: el rol del entrenamiento en empatía

NATALIA PUTRINO, MARTÍN ETCHEVERS, BELÉN MESURADO

NATALIA PUTRINO
Licenciada en Psicología.
Centro Interdisciplinario de
Investigaciones en Psicología
Matemática y Experimental
(CIIPME),
Unidad Ejecutora del Consejo
Nacional de Investigaciones
Científicas y Técnicas (CONICET).
Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires.
Facultad de Psicología y
Relaciones Humanas,
Universidad Abierta
Interamericana.

MARTÍN ETCHEVERS
Doctor en Psicología.
Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires.
R. Argentina.

BELÉN MESURADO
Doctora en Psicología.
Centro Interdisciplinario de
Investigaciones en Psicología
Matemática y Experimental
(CIIPME), Unidad Ejecutora del
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET).

FECHA DE RECEPCIÓN: 03/07/17
FECHA DE ACEPTACIÓN: 20/10/17

CORRESPONDENCIA
Lic. Natalia Putrino.
Tte. Gral. Juan D. Perón 2158,
C1040AAF. Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina;
nataliaines.putrino@gmail.com

La empatía es un componente de la cognición social, que implica la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar. En psicoterapia es un concepto que se suele utilizar en las diferentes formaciones académicas y prácticas, pero pocos estudios han logrado realizar investigaciones dirigidas a conocer las diferencias individuales y a evaluar la importancia e implicancia en los resultados terapéuticos. El objetivo de este trabajo es presentar estudios acerca de la capacidad de empatía en profesionales de la salud —médicos y psicólogos— a través de la revisión de diferentes estudios fisiológicos y cognitivos y su relación con el vínculo terapéutico. A su vez, se analizan viñetas clínicas y su relación con los conceptos desarrollados en la revisión. Por último, se presentan estudios previos acerca de las intervenciones que pueden beneficiar y mejorar la habilidad de empatía en profesionales de la salud, que se están implementando en diferentes universidades y centros de salud del mundo.

Palabras claves: Vínculo – Paciente – Psicoterapeuta – Capacitación.

The Physician-Patient Relationship and the Role of Empathy Training

In social cognition, empathy is a major component, which implies the ability to understand others and put yourself in their place. In psychotherapy this is a concept that is often used in different academic and practical formations, but few studies have been able to carry out research aimed at knowing the individual differences and evaluating the importance and implication of empathy in therapeutic results. The objective of this research is to show studies about empathy capacity in health professionals: physicians and psychologists, through different physiological and cognitive studies and their relationship with the therapeutic bond. In turn, clinical vignettes are analyzed together with their relation with the concept developed in the review. Finally, previous studies are presented on interventions that can benefit and improve empathy capacity in health professionals, and there are implemented in different universities and health centers in the world.

Keywords: Bond – Patient – Psychotherapist – Training.

Introducción

La empatía es la capacidad para conectar con la experiencia de otra persona. Ser empáticos es imprescindible para el funcionamiento de una sociedad, dado que está en juego en varios comportamientos en que las personas conviven entre sí, como la cooperación, la compasión y la búsqueda del bienestar general [18].

La empatía hace referencia a la tendencia a experimentar de forma vicaria (aprendizaje observacional) los estados emocionales de otros. Se trata de una compleja forma de inferencia psicológica en la que la observación, la memoria, el conocimiento y el razonamiento se combinan para poder comprender los pensamientos y sentimientos de los demás [42]. Se relaciona con el contagio emocional, la teoría de la mente (Theory of Mind: ToM) y la toma de perspectiva [37]. La empatía humana, a diferencia de la observada en otros animales [32], implica ToM y mentalización, es decir, la capacidad de predecir la conducta de otros por medio de la atribución de estados mentales independientes [18, 42, 37, 32, 48].

Davis [17] propone una definición multidimensional de la empatía, considerando que esta capacidad se compone de aspectos cognitivos y afectivos: *a)* la empatía cognitiva basada en la capacidad de adoptar la perspectiva del otro, proceso en el cual las funciones ejecutivas serían relevantes, permitiendo mayor flexibilidad cognitiva y autorregulación [18]; *b)* la empatía emocional o afectiva, que sería la reacción ante el estado emocional de otra persona, en la cual sería relevante la percepción e imitación de expresiones emocionales [13].

En relación con los profesionales de la salud, los autores Kim, Kaplowitz y Johnston [33] definen el aspecto cognitivo de la empatía como la capacidad del experto en salud de identificar con precisión el estado mental o el punto de vista del paciente y luego comunicar de manera efectiva y la información al paciente de una manera que sea congruente con ese punto de vista. En tanto, el aspecto afectivo de la empatía del profesional se relaciona con la capacidad que posee para reconocer correctamente el estado emocional de

sus pacientes y adecuar el estilo de comunicación con ese estado.

Por lo tanto, la respuesta empática incluye la capacidad para comprender al otro a partir de lo que se observa, de la información verbal y la reacción afectiva, al compartir el estado emocional de la otra persona [42].

El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión bibliográfica de investigaciones referidas al vínculo terapéutico entre profesionales de la salud —médicos y psicólogos— con sus pacientes, a través de diferentes estudios fisiológicos y cognitivos.

Metodología

Se realizó una búsqueda con las siguientes palabras claves en idioma español e inglés: alianza terapéutica, relación terapéutica, empatía en médicos y psicólogos, psicoterapeuta, entrenamiento de empatía, habilidades empáticas, en las bases de datos PubMed, APA Psycnet, Scielo, Redalyc, Science Direct, Dialnet, Academic Search, Medline, Psychology and Behavioral Sciences Collection. El rastreo fue realizado en el mes de marzo de 2017.

Este artículo está dividido en subsecciones en las que se desarrolla la empatía terapéutica, la empatía y la relación terapéutica y por último, el entrenamiento de empatía. En el apartado «Empatía y relación terapéutica» se presentan narraciones clínicas con el objetivo de exponer y confrontar la teoría acerca del vínculo psicoterapéutico con situaciones reales. Para recolectar las viñetas clínicas se realizó una consulta vía correo electrónico a diferentes personas (método de recolección: bola de nieve) solicitando narraciones de sus terapias personales. Se les pidió que relataran historias centradas en el vínculo con su psicólogo, en las que hubieran vivenciado situaciones regulares/negativas o situaciones agradables con vínculo satisfactorio. Se seleccionaron las narraciones más representativas para ejemplificar los aspectos esenciales de la empatía en el contexto clínico. Asimismo, en el apartado «Entrenamiento de la empatía» se incluyó y seleccionó bibliografía pertinente y con evidencia empírica, con el objetivo de proponer recomendaciones para el entrenamiento en el ámbito académico y formación de los psicólogos, en el contexto local.

Resultados

Empatía terapéutica

Rogers [49] define la empatía terapéutica como la capacidad de percibir con precisión el marco interno de referencia del otro, incluyendo sus componentes emocionales y significativos. Watson y Greenberg [61] proponen que la manera en que los psicoterapeutas atienden a la experiencia y subjetividad de los pacientes ayuda a que estos internalicen sus problemáticas, con la finalidad de que aprendan a regular y moderar la forma de actuar.

Autores clásicos de diferentes teorías psicológicas, coinciden en que la empatía en la terapia es fundamental para alcanzar resultados terapéuticos óptimos [51, 34, 8,10]. En consonancia con los estudios de Barret-

Lennard [6], Steckley [57] mostró que los pacientes que perciben a sus terapeutas como empáticos experimentan cambios estructurales en sus modelos internos y tratan a sí mismos y a otros menos negativamente (por ejemplo son menos destructivos, controladores, oprimidos) al final de la terapia. Todos estos auto-cambios positivos también se asociaron con resultados del tratamiento más favorables.

Según Angus, Lewin, Bouffard, y Rotondi-Trevisan [3], Elliott, Watson, Goldman, y Greenberg, [22] y Westra [62], las principales características de la empatía terapéutica son que el paciente se sienta confiado en contar sus historias personales, sienta alivio y mayor regulación emocional y genere motivación para el cambio (figura 1).



Figura 1. Empatía terapéutica: principales características

A su vez, Rogers [52] considera la actuación del psicólogo a modo de un «como si», es decir, el terapeuta tiene que sentir el mundo privado del paciente como si fuera suyo, pero sin perder nunca la claridad de que eso le sucede a su paciente. Por ejemplo, un terapeuta puede sentir y entender la angustia, la frustración y la ansiedad que siente su paciente ante una reciente separación pero sin que la sensación y comprensión del terapeuta (frustración, angustia, ansiedad) obstruyan su vínculo con la paciente. Comprender lo que piensa y siente el paciente, le permitirá al terapeuta expresar significados sobre la experiencia subjetiva del consultante, dado que muchas veces el mismo paciente no es consciente de lo que le sucede o interpreta los hechos de

manera sesgada por sus creencias y/o emociones [50].

En los últimos años Malin y Pos [38], a partir de análisis de investigaciones empíricas identificaron las conductas terapéuticas que demuestran con mayor claridad la empatía del terapeuta (tabla 1).

A su vez, en el área de la medicina, Mercer y Reynolds [41] describen la empatía del médico como la capacidad del clínico para a) comprender la situación, la perspectiva del paciente y los sentimientos, b) comunicar esa comprensión y comprobar su exactitud y c) actuar en ese entendimiento con el paciente en una forma útil (terapéutica).

Tabla 1. Conductas que reflejan empatía terapéutica*

Conductas no verbales de empatía	Conductas del habla	Modo de respuesta
Contacto visual, expresiones de preocupación, asentimiento con la cabeza [59, 16, 60].	Tener tasas similares de expresión y tonos vocales como sus pacientes; no interrumpir [7, 27, 21].	Transmitir interés, no transmitir aburrimiento [12, 59]; uso de palabras emocionales [7]; provisión de exploración de respuestas, en lugar de consejos generales [5]; y mensajes claramente comunicados [12, 10].

* Tomado de Malin y Pos [32].

En estudios con profesionales médicos, se ha demostrado que la empatía posee un efecto positivo en los resultados psicosociales (por ejemplo, aumenta la calidad de vida mientras que disminuye la ansiedad y la depresión) y en el resultado de medidas objetivas (por ejemplo, la reducción de síntomas, disminución de los niveles de presión arterial y glucosa en la sangre) [20]. Es realmente interesante, encontrar trabajos como el de Hojat *et al.* [29] quienes encontraron que los pacientes diabéticos de los médicos con puntajes altos de empatía, fueron significativamente más propensos a tener un buen control de la hemoglobina A1c (prueba de A1C mide el porcentaje de hemoglobina glucosilada en la sangre), que los que eran pacientes de los médicos con puntuaciones bajas de empatía.

En la medicina, la empatía tiene implicaciones importantes, no sólo para los resultados de salud de los pacientes, sino también para el éxito médico. Los médicos que muestran empatía tienen menos quejas por mala praxis y los pacientes cumplen con el tratamiento y lo perciben con mejor satisfacción [31, 58].

En estudios fisiológicos a través de resonancia magnética funcional, se ha demostrado que los médicos no reaccionan al dolor de otros de la misma manera que el personal no médico [19]. En estos estudios, se le mostraba a los médicos y a un grupo control, imágenes del rostro, pie y manos de una persona que era pinchada por una aguja y en otras condiciones eran rozados por hisopos. A pesar, de que los médicos no reaccionaban fisiológicamente y los no médicos reaccionaban ante el dolor ajeno, los profesionales tendían a activar más las áreas cerebrales involucradas en la función ejecutiva, la autorregulación y comprensión mental.

Ese esfuerzo para regular su propia reacción emocional genera un costo para el profesional, pero que es inherente de su práctica. Como han señalado Yamada y Decety [65] la resonancia emocional con el sufrimiento de la otra persona y su asociada respuesta de la activación autonómica, puede trabajar en contra de la preocupación empática o el comportamiento pro-social. En una persona que es testigo del dolor que experimenta otra persona, su reacción puede variar desde la preocupación por la seguridad propia —incluyendo sentimientos de alarma, miedo y escape—, a la preocupación por la otra persona —incluyendo la compasión, la simpatía y la prestación de cuidados— [26].

Si bien en el área de la psicología, hay pocos estudios empíricos acerca de cómo le afecta al terapeuta estar frente el dolor de las otras personas y de qué manera lo modula, contrariamente en los profesionales médicos se vienen estudiando esas características con mayor sistematización.

Marci, Ham, Moran y Orr [39] fueron unos de los primeros en estudiar la relación entre medidas fisiológicas (conductancia de la piel) en terapeutas y pacientes, y correlacionaron la misma con la percepción simultánea del paciente sobre la empatía del psicólogo, dentro de sesiones psicológicas. Los resultados encontraron que los pacientes y terapeutas que tienen valores altos de conductancia en la piel, muestran mayores respuestas socioemocionales que incrementan conductas de solidaridad y respeto mutuo. De esta manera, demostraron un modelo con base biológica, de la percepción de los pacientes de la empatía del terapeuta y de una relación positiva en el proceso socioemocional durante la terapia, entre paciente y terapeuta.

Un riesgo que puede correr el terapeuta es el del distrés emocional o la sobre-empatización. Esta ocurre cuando el terapeuta no logra poner la necesaria distancia con su paciente y la emoción lo invade de tal manera que olvida que el problema o la situación conflictiva «le pertenece» al paciente. En la experiencia de sobre-empatización, la persona pierde temporalmente la capacidad de regular la propia implicación emocional y olvida temporalmente que lo que le sucede al otro, es diferente a su perspectiva. La activación emocional de una sobre-empatización puede ser conceptualizada como el exceso de identificación con la otra persona [53]. En cambio, la capacidad para regular y controlar su compromiso emocional es inherente a la concepción de la empatía terapéutica.

Entonces, ser demasiado sensibles al dolor de otras personas podría causar una serie de efectos perjudiciales, tales como la fatiga por compasión o *burnout* en médicos [24] y en terapeutas inexpertos o en condiciones laborales con estructuras burocráticas opresivas [23]. Esto significa que los terapeutas deben utilizar una amplia gama de funciones cognitivas y emocionales, mientras que responden empáticamente a los pacientes.

Por lo tanto, es vital que los médicos y los psicólogos regulen su capacidad de empatía con sus pacientes para que su reacción emocional no interfiera con la eficacia de su tratamiento ni afecte su bienestar. De esta manera, considerando la dimensión cognitiva de la empatía, la toma de perspectiva y autorregulación, resulta beneficioso que el profesional cuente con niveles adecuados de empatía, ya que suelen ser favorables en la relación profesional-paciente. Por el contrario, un exceso de empatía por parte del profesional de la salud, puede ser perjudicial en las relaciones con el paciente y puede impedir la neutralidad que es necesaria en la toma de decisiones clínicas, influyendo así negativamente en su desempeño [29].

Empatía y relación terapéutica

Lo expresado anteriormente se encuentra estrechamente relacionado al concepto de relación terapéutica (RT). La RT es un constructo multidimensional y transteórico, en el cual se identifican tres componentes: acuer-

do en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos [11]. Estudios sobre la eficacia en psicoterapia y los factores asociados a los resultados terapéuticos, han concluido que la relación terapéutica explica un 30% de la mejoría de los pacientes [35, 1, 36], funcionando como un factor común a la mayoría de las psicoterapias.

Si bien la evaluación de la RT es ampliamente estudiada en psicoterapia, por el momento se conoce poco acerca de las características personales y habilidades de los terapeutas (empatía) que influyen en una buena RT. La mayoría de los estudios en el área se enfocan en evaluar la relación entre la RT y los resultados del tratamiento.

Uno de los primeros estudios acerca de cómo el psiquiatra influía en los pacientes, se realizó en 1972, los investigadores examinaron el impacto del terapeuta sobre un grupo de pacientes internados con depresión y esquizofrenia, tratando de identificar qué acciones, características, o sentimientos del terapeuta son esenciales para la creación de una experiencia de grupo positivo para los pacientes [2]. Se pidió a los participantes que calificaran variables del grupo y terapeuta dando sus impresiones subjetivas sobre temas tales como la comodidad, el interés y la participación en lo que respecta a sí mismos, sus compañeros y sus terapeutas; por ejemplo al terapeuta se le preguntaba «En la reunión de hoy, ¿sintió usted que entendía los problemas de sus pacientes?», al mismo tiempo a los pacientes se les formulaba la misma pregunta desde su percepción «¿Cuánto cree que su terapeuta lo entendió a Ud. y sus problemas?» De los resultados del estudio de Anderson *et al.* [2], se encontró que las variables de sentimiento del terapeuta estaban positivamente relacionadas con la satisfacción del paciente. Si bien el estudio se realizó hace más de 40 años, y fue pionero en evaluar la percepción en conjunto de paciente y terapeuta, se podría cuestionar que los pacientes con patologías como esquizofrenia y depresión tienen fallas en la habilidad de mentalizar los pensamientos, intenciones y sentimientos en los demás [56, 60], por lo que hubiera sido interesante una observación externa para corroborar que los datos brindados por los pacientes eran los más acertados

en cuanto a la conducta del profesional.

Independientemente de la patología de los pacientes, se ha encontrado que la percepción del mismo acerca de la empatía, es la que mejor predice, el resultado del tratamiento, en comparación a los reportes que realiza el terapeuta sobre sí mismo [30]. Esto nos haría suponer, que la percepción del paciente en cuanto a la empatía del terapeuta, es una variable muy importante a considerar, ya que si el paciente informa una buena empatía del terapeuta, los resultados terapéuticos son buenos y de manera viceversa, serán negativos. De aquí que es relevante tener en cuenta la percepción del paciente [40]. Se podría hipotetizar que la manera en que el paciente vivencia el vínculo terapéutico será la condición para que siga en tratamiento y se alcance una disminución de los síntomas.

Para ejemplificar los conceptos de empatía y su relevancia en la clínica, se presentarán unas series de casos clínicos recolectados a través de entrevistas personales a individuos que participaron en alguna terapia y a psicólogos. Se seleccionaron los casos más ilustrativos.

A modo de ejemplo, una primera sesión terapéutica relatada por la psicóloga, una terapeuta novel.

Ejemplo clínico:

Soledad (28 años) llevaba un año de recibida como Licenciada en psicología. Ella se encontraba realizando un posgrado sobre familia y problemas judiciales. Le habían derivado su primer paciente y se sentía muy nerviosa porque era la primera vez que atendía, entonces llegó temprano al consultorio, se probó en su silla, y practicó como hablarle al paciente. A la consulta, llega una mamá, muy angustiada porque su hijo (5 años) había sido abusado por su papá y estaban atravesando las instancias legales. La madre del niño, quería que su hijo comience un tratamiento por las secuelas que podría tener a través del hecho traumático del abuso. Soledad luego de escucharla durante los 40 minutos de sesión, le informa a la madre que para comenzar el tratamiento con un niño, debía tener el consentimiento de ambos padres. Soledad solicita esto porque en el posgrado le habían enseñado la necesidad del

consentimiento en el trabajo con los menores de edad. La madre comienza a elevar el tono de voz y a expresarle que le parecía una desconsideración total, dado que no quería ni tener diálogo con el padre, y menos aún sabiendo que él había sido el abusador del niño. Luego de la discusión, donde Soledad trataba de justificarse y pedirle disculpas, pusieron una siguiente fecha de encuentro, pero la consultante no volvió a asistir.

Soledad se dio cuenta y lo desarrolló en supervisión, que se había apegado demasiado a las normas legales por su miedo como principiante, sin tener en cuenta la particularidad del caso, el momento adecuado para solicitar el consentimiento (si realmente era necesario, por la situación legal) y no se dedicó en promover un vínculo con la consultante.

En el relato se vislumbra, cómo las primeras sesiones son tan importantes para que el paciente perciba interés y comprensión por parte del terapeuta. Esta historia se condicen con el trabajo de Malin y Pos [38] acerca de que la expresión de la empatía del terapeuta durante la primera sesión según la clasificación de observadores externos predice directamente después de la sesión uno, los informes de la alianza terapéutica que reportan los pacientes. A su vez, Pos *et al*, [47] y Wong y Pos [64] sugieren que la construcción de alianzas en las primeras sesiones puede influir considerablemente en el proceso de terapia y el resultado.

Por otro lado, un estudio cualitativo acerca de la experiencia de los pacientes sobre la empatía en psicoterapia, encontró que: interrumpir, no mantener el contacto visual, y desencontrarse con la posición del paciente al mismo tiempo que el terapeuta impone su propia posición, eran todos percibidos como falta de empatía [43].

Ejemplo clínico:

Alejandra (50 años) solicita en su prepaga comenzar terapia, dado que su marido, luego de convivir a distancia por su trabajo en las afueras de la ciudad, decide instalarse nuevamente en el hogar de la familia, en la ciudad. Dado que la situación, era un cambio de hábito importante que movilizaba muchos sentimientos, Alejandra considera comenzar psicoterapia. En la primer sesión, ella se sensibiliza y

comienza a llorar. La psicóloga le dice que ya era hora de finalizar la cita y que podía pasar por el café de la esquina a continuar llorando, alegando que ahí envía a todos sus pacientes cuando están con ganas de llorar. A su vez, Alejandra notó varias veces que durante la sesión, la psicóloga miraba el reloj de manera constante.

A su vez, Rønnestad y Skovholt [53] encuentran que en los terapeutas novatos, el exceso de implicación e identificación pueden alimentar una inclinación para dar asesoramiento específico y demasiado directivo.

Ejemplo clínico:

Lara (22 años) comienza un tratamiento porque posee pánico para quedarse sola por la noche, dado que su novio está realizando guardias nocturnas en el trabajo. En una de las sesiones, el tema no estaba relacionado al motivo de consulta (pánico) sino en el área interpersonal de la pareja. A Lara le resultaba intolerable que el novio estuviera durante horas jugando a la playstation todos los días y según ella, eso dificultaba que la pareja tenga momentos de intimidad. Su psicólogo, le dice que entonces resuelva poner límites con su pareja, o que le dijera que si no cambiaba su conducta (jugar menos horas a la playstation) la relación terminaría. Lara consideró que eso era demasiado, ya que, ella no deseaba separarse de su novio, dado que si bien ella veía esta situación como algo molesto, sabía que su novio la quería y se había esforzado mucho en ayudarla luego de que ella perdiera a su mamá. La paciente sintió esa intervención muy extrema, considerando que el terapeuta había sido demasiado directo y poco empático, por lo que se lo hizo saber. La terapia continuó un tiempo más, enfocado en el tratamiento para el ataque de pánico, pero la paciente ya sentía que el vínculo con el psicólogo se había enfriado luego de esa situación.

Por el contrario, si el psicoterapeuta se muestra atento, abierto a discutir cualquier tema, no juzga las conductas del paciente y presta atención a los detalles, es percibido como un terapeuta empático [43].

Ejemplos clínicos:

1. Jimena (20 años) comenzó un tratamiento por celos excesivo con su novio y dificultad para

tramitar el duelo de la muerte de su madre (había fallecido hacia dos años). En una de las sesiones, ella le comenta a su psicóloga que se sentía muy deprimida y que no se sentía buena en ningún ámbito de su vida. La psicóloga le explicó que era razonable que se sintiera así y le enumeró las situaciones angustiantes que venía tramitando: la muerte de su mamá, la convivencia con sus tíos (ya que se tuvo que mudar a la casa de ellos), el comienzo de la etapa universitaria. A su vez, la psicóloga le contó otros casos de pacientes que lograron salir adelante luego de una depresión leve. Jimena se sintió comprendida por su terapeuta y más segura de poder lidiar con la depresión que estaba transitando.

2. Carla (25 años) asiste a terapia desde hace unos años, para tratar los temas cotidianos de su vida. Carla estaba por rendir un examen muy importante para ingresar a un puesto laboral al cual aspiraba desde hacía tiempo. Varias de las últimas sesiones, se trabajó sobre la ansiedad que ella poseía ante el examen y las expectativas que tenía con ese puesto laboral. Un día antes de rendir el examen, el psicólogo le escribió un mensaje al celular, en el cual le deseaba éxito y le expresaba que si no quedaba en el puesto, tendría muchas posibilidades, que era una buena oportunidad pasar por la experiencia y que no dudaba que tendría un futuro profesional triunfante. Carla se sintió muy reconfortada por su terapeuta.

En ambas viñetas clínicas, los terapeutas han sido percibidos por los pacientes como comprensivos, atentos a sus situaciones y sintieron contención y calidez. A partir, de la literatura reciente se sugiere que ciertas características del terapeuta y comportamientos pueden contribuir a las alianzas de calidad, por ejemplo, calidez y flexibilidad [14].

Por lo tanto, por razones empíricas y teóricas se subraya la importancia de examinar la empatía en las primeras sesiones.

Entrenamiento de empatía

Diferentes profesionales y docentes en el ámbito psicológico y médico suelen remarcar la importancia de la empatía en el vínculo terapéutico, a pesar de ello las investigaciones sobre estos tópicos son escasas y hay

pocos manuales para el entrenamiento de la empatía en profesionales de la salud. A su vez, diferentes investigaciones [44, 25] han demostrado que la empatía es una habilidad que puede ser modificada por la experiencia (práctica clínica, formación académica, maltrato institucional —demasiada cantidad de horas de trabajo como suele suceder en el caso de los residentes— o entrenamiento en *mindfulness*).

De manera que Ahn y Wampold [1], consideran que la formación debería centrarse en los factores comunes (variables compartidas por todas las terapias: relación terapéutica, características del paciente, personalidad del terapeuta, motivación) como la piedra angular de las habilidades necesarias para convertirse en un profesional efectivo, incluyendo la importancia de las habilidades como entrevistador y el establecimiento de una relación terapéutica. A pesar de toda la evidencia a favor de desarrollar programas de capacitación en habilidades empáticas en carreras afines a las ciencias de la salud, los autores europeos remarcan que en sus currículas no se encuentra esa formación [44, 9]. Asimismo, en las universidades argentinas tampoco poseemos conocimientos de que el entrenamiento de empatía esté de manera sistemática transmitido en la formación de los profesionales de la salud.

Un trabajo publicado en una revista médica, expone algunos consejos y ejemplos para promover la empatía en el ámbito clínico. Así, Coulehan *et al.* [15] afirman que la empatía clínica implica a menudo responder a los sentimientos expresados (o sugeridos) por los pacientes. Esto significa identificar la emoción y calibrar su intensidad. A veces el contenido emocional es evidente, pero la naturaleza de la emoción no está clara. En esos casos, es importante que el terapeuta le brinde la posibilidad al paciente para que revele la sensación. Por ejemplo: «Explícame cómo te sentís acerca de esto».

A su vez, los mismos autores comentan que el médico suele encontrarse con historias difíciles y enfermedades con pronósticos desfavorables, por lo que muchas veces se

apresuran a tranquilizar a sus pacientes: «Todo va a estar bien», «No te preocupes, la mayoría de las veces es un falso positivo». Consideran que al ser una profesión que valora la decisión y la acción, es difícil no hacer algo para desactivar la angustia del paciente. Si bien, el objetivo es tranquilizar a los pacientes, puede vislumbrarse también la ansiedad que le genera al médico encontrarse con situaciones tan angustiantes. En por eso, que Coulehan *et al.* [15] afirman que el mensaje de calma debe acompañar una introspección de los temores del paciente y que el profesional demuestre conciencia ante las preocupaciones de los pacientes.

A pesar de que el ejemplo es en médicos, sabemos que en el ámbito psicológico la situación suele ser similar, por ejemplo, pacientes con enfermedades oncológicas, pacientes con depresión que sienten que no podrán volver a llevar a cabo sus vidas como antes, y así en todas las diferentes patologías o circunstancias de la vida que incrementan la angustia y el malestar del paciente.

Los investigadores desarrollaron una serie de recomendaciones para facilitar la empatía a través de comentarios o preguntas (ver tabla 2).

Por otro lado, investigaciones en estudiantes y psicólogos evaluaron si el entrenamiento de *mindfulness* posee efectos positivos en la empatía, disminución del *burnout* en los psicólogos y mejoras en la disminución de los síntomas en los pacientes.

La técnica del *Mindfulness* o atención plena, es una condición natural humana en la cual se tiene plena conciencia de la experiencia presente. Es una habilidad que puede ser entrenada usando técnicas de meditación que sostienen el enfoque en el momento presente con una actitud no juiciosa. El entrenamiento en *mindfulness* ha demostrado ser eficaz para aliviar el sufrimiento de numerosas condiciones médicas y psicológicas, mejorando el bienestar de los pacientes [54].

En profesionales de la salud mental, O'Donovan & May [46] encontraron que los niveles más altos de atención plena se asociaban con una mayor satisfacción en el tra-

Tabla 2. Recomendaciones^(*)

Consultas	Aclaraciones	Respuestas
«¿Podrías (o puedes) decirme un poco más sobre eso?»	«Déjame ver si estoy en lo cierto...»	«Eso suena muy difícil»
«¿Cómo ha sido esto para vos?»	«Quiero asegurarme de que realmente entiendo lo que me estás diciendo. Estás diciendo que...»	«Puedo ver que te sientes...»
«¿Hay algo más?»	«No quiero continuar sin estar seguro de que lo he comprendido bien»	«¡Eso es genial! Apuesto a que te sientes muy bien por eso»
«¿Estás bien con eso?»	«Cuando haya terminado de comentar mi interpretación de lo que te sucede, si me he olvidado de algo, agradecería que me corrijas. ¿De acuerdo?»	«Cualquiera en tu situación se sentiría de esa manera...»

* Tomado de Coulehan, Platt, Egener, et al. [15].

bajo, así como un menor agotamiento. Es por ello, que diferentes investigadores se han adentrado en la temática. Por ejemplo, Bellosta Batalla *et al.*, [9] buscaron comparar si el entrenamiento de *mindfulness* en estudiantes de psicología tenía efectos en la empatía. Encontraron que con el entrenamiento los alumnos aumentan la empatía cognitiva y el bienestar psicológico.

A su vez, en otro estudio se evaluó el efecto del entrenamiento de *mindfulness* en residentes de psicología con relación a la disminución de los síntomas en sus pacientes [28]. Los pacientes tratados por terapeutas que realizaban *mindfulness* todos los días, tuvieron una disminución significativa de sus síntomas y desarrollaron mejoras en las estrategias para afrontar sus dificultades. Por lo tanto, un perfeccionamiento en la atención plena por parte de los terapeutas, estaría relacionado con su capacidad para estar conectado en el momento de la terapia, demostrando mayores signos de empatía y regulación emocional.

Otra manera de entrenar habilidades terapéuticas que incluyen la empatía y la alianza terapéutica, es el entrenamiento de la Persona-del-terapeuta (Person-of-the-Terapeuta: POTT). Es un programa diseñado para facilitar la habilidad de los clínicos para estar conscientes de sí mismos, para utilizarlo en conectar, evaluar e intervenir efectivamente con los pacientes [45]. Este entrenamiento ha sido implementado por más de una década en un ambiente académico,

como parte de un programa de maestría, dictado en una clase semanal de dos horas con duración de un año académico (nueve meses) y que los estudiantes toman durante su primer año. Esta formación se divide en cinco fases. Los alumnos tienen presentación de casos, capacitación a partir de la experiencia simulada de laboratorio, donde reciben supervisión en vivo mientras trabajan con un caso de terapia simulada (un actor que simula ser paciente) y en la última etapa realizan una reflexión final en la que evalúan su crecimiento personal y profesional después de los nueve meses de formación.

Para evaluar el efecto de este entrenamiento, se analizaron de manera cualitativa las respuestas y comentarios de los estudiantes en sus reflexiones finales. Si bien el objetivo general era entrenar habilidades terapéuticas, los resultados arrojaron cambios en la empatía y el vínculo terapéutico. Por ejemplo, los participantes describieron cómo su entrenamiento en POTT los ayudó a ser más empáticos con sus pacientes. La mayoría mencionaron que el POTT les permitió conectarse emocionalmente con sus propias experiencias (vulnerabilidades, imperfecciones, ansiedades) y a partir de ello, fueron capaces de conectar con sus pacientes y sus realidades. La conexión con su propia experiencia emocional también los ayudó a simpatizar con personas que percibían como muy diferentes a ellos.

Por otro lado, en sus escritos los participantes reflexionaron acerca de su propia reactividad,

asumiendo la manera en que afectó su trabajo terapéutico. Poseer conciencia sobre sus vulnerabilidades al tratar a los pacientes les permitía ser menos defensivos sobre su propia reactividad y menos propensos a culpar a los consultantes. En cuanto a la alianza terapéutica, los estudiantes reportaron estar conscientes del vínculo durante todas las sesiones simuladas, y se encargaban de rastrear la alianza con sus pacientes y hacer sus mejores esfuerzos para mantener una alianza positiva.

En conclusión, el entrenamiento de empatía en psicólogos aún no se encuentra desarrollado en profundidad, ni se accede a manuales para mejorar esta capacidad. Esto genera que la empatía en psicoterapia dependa en gran medida de la capacidad *a priori* que posee el psicólogo, es decir, de las competencias interpersonales. A su vez, Shapiro [55] sostiene que, en ausencia de un discurso apropiado en la forma de gestionar emocionalmente aspectos inquietantes de la condición humana, es probable que los alumnos recurran a mecanismos de adaptación que resultan en la distancia y el desapego hacia los pacientes.

De manera, que al no poseer una currícula que estimule dicha habilidad en pos de los beneficios para el paciente (disminución de síntomas) como también para que el terapeuta pueda manejar sus emociones, se limita al estudiante a seleccionar estrategias por intui-

ción, con la posibilidad de fallar y de generar estrés ante el malestar de su paciente, baja adherencia al tratamiento o abandono de las terapias.

Conclusión

La evolución de los sistemas de salud y los vínculos entre los profesionales de salud y los pacientes ha llevado al crecimiento de una cultura contractual, además de a la toma de decisiones compartida y a una cultura en la que el conocimiento es también más democráticamente disponible en lugar de ser provisto en su totalidad por el profesional [4]. Esto se relaciona con las tres variables de la alianza terapéutica: vínculo, acuerdo en las tareas y objetivos, en donde el terapeuta debe ir chequeando en las diferentes sesiones psicológicas si el paciente está centrado en los mismos objetivos de la terapia y posee acuerdo en las tareas. El psicólogo no debe imponer sus decisiones, sino que el objetivo es un acuerdo con su paciente, para que el mismo sienta dominio y motivación para llevar a cabo el cambio.

Teniendo en cuenta que el psicólogo se mueve alrededor del mundo del paciente, permitiendo un proceso exploratorio a través del cual la experiencia de la otra persona es revelada progresivamente al terapeuta, el psicoterapeuta tiene que demostrar empatía para que el paciente confíe en él y exprese todas sus preocupaciones.

Referencias

1. Ahn HN, Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Couns Psychol.* 2001; 48: 251-57
2. Anderson CM, Harrow M, Schwartz AH, Kupfer DJ. Impact of therapist on patient satisfaction in group psychotherapy. *Compr Psychiatry.* 1972; 13(1):33-40.
3. Angus L, Lewin J, Bouffard B, Rotondi-Trarisan D. What's the story? Working with narrative in experiential psychotherapy. In: Angus L, McLeod J, Eds. *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research.* Thousand Oaks, CA: Sage. 2004; p. 87-102.
4. Barani M, Kopitowski K. Toma de decisiones compartidas: centrando los cuidados médicos realmente en nuestros pacientes. *Rev Hosp Ital B Aires.* 2013; 33(2):60-64.
5. Barkham M, Shapiro DA. Counselor verbal response modes and experienced empathy. *J Couns Psychol.* 1986; 33(1):3.
6. Barrett-Lennard G. The recovery of empathy: Toward others and self. In Bohart A, Greenberg L. Eds. *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* Washington, DC: American Psychological Association Press. 1997; p. 103-21. DOI:10.1037/10226-004
7. Barrington BL. Prediction from counselor behavior of client perception and of case outcome. *J Couns Psychol.* 1961; 8(1):37-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0041817>
8. Beck JS. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond.* Nueva York: Guilford Press; 1995.
9. Bellosta Batalla M, Pérez Blasco J, Nácher Pons MJ, Moya Albiol L. Mejora de la empatía cognitiva y el bienestar psicológico en estudiantes de psicología

- tras una intervención en mindfulness. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* [online]. 2016 [citado 22/11/2017]; 16 (1):336-54. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repil/artic le/download/54906/48908>
10. Bohart L, Greenberg L. *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association Press. 1997; pp. 103-21. Doi:10.1037/10226-004
 11. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1979; 16(3): 252-60. Doi:10.1037/h0085885
 12. Caracena PF, Vicory JR. Correlates of phenomenological and judged empathy. *J Couns Psychol*. 1969; 16(6):510-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0028437>
 13. Carr L, Iacoboni M, Dubeau MC, Mazziotta JC, Lenzi GL. Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2003; 100(9):5497-502. PMID: PMC154373 DOI: 10.1073/pnas.0935845100
 14. Castonguay LG, Constantino MJ, Holtforth MG. The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy (Chic)*.2006; 43(3): 271-9. PMID: 22122096 DOI: 10.1037/0033-3204.43.3.271
 15. Coulehan JL, Platt FW, Egner B, Frankel R, Lin CT, Lown B, et al. "Let me see if I have this right...": words that help build empathy. *Ann Intern Med*. 2001; 135(3): 221-7. PMID: 11487497
 16. D'augelli AR. Nonverbal behavior of helpers in initial helping interactions. *J Couns Psychol*. 1974; 21(5):360-3. <http://dx.doi.org/10.1037/h0037107>
 17. Davis MH. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*. 1980; 10 (85):1-17.
 18. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev*. 2004; 3(2):71-100. PMID: 15537986 DOI: 10.1177/1534582304267187
 19. Decety J, Yang CY, Cheng Y. Physicians down-regulate their pain empathy response: an event-related brain potential study. *Neuroimage*, 2010; 50(4):1676-82. PMID: 20080194 DOI: 10.1016/j.neuroimage.2010.01.025
 20. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 2001; 357(9258):757-62. PMID: 11253970
 21. Elliot R, Bohart A, Watson JC, Greenberg L. *Empathy*. *Psychotherapy*. 2011;48(1):43-49. PMID: 21401273 DOI: 10.1037/a0022187
 22. Elliott R, Watson JC, Goldman RN, Greenberg LS. *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.
 23. Farber BA. Burnout in psychotherapists: Incidence, types, and trends. *Psychotherapy in Private Practice*. 1990; 8(1):35-44. DOI: http://dx.doi.org/10.1300/J294v08n01_07
 24. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol*. 2002; 58(11):1433-41. PMID: 12412153 DOI: 10.1002/jclp.10090
 25. Georgi E, Petermann F, Schipper M. Do empathic abilities change throughout the course of becoming a psychotherapist? *Z Neuropsychol*. 2015; 26, pp. 151-59. DOI: 10.1024/1016-264X/a000157
 26. Goubert L, Craig KD, Buysse A, Perceiving others in pain: experimental and clinical evidence on the role of empathy. In: Decety J, Ickes W. editors. *The Social Neuroscience of Empathy*. MIT press, Cambridge, 2009; p. 153-65.
 27. Greenberg LS, Elliott R. Varieties of empathic responding. In: Bohart AC, Greenberg LS, editors. *Empathy Reconsidered: new directions in psychotherapy*. Washington: American Psychological Association; 1997. p. 167-86.
 28. Grepmaier L, Mitterlehner F, Loew T, Bachler E, Rother W, Nickel M. Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychother Psychosom*. 2007; 76(6):332-8. PMID: 17917468 DOI: 10.1159/000107560
 29. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg G. et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009; 84(9):1182-91. PMID: 19707055 DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181b17e55
 30. Horvath A, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Couns Psychol* 1991; 38:139-49.
 31. Huntington B, Kuhn N. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. (*Bayl Univ Med Cent*). 2003 Apr; 16(2):157-161. PMID: 1201002
 32. Jakovcevic A, Irrazábal M, Bentosela M. Cognición social en animales y humanos: ¿ es posible establecer un continuo? *Suma Psicológica*. 2011; 18(1):35-46.
 33. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*. 2004; 27(3): 237-51. PMID: 15312283 DOI: 10.1177/0163278704267037
 34. Kohut H. *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press; 1984.
 35. Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychother-Theor Res*. 2001; 38(4): 357-61.
 36. Lambert MJ, Shapiro DA, Bergin AĖ, Berman JS. The evaluation of therapeutic outcomes. In: Garfield S, Bergin A, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, New Jersey: Wiley.[hhs]; 1986. 3° ed. p. 157-212.
 37. López MB, Filippetti V, Richaud MC. Empatía: desde la percepción automática hasta los proce-

- sos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2014; 32(1):37-51. DOI: [dx.doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03](https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03)
38. Malin A, Pos A. The impact of early empathy on alliance building, emotional processing, and outcome during experiential treatment of depression. *Psychother Res*. 2015; 25:4: 445-459. DOI: 10.1080/10503307.2014.901572
 39. Marci CD, Ham J, Moran E, Orr SP. Physiologic correlates of perceived therapist empathy and social-emotional process during psychotherapy. *J Nerv Ment Dis*. 2007; 195(2):103-11. PMID: 17299296 DOI: 10.1097/01.nmd.0000253731.71025.fc
 40. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(3): 438-50. PMID: 10883561
 41. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002; 52:9-12. PMID: 12389763 PMID: PMC1316134
 42. Moya-Albiol L, Herrero N, Bernal MC. Bases neuronales de la empatía. *Rev Neurol*. 2010; 50(2):89-100. PMID: 20112217
 43. Myers S. Empathic listening: Reports on the experience of being heard. *J Humanist Psychol*. 2000; 40(2):148-73.
 44. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011; 86(8): 996-1009. PMID: 21670661 DOI: 10.1097/ACM.0b013e318221e615
 45. Niño A, Kissil K, Cooke L. Training for Connection: Students' Perceptions of the Effects of the Person-of-the-Therapist Training on Their Therapeutic Relationships. *J Marital Fam Ther*. 2016; 42(4):599-614. PMID: 27160043 DOI: 10.1111/jmft.12167
 46. O'Donovan A, May S. The advantages of the mindful therapist. *Psychotherapy in Australia*. 2007; 13 (4):46-53.
 47. Pos AE, Greenberg LS, Warwar SH. Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *J. Consult. Clin. Psychol*. 2009; 77(6): 1055- 66. PMID: 19968382 DOI: 10.1037/a0017059
 48. Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behav Brain Sci*. 1978; 1(04): 515-26.
 49. Rogers C. A theory of therapy and interpersonal relationships in the client-centered framework. In: Koch JS, Ed. *Psychology: A study of a science, foundations of the person in the social context*. New York: McGraw Hill 1959. 3a ed., p. 184-256.
 50. Rogers CR, Tubert S, Carmichael L. *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Barcelona: Paidós; 1981.
 51. Rogers CR. Toward a science of the person. *J Humanist Psychol*. 1963; 3(2):72-92.
 52. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol*. 1957; 21:95-103. Reprinted in *Psychotherapy (Chic)*. 2007 Sep;44(3):240-8. doi: 10.1037/0033-3204.44.3.240.
 53. Rønnestad MH, Skovholt TM. The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *J. Career Dev*. 2003; 30(1):5-44
 54. Sanders KM. Mindfulness and psychotherapy. *Focus*. 2010; 8(1): 19-24.
 55. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med*. 2008; 3(1):10. DOI: <https://doi.org/10.1186/1747-5341-3-10>
 56. Sprong M, Schothorst P, Vos E, Hox J, Van Engeland H. Theory of mind in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2007; 191(1):5-13. PMID: 17602119 DOI: 10.1192/bjp.bp.107.035899
 57. Steckley PL. An examination of the relationship between clients' attachment experiences, their internal working models of self and others, and therapists' empathy in the outcome of process-experiential and cognitive-behavioural therapies. *Dissertation Abstracts International*, 2006; 67, 2055B.
 58. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009; 74:295-301. PMID: 19150199 DOI: 10.1016/j.pec.2008.11.015
 59. Tepper DT. The communication of counselor empathy, respect and genuineness through verbal and non-verbal channels (Doctoral dissertation). University of Massachusetts, Amherst; 1973.
 60. Watson JC. Re-visioning empathy. In: Cain D, Seeman J. editors. *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington: APA. 2001. pp.445-71.
 61. Watson JC, Greenberg LS. Empathic Resonance: A Neuroscience Perspective. *The Social Neuroscience of Empathy*. 2011; p. 125.
 62. Westra H. Managing resistance in cognitive behavioral therapy: The application of motivational interviewing in mixed anxiety and depression. *Cogn Behav Ther*. 2004; 33:161-75. PMID: 15625790 DOI: 10.1080/16506070410026426
 63. Wolkenstein L, Schönenberg M, Schirm E, Hautzinger M. (2011). I can see what you feel, but I can't deal with it: Impaired theory of mind in depression. *J Affect Disord*. 2011;132(1-2):104-11. PMID: 21420177 DOI: 10.1016/j.jad.2011.02.010
 64. Wong K, Pos AE. Interpersonal processes affecting early alliance formation in experiential therapy for depression. *Psychother Res*. 2014; 24(1):1-11.
 65. Yamada M, Decety J. Unconscious affective processing and empathy: an investigation of subliminal priming on the detection of painful facial expressions. *Pain*. 2009; 143(1):71-5. PMID: 19254825 DOI: 10.1016/j.pain.2009.01.028