



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades
Carrera de Licenciatura en Psicología

Acerca del concepto de empatía
Su rol y evaluación en psicoterapia

N° 449

Julieta María Olivera Ryberg

Tutores: Andrés Roussos y Magdalena Braun

Departamento de Investigaciones
Diciembre 2010

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

Agradecimientos

En primer lugar estoy agradecida al Dr. Andrés Roussos por dirigir esta tesina y alentarme en perseverar en el campo de la Investigación más allá de las dificultades que plantea.

Muy especialmente quiero agradecer a la Lic. Magdalena Braun, quien guió cada paso de esta tesis, orientándome con paciencia y dedicación. Fue una fuente inagotable de bibliografía y un hombro al que acudir ante las pequeñas frustraciones propias de la escritura de un trabajo científico.

Me encuentro muy agradecida con todo el Equipo de Investigación en Psicología de la Universidad de Belgrano (EIPSI), especialmente con la Lic. Vanina Waizman; el Lic. Ignacio Etchebarne; la Lic. Paula Balbi y la Lic. Ludmila Jurkowski, por atender a mis dudas e inquietudes y por el aliento que me brindaron durante estos meses.

Quiero agradecer a mis padres, Alfredo y Dora Olivera, quienes apoyaron mi carrera, no sólo desde lo económico, sino también espiritual y emocional. También les doy las gracias a mis hermanos, sobrinos y amigos, por su presencia en mi vida, y por demostrar confianza en mí desde un primer momento. De la misma manera agradezco a Juan Pedro Lupiano el interés demostrado en mi tesina y en el esfuerzo constante por buscar compartir conmigo aquello que me apasiona.

Por último me gustaría agradecer a los profesores de Psicología de la Universidad de Belgrano y a las autoridades de la misma, por haberme formado como profesional; y a mis compañeros de la carrera, por compartir tantos momentos de aprendizaje y amistad.

Índice

1) Introducción	7
2) El concepto de empatía	7
a) Definiendo conceptualmente a la empatía8
b) Conceptos relacionados con la empatía.....	10
i) Empatía y comportamiento pro-social (orientado a la sociedad).....	10
ii) Empatía y contagio emocional	11
iii) “ <i>Empathy</i> ” y “ <i>sympathy</i> ”	11
iv) Empatía y compasión	12
v) Empatía y teoría de la mente.....	13
c) Conceptos derivados de la empatía	13
d) Posturas en relación al desarrollo de la empatía.....	13
i) La empatía como capacidad innata.....	14
ii) La empatía como habilidad adquirida en el proceso de desarrollo cultural.....	14
e) Aportes de las neurociencias al concepto de empatía	15
3) La empatía en psicoterapia	17
a) La empatía del terapeuta	17
i) El aporte de Carl Rogers	17
ii) La mirada del psicoanálisis	19
iii) El estado actual de las investigaciones sobre la empatía del terapeuta	21
b) La empatía del paciente	22
4) Los instrumentos de evaluación de la empatía	24
a) Características de los instrumentos de empatía	24
b) Instrumentos que evalúan la empatía en todas las áreas	25
i) La escala de Dymond	25
ii) La escala de empatía emocional de Meherabian y Epstein	25
iii) El Índice de Reactividad Interpersonal de Davis	26
iv) Test “Leyendo la mente a través de la mirada ¹ ” de Baron-Cohen	27
c) Los instrumentos de medición en psicoterapia	28
i) Empatía evaluada por el paciente	29
• Inventario de relación de Barrett-Lennard	
ii) Empatía evaluada por el propio terapeuta	29
• Escala de evaluación de La Mónica	
iii) Empatía evaluada por un observador externo	30
• Escala de resultados de la empatía de Truax	
iv) Escalas de predicción empática	31
• Instrumento de medición de la precisión empática de Ickes	32
5) Discusión	33
6) Referencias	35

¹ Reading the Mind in the Eyes test

Introducción

La empatía es un término que nos enfrenta a las multiplicidades. Resulta imposible encasillarla en una única definición y tan siquiera en grupos identificables y distinguibles de conceptos. Diferentes autores presentan distintas concepciones, esta multiplicidad se transforma en una dificultad, cuando surge la necesidad de investigar el concepto en forma precisa.

El propósito de este trabajo es analizar el uso del concepto de empatía, especialmente en la psicoterapia, presentando y analizando las problemáticas que surgen en relación al término y a la gran variedad de perspectivas con las que se ha abordado el tema. Sólo a través del análisis de la multiplicidad de términos es posible comprender las dificultades que presenta la definición así como las causas que han llevado a diferentes psicólogos a iniciarse en la exploración de otros conceptos que comparten ciertas facetas con la empatía, pero que presentan un carácter más universal.

En el primer capítulo, se presentarán las dificultades que surgen a la hora de intentar definir el término integrando todos los aportes disponibles. Así se hará un recorrido por el desarrollo histórico del término y se lo diferenciará de otros términos con los cuales se confunde.

En el segundo capítulo se presentarán los desarrollos de empatía dentro del campo de la psicoterapia. Específicamente en esta disciplina de la Psicología las teorías que incluyen el término empatía son muchas, sin embargo aún hay pocas investigaciones sobre dicho tema. De esta manera, la importancia que muchos enfoques terapéuticos le han otorgado al término todavía necesita mayor sustento por parte de pruebas que la avalen. Dado que la psicoterapia humanista y la psicoanalítica son las que más han hablado sobre empatía, en un primer momento se desarrollarán las contribuciones al concepto realizadas por dichos marcos teóricos. Se presentará un apartado sobre Carl Rogers, quien fue el primero en destacar el rol de la empatía en la psicoterapia, y otra parte en la que se menciona la relación de la empatía con el Psicoanálisis. Luego se realizará un breve desarrollo de la situación actual de la empatía en psicoterapia, en el cual se hará énfasis en la importancia de continuar investigando lo que realmente ocurre dentro de la sesión terapéutica.

La medición de un concepto de tan alto grado de abstracción y complejidad estructural como es el de empatía, promueve acciones de distinta naturaleza, es así como comienzan a surgir una serie de definiciones operacionales muy diferentes. De esta manera se pueden encontrar instrumentos de medición que apuntan a cuestiones diversas y que utilizan métodos que van desde los cuestionarios autoadministrados hasta las neuroimágenes, incluyendo la evaluación realizada por un observador, y una prueba novedosa en la que el sujeto debe leer en los ojos la emoción del otro. En el tercer capítulo del trabajo se hará una revisión de los instrumentos para medir empatía que se encuentran disponibles, presentando la manera en que pueden ser utilizados para la investigación en el campo de la psicología clínica.

Por último se presenta una discusión en función de lo trabajado y se harán propuestas para futuras investigaciones.

El concepto de empatía

La empatía es un concepto extremadamente amplio, complejo, y multidimensional que carece de una definición conceptual consensuada dentro de la Psicología. Hoy en día se puede observar que dentro de la literatura existe una gran cantidad de definiciones y construcciones diferentes sobre el término, lo cual ha dado lugar a un extenso debate.

Si hay algo que despierta la atención cuando se comienza a investigar el tema es que todos los autores actuales se ven en la obligación de mencionar la falta de acuerdo que hay en el campo. Luego, por lo general toman un punto de vista y se definen por uno de los aspectos de la empatía - perceptivo, cognitivo, emocional o comportamental- y continúan desde ahí. La evidencia, por lo tanto, continúa reforzando la idea de que "solo hay acuerdo en que hay desacuerdo" (Bohart et al, 2002). Preston y de Waal (2002) señalan que entre los artículos más recientes, se puede observar que todos mencionan la variedad de significados con que cuenta el término, y la discrepancia entre quienes lo definen.

Uno de los problemas que se presenta en esta área es que muchas de las definiciones de empatía son derivadas de la teoría terapéutica en la cual se basan (Carlozzy, Bull, Stein, Ray y Barnes; 2002). En términos generales quienes adhieren a las teorías humanistas presentan definiciones que cuentan con una clara influencia de Rogers, quien define a la empatía como “sentir las emociones de otro, como si fuera ese otro”. Los psicodinámicos acuden a Kohut, quien la considera la experiencia de la vida interna del otro manteniendo la objetividad. Por último los cognitivos presentan una definición en relación directa con otro concepto ya que, según Carlozzy y sus colaboradores, este modelo psicoterapéutico define a la empatía como un proceso que permite colaboración en la alianza terapéutica (Carlozzy et al., 2002). De esta manera, se puede deducir que las dificultades que se presentan a la hora de pensar en una definición conceptual unívoca trascienden el debate sobre la empatía. El concepto queda atrapado entre los modelos teóricos que continúan mostrándose antagónicos, defendiendo cada uno su postura.

A continuación se exponen las diferentes definiciones que hay sobre el término, los aspectos que cada una abarca y las diferencias que presenta la empatía con otros términos relacionados.

Definiendo conceptualmente a la empatía

La primera definición de empatía (*Einfühlung*) fue realizada por Lipps en 1903 y consistía en “la tendencia del observador a proyectarse ‘dentro’ de lo que está observando” (Davis, 1996; Singer y Lamm, 2009; Wispé, 1987). Titchner, luego, presenta el concepto como un intento activo, por parte de una persona, para ‘entrar’ en la otra (Davis, 1996; Fernández-Pinto, López Pérez y Márquez, 2008; Wispé, 1987). A estas primeras definiciones se le fueron sumando otras, que intentando aclarar sus alcances presentan importantes diferencias entre ellas. El resultado es una serie de definiciones con la particularidad de que entre los diferentes autores no hay un claro consenso de la extensión del término (Bohart et al. 2002, Fernandez Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008; Preston, 2002).

A partir de que el concepto de empatía se extendió entre los estudiosos de diversos campos de la psicología, surgieron principalmente dos posturas diferentes entre quienes consideran a la empatía como una respuesta afectiva y quienes toman al concepto desde un punto de vista perceptual o cognitivo (Bohart et al., 2002; Davis, 1996; Gibbs, 2003; Preston y de Waal, 2002). Autores contemporáneos han abandonado el antagonismo entre esos dos tipos de empatía y, buscando llegar a una definición única, comenzaron a elaborar definiciones más abarcativas, que luego extienden con explicaciones sobre sus múltiples dimensiones. El siguiente problema que se presenta es que más allá de las diferencias en la definición conceptual, al elaborar definiciones operacionales que den lugar a la investigación empírica las discrepancias resultan cada vez más evidentes.

Por otro lado, dada la falta de una definición consensuada diferentes investigadores y psicólogos se han esforzado por diferenciar el concepto de empatía con otros conceptos que para los legos despiertan la misma interpretación; entre ellos están: el comportamiento pro-social (altruismo); la “simpatía”² (*sympathy*); el contagio emocional, la compasión y la teoría de la mente entre otros. Según la mirada que cada autor le ha dado, la empatía parece cumplir un rol diferente.

Según Batson (2009) todos los autores que trabajaron el concepto de la empatía acuerdan en que la misma es importante, pero desacuerdan sobre porqué es importante. Este autor menciona que por lo menos se relaciona al término con ocho fenómenos diferentes:

La empatía es:

- Tomar contacto con el estado interno de otra persona
- Tomar la postura o adoptar la respuesta neural similar a la de otra persona a la que se observa.
- Sentir lo que otro siente.

2 en el idioma inglés la palabra empatía (empathy) es muy similar a otra palabra: sympathy, cuya traducción al español no existe como tal. En este mismo capítulo se profundizará sobre el término y su diferencia con la empatía. De aquí en adelante se lo mencionará en inglés. (ver pg. 15 para mayor información)

- Proyectarse en la situación de otro.
- Imaginar cómo piensa o siente otra persona.
- Imaginar como uno se sentiría en la situación de otra persona.
- Sufrir ante la observación del sufrimiento de otra persona.
- Sentimiento que despierta otra persona que está sufriendo.

Cuando se estudian las distintas definiciones sobre el concepto de empatía se puede observar que no todas ellas apuntan a una verdadera definición, sino que se entrecruzan descripciones de su funcionamiento o de su interacción. Es así que uno se puede encontrar con una descripción de orden metafórica como de “ponerse en el lugar/los zapatos de otro” (Davis, 1996; Singer y Lamm, 2009; Wispé, 1987) o con una definición por su relación, como la presentada por Carlozzy y sus colegas (2002) en referencia a los cognitivos, quienes la definen como un proceso que permite la colaboración en la alianza terapéutica.

Una de las definiciones más citadas es la de Hoffman (Davis, 1996; Gibbs, 2003) que la considera “una reacción afectiva más adecuada para la situación de otros que para la propia” (Hoffman 1981 en Davis, 1996 pg. 9; Gibbs, 2003, pg.79). Sin embargo, otras definiciones, como ya de esbozó, presentan un mayor grado de complejidad ya que parten de una concepción multidimensional del término. Entre los autores más destacados en el área se puede mencionar a Davis, quien la define de la siguiente manera: “la empatía es un conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas tanto afectivas como no afectivas que resultan de esos procesos” (Davis, 1996 pg. 12).

Esta visión integradora que sostiene que la empatía cuenta tanto con componentes emocionales como cognitivos llevó a que diferentes estudios investigaran si había o no correspondencia entre ambos aspectos. Fernández Pinto, López-Pérez y Márquez (2008) encontraron que por lo menos tres estudios sostenían la hipótesis de la independencia entre ambos aspectos, al tiempo que Hoffman en un estudio realizado en 1980 había obtenido evidencia que apoyaba la postura contraria.

Dentro de los debates que despierta el término de empatía, no sólo se encuentra el de “afectivo” vs. “cognitivo”; sino que también se puede hablar de “bueno” vs. “neutro”, “sentir” o “entender”, “innato” vs. “adquirido”, entre otros. Por ejemplo, dentro de las discrepancias, hay quienes lo relacionan con el desarrollo moral (Hoffman en Gibbs, 2003; Eisemberg en Gibbs, 2003), mientras que para otros el hecho de haber desarrollado habilidades empáticas no implica que la persona actúe a favor del bienestar de la persona con la que empatiza (Eisemberg y Eggum, 2009; Singer y Lamm, 2009).

Se puede comprender a la empatía como una capacidad que puede estar presente o ausente en una persona. A la vez esta ausencia o presencia puede ser total o parcial. Si es total, estamos frente a una visión dicotómica en la cual la persona ha de tener dicha capacidad o no, sin un punto medio. En la visión parcial, la capacidad puede ser comprendida como un continuo, en el cual la persona puede poseer distintos grados de empatía.

Estas dos visiones generan distintos tipos de debates. En el caso de la postura dicotómica, ¿se puede pensar a una persona carente de toda capacidad empática? De ser posible esto, ¿es viable que un sujeto pase de un estado al otro, es decir que se pueda promover el desarrollo de una capacidad empática en su totalidad? Por otro lado, en la visión que la considera un continuo, el debate se centra en los factores que se relacionan con dicho gradiente: ¿son permanentes o la empatía fluctúa?; ¿son potenciales o hay una estabilidad de rasgo en la persona?

Dada esta vasta cantidad de significados y significaciones, muchos de los psicólogos que se dedicaron a estudiar la empatía se vieron obligados a encontrar un modo de referirse al aspecto de la empatía específico del que querían hablar. De esta manera, es frecuente encontrarse con conceptos tales como: proyección empática; precisión empática (*empathic accuracy*); sintonía empática (*empathic attunement*); resonancia empática; y empatía cognitiva.

Por otro lado, algunos desarrollos de la segunda mitad del siglo XX buscaron profundizar sobre alguna habilidad del ser humano que antes se incluía en la concepción general que se tenía de la empatía, pero que para especificarlo desarrollaron nuevos constructos que, dentro de la psicología, tuvieran un desarrollo independiente y cuya definición fuera unívoca. En este caso se puede hacer referencia a constructos

tales como “*contagio emocional*”, “*compasión*” y “*teoría de la mente*”. Estos términos se corresponden con alguna de las ocho fenómenos que hace referencia Batson (2009) en los párrafos anteriores.

Una de las conclusiones a las que se puede llegar al ver la emergencia de estas concepciones teóricas es que el concepto de empatía abarca tantas facetas y es tan inespecífico que para referirse a uno de sus aspectos en particular surgió la necesidad de crear estos nuevos conceptos. En el siguiente apartado se profundiza sobre los puntos de contacto que la empatía tiene con otros términos, estableciendo las diferencias con cada uno para así llegar a una comprensión más concreta sobre el término.

Conceptos relacionados con la empatía

El concepto de empatía, desde su inicio se ha visto en la necesidad de diferenciarse de otros constructos con el que comparte algunos elementos. Al estudiar la literatura, se puede ver que no hay una clara diferenciación entre la empatía y los siguientes conceptos: “*sympathy*”, *toma de perspectiva* y *contagio emocional* (Bohart et al., 2002; Preston y de Waal, 2002). Singer y Lamm (2009), por otro lado, subrayan que hace falta establecer una línea divisoria más clara sobre el concepto de empatía y el de *comportamiento pro-social*. Estos autores, también expresan que en el nivel de las respuestas vicarias es necesario distinguir entre *empatía*, “*sympathy*”, *preocupación empática* y *compasión*. Esta diferencia radica en que si bien en los cuatro casos los cambios afectivos de uno son inducidos en respuesta del estado emocional percibido en el otro, la empatía sugiere sentimientos isomórficos a los del otro, al tiempo que los otros conceptos no implican necesariamente sentimientos compartidos (Singer, Lamm, 2009). Para estos autores la diferencia está en que empatía es “**sentir con**” alguien, mientras que “*sympathy*”, la preocupación empática y la compasión involucran el “**sentir por**” el otro (Batson, 2009).

Desde este lugar la empatía es considerada, en general, como un primer paso necesario en una cadena que comienza con el contagio emocional, sigue con la comprensión de los sentimientos del otro y culmina en la preocupación por parte del otro y la posterior conducta de ayuda (Singer y Lamm, 2009).

Al quedar en evidencia la relación estrecha que estos términos presentan entre sí, a continuación se buscará establecer las diferenciaciones necesarias para entender a cada uno.

Empatía y comportamiento pro-social (altruismo):

La empatía, presenta para muchos una relación vinculante con un concepto que también proviene del idioma inglés: el “comportamiento pro-social” que implica al tipo de conducta que alguien puede tener a favor de otro ser social sin obtener nada a cambio (Singer y Lamm, 2009).

Preston y de Waal (2002) definen este tipo de comportamiento como aquellas acciones que una persona hace para aliviar el sufrimiento de otro. Algunos autores sostienen que el hecho de “poseer” capacidades empáticas, presenta sus consecuencias en el comportamiento altruístico de las personas (Batson, 1991; Davis 1996; Decety y Meyer, 2008). Desde esta perspectiva la empatía sería siempre un factor motivador de la interacción social y el comportamiento pro-social (Batson, 1991; Davis, 1996; Decety, 2005). Hay otras posturas, en cambio, que sostienen que el hecho de que alguien cuente con una alta capacidad para comprender la perspectiva de otro, o sentir lo que el otro siente, puede ser utilizado a favor del otro o en beneficio propio, o, mismo, puede no llevar a ninguna respuesta comportamental (Eisemberg y Eggum, 2009; Gilbert, 2005; Singer y Lamm, 2009). De esta manera se puede ver una discrepancia muy importante en los alcances de la empatía, ya que mientras que unos sostienen que se vincula directamente con una respuesta positiva para la sociedad, otros creen que es independiente de ésta.

Los que argumentan en contra de que la presencia de la empatía lleva al comportamiento pro-social, explican que el hecho de “captar” lo que pueda sentir o pensar una persona no necesariamente lleva a que se comporte a favor de esa persona. Singer y Lamm (2009) presentan los siguientes ejemplos: “Un torturador puede utilizar la empatía para saber cuanto debe aumentar el sufrimiento de su víctima. En ámbitos competitivos –por ejemplo en actividades deportivas, operaciones de negocios o hasta la guerra- las tácticas más exitosas toman en cuenta el efecto emocional negativo que una determinada acción tendrá en el oponente; y la experiencia de la empatía (en su nivel más extremo) puede llevar a

una respuesta aversiva y egoísta en vez de un comportamiento a favor del otro” (Singer y Lamm, 2009, pg. 84). Los autores sostienen que la empatía y el comportamiento pro-social se han relacionado siempre desde el punto de vista conceptual, sin embargo desde el punto de vista empírico no hay investigaciones que hayan comprobado dicha relación (Singer y Lamm, 2009). Paul Gilbert presenta la misma idea y lo ejemplifica diciendo que un torturador no-empático apunta a tu cabeza, mientras que el que cuenta con un nivel mayor de capacidad empática apunta a la de tu hijo (Gilbert, 2005). Esta perspectiva sostiene que el hecho de poder compartir los sentimientos de otros no implica que el comportamiento sea consecuente con esos sentimientos (Singer, Lamm, 2009). Preston y de Waal (2002) también consideran que los constructos son independientes uno del otro ya que no es necesario que una persona comparta el estado emocional de otro para querer ayudarlo; de la misma manera en que el hecho de comprender lo que está viviendo no lleva directamente al comportamiento de ayuda.

Empatía y contagio emocional:

El contagio emocional es un concepto acuñado por Hatfield, Cacioppo y Rapson (1994) quienes lo describen como una tendencia natural y automática que lleva al común de la gente a sincronizar las expresiones faciales, la voz, la postura y los movimientos de los otros. Las experiencias emocionales se encuentran afectadas, a cada momento, por la retroalimentación de esa imitación involuntaria (Hatfield, Cacioppo y Rapson, 1994). Consiste, entonces en “captar” la emoción del otro y experimentarla junto a él (Singer y Lamm, 2009; Hatfield, Cacioppo y Rapson, 1994; Hatfield, Rapson y Yen-Chi, 2009). De esta manera algunos consideran el contagio emocional como una empatía primitiva (Singer y Lamm, 2009) ya que es una respuesta instintiva y no una acción voluntaria (Hatfield, Rapson y Yen-Chi, 2009).

Preston y de Waal (2002), por su parte, consideran que el contagio emocional es uno de los componentes de la empatía y explican que el estado de un sujeto resulta de la percepción del estado del sujeto observado. En el contagio emocional lo que sucede, a diferencia de la empatía, es que no hay una clara distinción entre uno y otro sujetos, de manera que uno sufre al igual que sufre el otro (Preston y de Waal, 2002). Un sinónimo que se utiliza para referirse a lo mismo que el contagio emocional es el de emoción vicaria (Preston y de Waal, 2002).

La empatía, entonces, no implica el contagio emocional sino la comprensión de lo que el otro está sintiendo. En el siguiente capítulo se verá la importancia que esta distinción tiene dentro del campo de la psicoterapia donde se espera del terapeuta que presente empatía y no contagio emocional para que guarde la objetividad necesaria para su rol (Rogers, 1975).

“Empathy” and “Sympathy”:

El término *sympathy*, en el idioma inglés, puede ser traducido al español como empatía o como compasión, ya que en esta lengua el término simpatía está fuertemente connotado por una de las acepciones del mismo. La Real Academia Española presenta cinco definiciones del término, entre las cuales se encuentra: “una inclinación afectiva entre personas, generalmente espontánea y mutua” y una definición del ámbito de la física que considera a la simpatía como “la relación entre dos cuerpos o sistemas por la que la acción de uno induce el mismo comportamiento en el otro (Real Academia Española, 2001). Sin embargo la acepción más utilizada es la que define a la simpatía como “el modo de ser y carácter de una persona que la hacen atractiva o agradable a las demás” (Real Academia Española, 2001). Para evitar confusiones, en el presente trabajo usaremos el término en idioma inglés.

Al hablar de empatía o “*sympathy*” los autores anglosajones se encuentran desde un primer momento con la necesidad de hacer una distinción, ya que son, para muchos, términos que se confunden (Book, 1988). De cualquier manera no existe un acuerdo sobre los alcances de cada uno de los términos.

Por un lado, Stepien y Baerstein (2006) mencionan que algunos autores diferencian la empatía de *sympathy* ya que la primera implica apreciar o imaginar los sentimientos del otro, mientras que *sympathy* sería experimentarlos al igual que el otro. Desde esta perspectiva, para los especialistas del campo de la salud, empatizar traería resultados positivos mientras que “*sympathize*” implicaría un involucramiento excesivo y, por lo tanto, una pérdida de la objetividad (Stepien y Baerstein, 2006).

Otros investigadores, en cambio, sostienen que la diferencia radica en lo siguiente: mientras *sympathy* implica una emergencia de sentimientos de preocupación, lástima y/o dolor por el otro; la empatía es una respuesta afectiva al estado emocional que se perciben en el otro (Eisemberg y Eggum, 2009). La empatía sería el primer paso y puede derivar en *sympathy* o en angustia personal (Eisemberg y Egumm, 2009). Entonces, la diferenciación entre empatía y “*sympathy*”, para esta postura, es que la empatía también puede llevar a sentimientos más egoístas, que pretenden aliviar el sufrimiento personal que puede surgir de compartir la emoción de otro.

En un artículo que hace referencia a la distinción entre *sympathy* y empatía, Wispé (1986) sugiere que *sympathy* se refiere a que al hacer consciente la difícil situación del otro, se tiende a querer atenuarla. En cambio la empatía refiere al intento de una persona para comprender las experiencias subjetivas de otra. Se argumenta que se trata de diferentes procesos psicológicos y que las diferencias entre ellos son claras (Wispé, 1986).

Resumiendo, *sympathy* lleva a un comportamiento condescendiente en respuesta a la percepción/comprensión del estado emocional del otro y la empatía no (Book, 1988; Eisemberg, 2008; Preston y de Waal, 2002). El sujeto que “simpatiza” siente pena por el objeto y hay mayor tendencia a querer aliviar ese sufrimiento (Preston y de Waal, 2002).

Empatía y compasión

Gilbert (2005, 2009), quien ha desarrollado la psicoterapia focalizada en la compasión, se ha visto en la necesidad de realizar una distinción entre este concepto y la empatía. Desde sus teorizaciones sostiene que la empatía tiene dos componentes: la habilidad de comprender y el insight para saber porqué sentimos, reaccionamos o pensamos de determinada manera. Una vez que empatizamos con otro podemos utilizar esa información tanto para el bien como para el mal.

La compasión, por otro lado, es un concepto más definido que abarca atributos y habilidades, entre los cuales se encuentra la empatía (Gilbert, 2005; Gilbert, 2009). Los atributos de la compasión son:

- interés por el bienestar del otro;
- sensibilidad al estrés y a las necesidades;
- *sympathy*, que implica ser movido emocionalmente por los sentimientos y el estrés que sufre el otro de manera que el cliente vea al terapeuta como alguien que se conecta emocionalmente con su historia, y no como alguien distante y emocionalmente pasivo;
- tolerancia la estrés;
- evitación del juicio; y
- empatía, que implica trabajar para comprender los significados, las funciones y el origen del mundo interno de otras personas, para poder verlas desde su perspectiva (Gilbert, 2009).

Queda claro que para este autor la empatía es una reacción necesaria pero no suficiente para que surja la compasión. Sus desarrollos afirman que la compasión, a la que también le incluye componentes propios de la meditación, es la llave para que se abandone la autocrítica y el perfeccionismo que lleva al sufrimiento de muchas personas.

En un artículo reciente, Vivino, Thompson, Hill y Ladany (2009) buscaron recabar información sobre la concepción que los terapeutas tienen sobre la compasión. Uno de los aspectos que evaluaron era la manera en que diferenciaban la compasión de la empatía. Dentro de sus resultados exponen que los terapeutas consideran que son conceptos diferentes. En términos generales sugieren que la compasión es un sentimiento más profundo que la empatía, ya que involucra un componente activo que lleva a uno a intentar ayudar al otro a aliviar su situación. Si bien los autores encontraron estas diferencias, aclaran que la distinción entre ambos términos aún no está clara y sugieren que se continúe trabajando para lograrlo.

Empatía y Teoría de la Mente(ToM)

La Teoría de la Mente³ es, según Rivière y Nuñez (1996), en primer lugar la comprensión de que el otro es portador de una mente, diferente a la mía y que presenta creencias, intenciones, deseos y problemas propios. Esta primera instancia de *atribuir mente* a los otros se complementa con la capacidad de una persona para inferir sus estados mentales. Implica, entonces, la diferenciación de los estados mentales propios y ajenos; y la conciencia de la capacidad de otros seres de tener formas de representación mental (creencias) que pueden ser verdaderas o falsas (Rivière y Nuñez, 1996). Esto lleva a inferir o hipotetizar una serie de estados mentales para explicar su conducta. Es a esta capacidad o mecanismo automático (tácito) que le permite a una persona comprender y predecir la conducta de los otros, a lo que se llama Teoría de la Mente (Lecannelier, 2004; Riviere y Núñez, 1996).

Para muchos autores, la teoría de la mente se superpone con el término empatía (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, Plumb, 2001; Decety, 2005; Lecannelier, 2004) dado que ambos implican la inferencia de lo que está pensando el otro. Claramente, la superposición se da con el plano más cognitivo de la empatía, incluyendo la toma de perspectiva (Decety, 2005) y la comprensión de los estados mentales de los otros; y no se ocupa de la faceta afectiva, donde la conexión es emocional.

Una de las ventajas con las que cuenta la teoría de la mente es que es un constructo que se encuentra claramente delimitado y todos los estudios acuerdan en su definición y en la manera en que se estudia. Esto ha facilitado la realización de muchas investigaciones recientes que se ocuparon por estudiar las diferencias en ToM entre personas con diferentes patologías y personas que no las tienen. Muchos de estos estudios se realizaron utilizando un instrumento llamado "*Reading the Mind in the Eyes Test*" (RME Test) [Leyendo la mente a través de la mirada] creado por Baron-Cohen y sus colaboradores en 1997 (ver capítulo 3 para más datos). Este test para algunos mide ToM o empatía indistintamente, por lo tanto los resultados de los trabajos en los que se ha utilizado brindan información sobre el grado de empatía (principalmente cognitiva) con la que cuentan personas con estas patologías.

Conceptos derivados de la empatía

Más allá de los conceptos que ha sido necesario diferenciar de la empatía, es importante mencionar que también la confusión que existe alrededor del término ha llevado a que se generen nuevos conceptos derivados de la empatía. Estos conceptos intentan ser más específicos y se refieren a sólo un aspecto de la empatía, o a una manera particular en la que se presenta. La ventaja de estos términos para sus creadores es que les permite referirse exactamente a lo que les interesa y no se encuentran obligados a explicar la complejidad y falta de acuerdo que la comunidad científica presenta con la empatía. Algunos de los conceptos que cabe mencionar son:

- Resonancia empática
- Preocupación empática
- Comprensión empática
- Sintonía empática
- Respuesta empática

Posturas en relación al desarrollo de la empatía

Al abordar el tema de la empatía se puede realizar una diferenciación entre quienes lo consideran una capacidad innata del individuo y quienes lo ven como un desarrollo cultural que se da en el proceso de socialización primaria (Davis, 1996). La primer teorización sostiene que la empatía es una capacidad que tiene un componente genético y cuenta con Hoffman como su principal referente. Esta postura no

³ Teoría de la Mente: ToM por sus siglas en inglés -*Theory of Mind*-.

descarta la influencia de otros factores pero busca incluir elementos biológicos en la conceptualización sosteniendo que la capacidad empática es el resultado de la selección natural (Gibbs, 2003). La segunda postura muestra una mayor tendencia hacia el desarrollo de las habilidades empáticas en el proceso de socialización primaria (Preston y de Waal, 2002). La base genética estaría dada por las neuronas espejo (Decety y Meyer, 2008), pero se desarrollaría durante los primeros años de vida, viéndose influenciado por los primeros vínculos (Preston y de Waal, 2002).

La empatía como capacidad innata

Los que sostienen que la empatía es una capacidad que se transmite genéticamente y que, por lo tanto, una persona nace “empática” o “no empática”, basan sus teorías en la hipótesis de selección natural de Darwin (Davis, 1996). Su visión de la empatía es que es la condición previa para el mecanismo de altruismo que facilita la supervivencia de la especie humana. La premisa indicaría que esta especie se beneficia al ayudar a los otros, por que ellos pueden ayudarlo cuando lo necesite (se asume la reciprocidad). La definición de empatía que subyace a estas teorías, es presentada como una respuesta vicaria a las experiencias de los otros (Davis, 1996).

La empatía sería el mecanismo primario que genera actitudes altruísticas en los seres humanos (Hoffman, 1978, citado en Davis, 1996). El argumento se basa en que, si el observar a otra persona sufriendo genera sufrimiento en el observador, es posible que ofrezca su ayuda para aliviar a ambos. Hoffman sostiene que durante la evolución de la especie se ha seleccionado naturalmente a aquellos organismos que cuentan con una predisposición genética para actuar de manera altruista.

Para sustentar esta idea, Hoffman acude a la respuesta que realizan los bebés en sus primeros días de vida al llanto de los otros bebés. Él argumenta que si a esa edad responden al sentimiento del otro es porque cuentan con una predisposición basada biológicamente para hacerlo y a esa predisposición más desarrollada en los seres humanos que en otras especies, la llama empatía. (Davis, 1996; Gibbs, 2003).

Esta postura, que considera a la empatía como una capacidad innata, tiene fundamentos sólidos, sin embargo, ya se ha visto que apunta a una definición muy puntual de empatía; en la cual, todos aquellos que experimentan una sensación que ocurre en otro ser humano tienden a actuar de manera altruística. Nancy Eisenberg y Natalie Eggum (2009), sin embargo, presentan una perspectiva diferente, ya que consideran que el hecho de empatizar -comprender el sentimiento de otra persona- puede llevar tanto a sentir pena por el otro como a sentir *angustia personal*, que es un sentimiento egoísta que apunta a aliviar el propio sufrimiento y no el del otro. De esta manera se deduce que la autora se muestra en desacuerdo con la teoría que ubica a la empatía como una capacidad a favor de la supervivencia de la especie.

Por otro lado, también cabe preguntarse si la empatía y el altruismo siempre van de la mano o si es posible que alguien perciba el sufrimiento de otra persona y, sin embargo, utilice esta situación para su propio beneficio. Hoffman dice que la empatía es un componente del altruismo y que deja afuera al egoísmo, más adelante se analizará la posibilidad de que esto no sea así con evidencia que sugiere que en la psicopatía, por ejemplo, hay empatía.

La empatía como desarrollo cultural

Para muchos autores la empatía, lejos de ser una capacidad de origen genético, es una habilidad que se desarrolla durante el período de socialización primaria del niño (Decety y Meyer, 2008). Las bases teóricas en las que se basa esta postura consideran que la empatía se genera a través de la imitación (mimicry) e involucra a las neuronas espejo. Zahn-Waxler y Radke-Yarrow (citados en Decety y Meyer, 2008) sostienen que la empatía se desarrolla en edad muy temprana; los autores presentan evidencia de que a los dos años los niños ya tienen respuestas empáticas a las situaciones de los otros.

Preston, analiza la postura de distintos autores que han propuesto que el vínculo diádico madre-bebé facilita el desarrollo de la habilidad de los individuos para ser afectados por los estados emocionales de otros, tomando conceptos de Darwin, de McDougall y de Plutchik (Preston y de Waal, 2002). Los niños se ven afectados por el estado emocional de sus madres a la vez que las madres se ven afectadas por el

de sus hijos. De esta manera el vínculo de retroalimentación va imponiendo un estilo de procesamiento de las emociones propias y del otro que forma patrones en el sujeto (Preston y de Waal, 2002).

Otra postura, de corte claramente conductista, considera a la empatía como resultado del condicionamiento: El sufrimiento de otro ser es el estímulo condicionado, mientras que la fuente de ese sufrimiento es el estímulo incondicionado; el sujeto, entonces, aprende que el estímulo condicionado es predictor del incondicionado y responde al primero con el propio sufrimiento (Preston y de Waal, 2002).

Preston y de Waal (2002), proponen un modelo que si bien es complejo, permite integrar tanto la postura de los "innatistas" como la de los "ambientalistas". Según esta propuesta los procesos empáticos dependen de un diseño general (innato) del sistema nervioso llamado "de percepción-acción" que es adaptativo para muchas especies. Este sistema luego se modifica a partir de las experiencias vividas por cada sujeto en particular, lo que incide en las diferencias intra-especie. El sistema consiste en la percepción del estado en el que se encuentra el "objeto"; lo cual despierta ciertas representaciones que, por último, activan los sistemas somático y autónomo en el sujeto. De esta manera el sistema, que en principio es innato, va generando respuestas diferentes a medida que la experiencia nutre al sujeto de nuevas representaciones. Este "Modelo de Percepción-Acción" o PAM (por sus siglas en inglés) no es exclusivo de los seres humanos sino que hay evidencia de que lo compartimos con otros animales. A manera de ejemplo los autores mencionan las investigaciones empíricas realizadas por Rice y Masserman con ratas albinas y monos respectivamente; donde los resultados muestran que animales de estas especies responden a favor de otro animal que se encuentra en una situación de "distress" -sufrimiento- (Preston y de Waal, 2002).

La propuesta de Preston y de Waal brinda una respuesta interesante al debate entre empatía innata o adquirida, tomando los aportes de aquellos que se refirieron al tema y sumando a estas teorías, datos de investigaciones en neurociencias.

A partir de lo expuesto se puede concluir que el hecho de que los seres humanos presenten empatía responde a su evolución filogenética; pero las diferencias individuales son el efecto de los vínculos primarios que marcaron la vida de cada sujeto.

Aportes de las neurociencias al concepto de empatía:

A partir de la llamada "década del cerebro" (1990 al 2000) en adelante, los investigadores enfocados a las neurociencias han buscado hallar las bases biológicas de las cuales dependen ciertos fenómenos de orden psicológico. Entre ellos, muchos se abocaron a estudiar los correlatos neurofisiológicos relacionados con la empatía. A continuación se enumeran algunos de los resultados más importantes en esta área.

Singer y Lamm (2009) sostienen que hay evidencia suficiente para afirmar que el hecho de poder empatizar con otros se relaciona con la activación de estructuras neurales. Los autores explican que el compartir emociones con otros, así como entender lo que otro está sintiendo, son el resultado de que en el cerebro de una persona se activen las mismas estructuras neurales cuando se experimenta una emoción y cuando se observa esa emoción en otro.

La manera en que los investigadores y neurofisiólogos explican la capacidad del ser humano para activar las propias representaciones al observar la situación de otra persona son aquello que Vittorio Gallese en 1996 nombró: neuronas espejo (en Gallese, 2005). Estas células cerebrales procesan y registran las acciones y vivencias de un individuo, de manera que luego pueden "reflejar" esa percepción cuando a otro individuo transita por una situación similar a la conocida. Por lo tanto, los mismos circuitos que se activan en el control de la acción y en las experiencias de sensaciones y emociones en primera persona, se activan también al presenciar las mismas acciones, emociones y sensaciones en otros. El sustrato neural que sostiene la experiencia en primera mano o en tercera persona es la misma (Gallese, 2005; Skoyles, 2008). Cuando uno observa que tocan a una persona, se activan las mismas redes neurales de cuando lo están tocando a uno directamente. Un mecanismo similar subyace a la experiencia de ver a otro en sensación de dolor (Gallese, 2005). Aragno (2008) toma esta información y explica que las neuronas espejo son la evidencia neurofisiológica que valida las observaciones realizadas sobre la sincronización, no solo emocional, sino también postural y neuroendócrina al momento que una persona se encuentra frente a otra (Aragno, 2008).

En cuanto a estructuras neurales, Brothers (1989, en Davis, 1996) sugiere que la base neurológica de la respuesta empática es la amígdala. Sin embargo hay quienes consideran que también hay otras estructuras que juegan un papel importante en la empatía. Jackson, Meltzoff y Decety (2004) investigaron empíricamente los componentes básicos de la empatía realizando un estudio de neuroimágenes en el que estudiaron los mecanismos que están involucrados con la percepción del dolor en otros. Los sujetos debían observar fotografías en las que se presentaban situaciones que generan dolor. Se registraron mayores cambios en la actividad en las siguientes regiones: la región cingular anterior; la región insular anterior; el cerebelo y, en menor medida, el tálamo. Sus resultados también sugieren que el cerebro procesa de la misma manera el dolor propio que el observado en otros (Jackson, Meltzoff y Decety, 2004).

En línea con estos resultados, el modelo propuesto por Preston y de Waal (2002) sugiere que la observación de otra persona en un estado emocional en particular activa automáticamente una representación de esa emoción en el observador. Esta representación luego activa una respuesta somática y autonómica específica (Preston y de Waal 2002).

Los resultados de diversos estudios, por otro lado, sugieren que la empatía es un fenómeno flexible ya que depende de una gran cantidad de factores entre los que se encuentra el contexto; la relación interpersonal con el otro en particular y la perspectiva que se adopta al observar al otro (Singer y Lamm, 2009). Este último dato no es menor ya que derribaría la suposición de que una persona es igual de empática con todas las personas y en todas las situaciones. Esto implica que en adelante no se puede pensar la capacidad empática como se haría con la capacidad de una persona para realizar salto en alto, resolver problemas matemáticos o completar crucigramas. La empatía no sería una capacidad estable y esto incide directamente en la investigación empírica sobre el tema. El nivel de la variación que puede haber de una situación a otra para la misma persona aún no se ha estudiado, como así tampoco los factores que influyen más en estas diferencias. Lo que se observa es que a partir de estos resultados se abren nuevas líneas de investigación que brinden mayor información sobre el tema.

Singer y Lamm (2009) sostienen que hay evidencia que sugiere que la raíz de la capacidad para compartir los sentimientos, sensaciones, y acciones de los otros está vinculada a la activación neuronal compartida. De cualquier manera los autores indican que se requiere de investigaciones adicionales para comprender de manera más específica el fenómeno (Singer y Lamm, 2009).

En este apartado se esbozaron algunos de los resultados que brindan nuevas perspectivas al estudio de la empatía. Es probable que cada vez se produzcan más estudios de este tipo, y esto debería derivar en una visión más clara del concepto. Si bien hoy parece algo casi imposible, la proyección a futuro en el estudio de la empatía apunta a encontrar una definición única. Quizás sea a través de los descubrimientos sobre los procesos neurales la manera de traer luz al problema.

La empatía en psicoterapia

La empatía es un concepto que ha sido estudiado en muy diversos campos de la psicología, y que ha tenido un florecimiento masivo especialmente en la psicología social y la psicología del desarrollo (Bohart et al.; 2002). En el campo de la psicoterapia tuvo su época de apogeo a mediados del siglo XX, cuando Carl Rogers la introduce como habilidad indispensable para el terapeuta, y cuando Heinz Kohut y otros psicoterapeutas de renombre la incluyen en sus desarrollos teóricos. Sin embargo, Bohart, et al. (2002) muestran estar preocupados por el trato que se le ha dado a la investigación sobre la empatía del terapeuta en los últimos veinte años. Estos autores realizan una extensa revisión sobre este asunto e indican que desde que Rogers trae el concepto al campo de la psicoterapia, paulatinamente se le ha restado valor y las diferentes investigaciones que se han desarrollado para abordar el tema han sido cuestionadas con escepticismo. Singer y Lamm (2009) afirman que luego de un período inicial de interés por el estudio de la empatía en general, la mayor parte de la investigación en empatía se dio en los campos de la psicología del desarrollo y de la psicología social (Singer y Lamm, 2009).

Ahora, en los comienzos de la segunda década del nuevo milenio, algunas de las preguntas que surgen en relación a la investigación de la empatía en psicoterapia son: ¿Es importante la empatía del terapeuta?; ¿Hay beneficios para el paciente si su terapeuta es empático?; ¿Qué significa que un terapeuta sea empático?; ¿Es posible que una persona desarrolle en su adultez sus habilidades empáticas para favorecer su rol como terapeuta?; ¿Se han desarrollado programas de entrenamiento en empatía?; de ser así: ¿se han evaluado los resultados de estos programas?. De la misma manera comienzan a aparecer preguntas sobre la empatía del paciente: ¿Trae beneficios que el paciente desarrolle su capacidad empática? ¿Por qué? ¿Hay manera de desarrollar la empatía del paciente? ¿Es el ámbito psicoterapéutico el lugar adecuado para que se realicen tareas de entrenamiento en empatía?

En este apartado se busca contestar algunos de los interrogantes planteados, desde la perspectiva de investigadores de esta área. Se realizará un racconto histórico sobre los desarrollos teóricos de Rogers en relación a la importancia de la empatía en la psicoterapia y sobre la mirada que tiene el psicoanálisis sobre este constructo. Luego se presentarán los resultados de las investigaciones empíricas que se han realizado en este campo y se discutirá el lugar en el que queda posicionada la empatía a partir de ellas. También se presentarán los beneficios o perjuicios que puede tener dentro del proceso terapéutico el contar con un terapeuta con habilidades empáticas y se abordará la posibilidad de que se generen espacios de entrenamiento empático. Por último se presentará la posición en la que se encuentran investigadores y teóricos en relación al desarrollo de la empatía del paciente.

La empatía del terapeuta

El aporte teórico de Carl Rogers

Carl R. Rogers es uno de los psicólogos americanos más influyentes de la primera mitad del siglo XX. Es el creador del enfoque centrado en la persona, un desarrollo teórico que se encuentra dentro del marco humanístico-existencial de psicoterapia. El modelo terapéutico por él diagramado tiene como fin ayudar a la persona a desarrollarse y crecer. Desde su teoría son tres las condiciones necesarias y suficientes para promover el cambio dentro de la psicoterapia: la condición positiva incondicional, la congruencia y la empatía (Rogers, 1975). La condición positiva incondicional es cuando el terapeuta experimenta una actitud positiva y aceptadora hacia lo que el cliente **es**. De esta manera, acepta los sentimientos del cliente sin juzgarlo ni criticarlo. La autenticidad (*genuineness*) implica que el terapeuta sea él mismo en el consultorio, sin máscara profesional ni fachadas personales. Debe existir congruencia entre lo que experimenta a nivel de entrañas (denominado *experiencing*), lo que está presente en la consciencia, y lo que expresa al cliente (Bozarth, 2009; Capó, 1982).

La empatía (o capacidad empática), que es nuestro centro de interés, es el tercer concepto clave de su enfoque terapéutico (Rogers, 1975) y uno de los recursos fundamentales del enfoque centrado en la persona (Armenta Mejía, 2002; Wispé, 1987). Para Rogers implica no sólo la comprensión "cognitiva" de la otra persona sino que el terapeuta siente con precisión los sentimientos y significados personales que están siendo experimentados por el cliente; el sentimiento profundo en el interior de uno de lo que está sucediendo en la otra persona. Carl Rogers aclara que debe existir una reacción fisiológica que se corres-

ponde con los sentimientos del otro (Capó, 1982). En 2007 la revista *Psychotherapy: Theory, Research, Practice* realizó una reimpression de un artículo de Rogers de 1957 en el que nombra las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico de personalidad. Entre estas condiciones nombra a la empatía, diciendo que la comprensión empática del terapeuta implica sentir el mundo privado del cliente como si fuera el propio, sin nunca olvidar la calidad de “como si” de esta situación (Rogers, 2007).

La empatía en el Enfoque Centrado en la Persona es siempre un entendimiento empático, la comprensión que el terapeuta experimenta al adoptar el marco de referencia interno del cliente y que luego comunica al cliente (Armenta Mejía, 2002). Rogers lo distingue de otras conductas del terapeuta al marcar que es una manera de “experimentar” al cliente (Bozarth, 2009). “La empatía provee, entre otras cosas, un ‘espacio psicológicamente seguro’, libre de amenazas al sí mismo, en donde se facilita que las experiencias negadas o distorsionadas puedan poco a poco irse integrando al autoconcepto personal” (Armenta Mejía, 2002, pg. 10). La empatía, desde esta perspectiva, es un elemento facilitador que permite el acceso al mundo subjetivo de la persona (Armenta Mejía, 2002). Ahora, para que la empatía tenga efectos positivos no sólo debe experimentar el terapeuta el marco de referencia del cliente, sino que el cliente debe recibir la comunicación de esa comprensión. Este segundo paso es fundamental (Bozarth, 2009), ya que desde esta perspectiva es la percepción del cliente sobre su terapeuta la que señala el nivel de la capacidad empática de éste.

Una de las diferencias que menciona en relación a otros enfoques es que la empatía es un “**proceso**” más que un “**estado**” (Bozarth, 2009; Rogers, 1980). Rogers (1975) dice que un grado alto de empatía en una relación es, posiblemente, el elemento más potente que lleva al cambio y al aprendizaje. Considera que un terapeuta ideal es, por sobre todo, empático; y que la presencia de empatía desde los primeros momentos en la relación terapéutica es un predictor de buenos resultados posteriormente. Desde su perspectiva, es el terapeuta el que trae la empatía a la relación. Considera que más allá del tipo particular de cliente con el que trabaje, la oferta de la empatía y la comprensión son responsabilidad del terapeuta. De la misma manera sostiene que a mayor experiencia del terapeuta, mayor capacidad empática. Por otro lado señala que no hay relación entre la capacidad de crear un clima empático por parte del terapeuta y su precisión al realizar un diagnóstico (Rogers, 1975).

Para esta postura la empatía claramente se relaciona con buenos resultados terapéuticos (Bozarth, 2009; Capó, 1982; Rogers, 1975). Rogers explica esta aseveración enumerando los siguientes efectos de la empatía en el cliente:

- La empatía disuelve la alienación: quién la recibe se siente parte de la humanidad, a la vez que se siente acompañado por otro;
- los niveles bajos de empatía se relacionan con mayores dificultades en la adaptación y un empeoramiento de la patología del cliente: de esta manera el cliente que siente que nadie lo entiende, ni siquiera su terapeuta, interpreta que la gravedad del cuadro debe ser muy severa;
- el cliente, cuando cuenta con un terapeuta empático, siente que alguien lo valora, a alguien le importa y lo acepta tal como es;
- la ausencia de un juicio crítico por parte del terapeuta empático, hace que el cliente se sienta más “normal” y, muchas veces, que no sea tan crítico con si mismo (Rogers, 1975).

Por último Rogers menciona que al hablar de empatía en el terapeuta hay un gran papel de la intuición: “a veces la sintonización entre uno y la otra persona es tan fuerte que uno responde en función de un conocimiento inconciente que tiene del otro” (Capó, 1982, pg. 186); Rogers dice que él se encuentra muchas veces siendo empático en formas que no comprende, de las que es conciente sólo de manera intuitiva (Capó, 1982).

En cuanto a la manera que propone la Psicoterapia centrada en la persona para evaluar la empatía del terapeuta, quedan descartados los cuestionarios auto-administrados porque Rogers sostiene que los terapeutas han demostrado ser incapaces de evaluar su propio nivel de empatía en una relación satisfactoriamente (Rogers, 1975). Es por eso que recomendó la escala de Barret-Lennard, donde son los clientes los que completan un cuestionario destinado a evaluar la empatía de los terapeutas (Rogers, 1975) -ver capítulo 3 para más información sobre este instrumento-.

Sintetizando, y para referirnos a algunos de los cuestionamientos planteados al inicio del capítulo, se puede decir que para Rogers un nivel adecuado de capacidad empática por parte del terapeuta es una condición básica necesaria para conseguir resultados positivos en un tratamiento psicoterapéutico. Desde esta perspectiva un paciente se beneficia de un psicoterapeuta empático, porque se siente comprendido, valorado y porque lo ayuda a él mismo a conocerse y valorarse. Por otro lado la capacidad empática es una característica propia del terapeuta que es ofrecida a favor de la terapia y que, según Rogers, se desarrolla a lo largo de su carrera profesional. Es de conocimiento público que los desarrollos de Rogers a favor del concepto de empatía le otorgan gran relevancia al término y llevaron a investigaciones empíricas de distinto tipo, algunas de las cuales nombraremos en otro apartado dentro de este capítulo.

La mirada del Psicoanálisis

La empatía, puede ser considerada como elemento presente en forma implícita en la escucha psicoanalítica, llevando a debates y discusiones entre los que dudan de su importancia y quienes la consideran parte trascendental (Aragno, 2008).

Desde un principio, en el psicoanálisis la empatía se consideró como un ingrediente principal para afianzar el vínculo terapéutico. Freud (1913), por ejemplo, ha dado directivas sobre cuál es el momento para iniciar la presentación de interpretaciones y ha expresado que en primer lugar se debe dar un *rapport* apropiado para el cual se requiere una actitud empática (*Einfühlung*). Según Lerner y Nemirovsky (1987) Freud describía a la empatía como un paso previo al desarrollo de la transferencia. El creador del Psicoanálisis también aseguraba que para registrar e interpretar *comunicaciones inconscientes*, y servir como instrumento en el análisis, se debe ser receptivo en niveles inconscientes y preconscientes, sin intromisiones personales (Freud, 1912), lo cual podría ser entendido como una actitud empática. De la misma manera, de sus escritos se puede entender que para Freud el adoptar una actitud empática es un componente esencial de la escucha analítica (Freud, 1912).

Más allá de lo que se puede encontrar en la obra de Freud sobre el valor de la empatía en psicoterapia, el psicoanalista que le brindó más importancia al término fue Heinz Kohut (Aragno, 2008; Kahn, 1985; Wispé, 1987) Este autor americano fue quien desarrolló la Psicología del Self, uno de las escuelas postfreudianas más influyentes, especialmente, en los Estados Unidos. Wispé (1987) destaca el impacto que el aporte de Kohut tuvo y tiene en el psicoanálisis moderno y la teoría psicoanalítica. La manera en que Kohut define a la empatía es “el intento de una persona por experimentar la vida interna de otro, mientras se permanece como un observador externo” (Kahn, 1985, pg.894). De cualquier manera, Kohut más que mostrarse interesado por definir la empatía realizó un análisis del rol que el constructo tiene en la adquisición de información psicológica (Wispé, 1987).

La empatía, para la Psicología del Self, es una capacidad innata e implica un modo de observación que permite recabar información sobre el paciente (Aragno, 2008; Kahn, 1985; Wispé, 1987). La meta del terapeuta es permanecer neutral y objetivo, a la vez que empatiza con su paciente logrando una mejor comprensión psicológica del mismo. Dentro de sus escritos, declara que la empatía:

- no cura;
- no es terapéutica de por sí;
- no implica necesariamente la compasión;
- ni es infalible (Wispé, 1987).

Sin embargo, su importancia se destaca al nombrarla como una herramienta útil para el terapeuta porque le permite acceder a información que no se encuentra disponible por otros medios. Kohut define el fenómeno psicológico como “introspección y observación empática”; y destaca que la empatía permite entender actitudes y valores, presentando un beneficio para la psicoterapia (Wispé, 1987).

Una de las cualidades que destaca Kohut de la empatía en la labor psicoanalítica es que la capacidad empática disminuye cuanto más diferente es el observador de quien observa. Cree que cuando el terapeuta se encuentra más cerca del tipo de vida que lleva el paciente, más capacidad presenta para empatizar con él, y, por lo tanto, obtener mayor comprensión sobre la situación que plantea (Lerner y Nemirovsky, 1987).

Aragno (2008) señala que la postura a favor de la importancia de la empatía en Psicoanálisis, si bien es compartida por Freud, Ferenczi, Kohut, Loewald, entre otros; presenta argumentos en su contra desde otros autores psicoanalíticos, entre los cuales se encuentran: Hartmann, Shapiro, Shevrin, Sten y Klugman. El debate “a favor” y “en contra” se mantuvo, principalmente en un plano teórico y continúa hoy en día. Los que destacan su importancia la consideran esencial en:

- el establecimiento de la confianza y la constitución de la alianza;
- la penetración del estado interno del otro como inquisición psicológica; y
- la facilitación de la regresión y el re-desarrollo (Aragno, 2008).

Por otro lado, se encuentran quienes consideran que la información que se obtiene mediante la empatía no es científica; no es confiable; y potencialmente lleva a sacar conclusiones erradas (Aragno, 2008).

En esta línea de pensamiento, también realiza una argumentación Book (1988), quien está de acuerdo con la importancia de la empatía para la terapia psicoanalítica, pero considera que muchos psicoterapeutas no comprenden lo que implica la empatía en la práctica y realizan actos que ellos llaman empáticos, pero a los que los pacientes responden negativamente. Dice que muchas veces hay una mala interpretación del término, algunos creen que implica sentir pena por el otro, otros o toman como la capacidad de ver lo que está pensando el paciente, y otros realizan verdaderas identificaciones con su paciente, en las que la ausencia de la distancia óptima, actúa negativamente. Book (1988) expresa que el lado negativo de la importancia de la empatía en la psicoterapia es que muchas veces los pacientes se sienten incomprendidos y asaltados y responden a los comentarios del terapeuta con maniobras defensivas, necesitando, luego, elaborar su transferencia negativa. Ser empático⁴ debe ser una respuesta interpersonal en la que el analista expresa la comprensión empática de manera que el paciente se sienta comprendido y calmado. Lo que uno comprende de la experiencia interna de un paciente y la manera en que utiliza esa información (si es que uno decide utilizarla) es lo que marca la diferencia entre la empatía utilizada a favor de la psicoterapia y la que interfiere con el proceso.

Más recientemente, Hugo Bleichmar (2002) participó de una mesa redonda sobre la empatía en el psicoanálisis y presentó la importancia de tomar con cautela a este constructo en psicoterapia. Habla sobre la patología de la empatía, argumentando que si existe una “ausencia” de empatía, también se puede hablar de un exceso. En este extremo estarían “quienes no se diferencian del otro, que presentan un cierto borramiento de su self y no poseen una clara delimitación entre el sí mismo y el otro: lo que siente el otro/a es inmediatamente vivido como propio” (Bleichmar, 2002, pg. 3). en estos casos, habría una pérdida del propio espacio subjetivo, del sentimiento de identidad. La “sana empatía”, para el autor, consiste en captar al otro sin fusionarse con él, conservando un espacio propio de identidad. El otro peligro que menciona Bleichmar (2002) en cuanto a la empatía es el de la identificación proyectiva, donde un terapeuta cree captar a su paciente, pero, verdaderamente, está atribuyéndole al otro los propios deseos, sentimientos o temores.

“El legítimo deseo de ser empáticos con nuestros pacientes y el mandato superyoico de serlo –el primero derivado del sistema motivacional de cuidar al otro; el segundo de una identidad socialmente sancionada– pueden conducir a vínculos antiterapéuticos, es decir, a reforzar patología del paciente” (Bleichmar, 2002, pg. 3).

Un concepto muy importante en muchos de los desarrollos postfreudianos es el de contratransferencia. Algunos autores vinculan este término con la empatía. Lerner y Nemirovsky (1987), por ejemplo, expresan que en muchas ocasiones se tiende a superponer ambos conceptos. Ellos se ocupan de diferenciarlos mencionando que la capacidad empática representa el “co-vivenciar” determinados sentimientos y experiencias con el analizando; lo cual depende de las experiencias comunes. En cambio, la contratransferencia definida como la reacción del analista a las transferencias del paciente, existirá en mayor o menor medida en cualquier proceso analítico, más allá de que se compartan o no las experiencias (Lerner y Nemirovsky, 1987). Ambos conceptos tienen en común que brindan al terapeuta datos útiles para la comprensión

⁴ El autor realiza un desarrollo sobre la diferencia entre “la empatía” y el “ser empático”. Dentro de la distinción que expone, el “ser empático” siempre tiene una connotación positiva porque incluye el uso que se hace de la empatía, mientras que presentar una capacidad desarrollada para entrar en el mundo interno de otro, no presenta cualidades positivas de por sí porque puede ser utilizado a favor de la propia persona, o para hacer el mal.

diagnóstica; sin embargo es la empatía la que permite el despliegue de transferencias. Otra diferencia que encuentran es que la empatía es susceptible de entrenarse y ampliarse, y se ve beneficiada por la experiencia del analista. (Lerner y Nemirovsky, 1987)

En definitiva se observa que el psicoanálisis vincula a la empatía con el establecimiento de un buen rapport y el posterior despliegue de transferencias; la utiliza como instrumento para recabar información; y la relaciona con la contratransferencia. Por otro lado, los psicoanalistas mencionan que hay que ser muy cautelosos con su utilización dentro del ámbito terapéutico ya que puede confundirse con la identificación proyectiva, puede llevar a conclusiones erradas y, si el paciente se siente más invadido que comprendido, puede derivar en una reacción terapéutica negativa.

El estado actual de la empatía en psicoterapia:

Desde el área teórica de la psicología clínica la empatía se sostiene como una importante “motivación funcional asociada con la elección de la profesión de psicoterapeuta” (Feixas y Miró, 1993, pg.22) y como uno de los factores más importantes para el establecimiento de una buena alianza terapéutica (Bordin, 1979 en Feller y Rocco Cottone, 2003;). Carl Rogers, por su parte, destaca a la capacidad para empatizar con el cliente como una de las condiciones que, a su juicio, requiere un psicoterapeuta para generar un cambio terapéutico en el cliente (Feller y Rocco Cottone, 2003). Parloff (1978), afirma que todas las escuelas de psicoterapia acuerdan en que una buena relación entre el terapeuta y el cliente es una condición necesaria para ejercer cualquier tipo de psicoterapia. Sin embargo cuestiona el grado de importancia que las teorías le han dado a la empatía, la calidez y la autenticidad del terapeuta, como beneficio para el paciente (en Patterson, 1984).

Durante los últimos 30 años los investigadores buscaron poner a prueba las afirmaciones que sostienen a la empatía como elemento generador de cambio. Si bien no hay un acuerdo completo en los resultados, se ha reunido una gran cantidad de información que avala la importancia de la empatía en el proceso terapéutico.

En Argentina, Sara Baringoltz realizó una encuesta a 60 profesionales de un centro de psicoterapia de Buenos Aires donde el 97% de los terapeutas incluyó a la empatía como una de las características más valiosas en el rol profesional (Baringoltz, 2005). Por otro lado, en un estudio realizado en Estados Unidos en 1974 con 83 psicoterapeutas en actividad, se concluyó que el factor más importante para ser terapeuta es “tratar de comprender el punto de vista del cliente de la manera más precisa y sensible que el terapeuta pueda” (Raskin, 1974 en Rogers, 1975). Más recientemente, en el año 2002 se realizó en el mismo país una encuesta sobre empatía a psicoterapeutas en el que se encontró que se sostenía como una habilidad necesaria para la profesión (Carlozzy et al., 2002). En este estudio se relevaron las definiciones de empatía que pudieron dar 565 psicólogos y *counselors* -de la American Psychological Association (APA) y de la American Counseling Association (ACA)-. El objetivo principal del estudio era establecer si la concepción que tenían era congruente con el modelo teórico al que adscribían. Los resultados sugieren que las definiciones de empatía de los practicantes se relacionan directamente con el grado de identificación que los mismos tienen con sus teorías psicoterapéuticas de base. Por ejemplo, para los terapeutas de los modelos humanístico/existencial y psicodinámico la empatía es una habilidad innata; mientras que quienes se presentan más afines a la teoría conductista la consideraban como una capacidad a desarrollar (Carlozzy et al, 2002). Otra de las conclusiones a las que arribaron es que tanto los humanistas como los psicodinámicos relacionan a la empatía con el foco de la terapia en los sentimientos; y con el proceso comunicativo, por lo tanto expresan utilizarla en mayor medida que los otros modelos teóricos. Los terapeutas conductistas y cognitivos, por su parte, mostraron una tendencia a entender la empatía como una habilidad propia de las personas (Carlozzy et al., 2002). Los autores también encuestaron a terapeutas sistémicos pero no presentaron resultados sobre los datos obtenidos. En la discusión del trabajo se habla de la necesidad que hay de poner a prueba estos resultados en la práctica para ver cuanto utilizan realmente la empatía los terapeutas. Proponen que en un siguiente trabajo un observador externo evalúe sesiones reales de terapeutas de los diferentes marcos teóricos y compruebe si son consistentes o no con la teoría a la que adscriben (Carlozzy et al., 2002).

Hasta ahora la empatía del terapeuta (evaluada por sus clientes) presenta correlaciones positivas con el establecimiento de una alianza de trabajo fuerte (Feller y Rocco Cottone, 2003) y con la obtención de resultados de psicoterapia positivos (Marci, Ham, Moran, Orr; 2007). De la misma manera queda demostrado en gran cantidad de trabajos que a mayor nivel de empatía, hay mayor beneficio para los pacientes (Paterson, 1984). En una revisión bibliográfica, Patterson encuentra que el 47% de 15 estudios que se ocuparon de las condiciones necesarias para un terapeuta, ofrecen evidencia de que mayores niveles de empatía se correlacionan positivamente con un resultado positivo. Orlinsky y Howard en 1978 realizaron otra revisión en la que encontraron que en general estos estudios sostienen la idea de que el sentirse comprendido por el psicoterapeuta tiene resultados beneficiosos para los pacientes (en Patterson, 1984). De la misma manera se ha demostrado que la sensación del paciente de sentirse entendido profundamente lleva a una mayor apertura y mayor confianza en el terapeuta (Stepien y Baerstein, 2006).

Sin embargo, no todos están de acuerdo con que la empatía cumpla un papel tan relevante en el marco psicoterapéutico. Se puede ver que diferentes autores comienzan a cuestionar diferentes aspectos del término. En primer lugar cabe mencionar a Rogers (1975), quien aclara que los terapeutas han demostrado ser muy imprecisos en la propia valoración de la empatía que presentan en una relación y, propone que sean los clientes quienes evalúen la empatía del terapeuta. Deja ver, entonces, que llevar a la práctica la teoría supone una mayor complicación de lo que esperaba. Book (1988) coincide con esa idea cuando cuestiona la concepción que cada terapeuta puede tener de la aplicación de la empatía (Book, 1988); y Bleichmar (2002) expresa que en ocasiones la pérdida del propio espacio subjetivo o la identificación proyectiva puede confundirse, en ciertos terapeutas, por empatía. En la investigación de Sara Baringoltz (2005) la empatía, más allá de presentarse como una de las características más valiosas de la autoimagen, se encuentra asociada con ciertas dificultades tales como sobre involucramiento emocional y dificultad para poner límites. Bohart (2002) y sus colaboradores, por su parte, mencionan que es tiempo de reevaluar el supuesto de que la empatía del terapeuta es un elemento clave para el cambio en el proceso terapéutico.

A manera de conclusión de lo expuesto, se puede decir que para la comunidad terapéutica está clara la importancia de la empatía en la psicoterapia, pero eso no significa que se traslade a la práctica de una manera "sana" y a favor del paciente, ya que los terapeutas no pueden dar cuenta por sí mismos de su propio nivel de empatía. Esto hace necesario que se lleven a cabo nuevas investigaciones sobre la empatía de los terapeutas y que se las correlacione con diferentes elementos de la psicoterapia.

La empatía del paciente

Recientemente ha surgido una nueva concepción que considera a la empatía en psicoterapia como dialógica porque se basa en facultades empáticas tanto del cliente como del terapeuta. Estas facultades se activan automáticamente mediante canales de comunicación verbales y no verbales y que dependen de una intención consciente de comprender al otro (Dekeseyer, Elliot, Leijssen, 2009). Si se comparte este punto de vista, dentro de la investigación de la empatía en psicoterapia no debería dejarse de lado la evaluación de la empatía del paciente.

Poco se ha discutido sobre la empatía de los receptores de la psicoterapia (Bleichmar, 2002). Algunos autores definen ciertos trastornos mentales como portadores de un déficit de la empatía⁵, pero más allá de estos cuadros psicopatológicos en particular, los profesionales en salud mental no se han mostrados preocupados por evaluar el nivel de empatía de los pacientes ni por desarrollar las habilidades empáticas de sus pacientes, aunque se cree (Bleichmar, 2002; Dekeseyer, Elliot y Leijssen, 2009) que podría traerles muchos beneficios, especialmente en aquellos que presentan dificultades en sus relaciones sociales. Si estas personas tuvieran la posibilidad de comprender la perspectiva de los otros e interpretar mejor sus emociones, es probable que tengan una mejor comunicación con las otras personas.

Bleichmar (2002) se muestra interesado en el desarrollo de capacidades empáticas de los pacientes, ya que menciona que se puede ver una diferencia entre la relevancia que se le ha dado a la empatía del terapeuta y los desarrollos que han abordado el entrenamiento en habilidades empáticas de los pacientes.

⁵ Se consideran cuadros psicopatológicos con déficit de empatía tanto trastornos del desarrollo como autismo y Asperger; como la psicopatía y el trastorno de personalidad antisocial.

En su conferencia presenta una manera de trabajar la empatía con pacientes con patologías narcisistas (egocentrada), para que paulatinamente desarrollen mayor empatía, y dice:

Si bien podría pensarse que las intervenciones más adecuadas serían aquellas en que se les mostrase el sufrimiento de los que con él/ella interactúan, sin embargo esto es sentido rápidamente como una falta de empatía con el paciente, como una alianza con los extraños, como una crítica. Aquí es donde el trabajo en la relación terapéutica, en el vínculo que transcurre entre el paciente y el terapeuta, ofrece una oportunidad única. Se trata de aprovechar las oportunidades en las que el paciente, egocentrado, desconoce las necesidades, las exigencias que plantea al terapeuta, las frases insensibles que profiere, etc., para decirle: 'Sé que necesitas que yo esté incondicionalmente a tu servicio, que esto tiene que ver con.... (se aportan datos de la biografía del paciente), pero quizás valga la pena que te preguntes cómo me debo sentir yo. No es para culpabilizarte sino para ayudarte a ampliar tus perspectivas, a sentir lo que sientes tú y, simultáneamente, conectarte con lo que pudiera estar sintiendo yo' (Bleichmar, 2002, pg. 5).

El autor rescata, sin embargo, que al momento de realizar una intervención de este tipo se requiere una alianza terapéutica establecida, donde prime la confianza y el diálogo franco ya que es una manera de confrontar al paciente con sus rasgos caracterológicos (Bleichmar, 2002).

Más allá de lo que pueda ayudar a los pacientes en su vida personal el hecho de contar con un mayor nivel de capacidad empática, también es importante tratar el tema de la empatía en esta parte de la pareja psicoterapéutica por la implicancia que tiene dentro de la relación. Ya se ha expuesto que si bien Rogers considera que los terapeutas presentan un grado de empatía constante que llevan a la terapia de todos sus pacientes (Rogers, 1975), hay quienes desacuerdan con esta postura y afirman que ciertos factores ambientales, entre los que se encuentra la persona del paciente, pueden servir como facilitadores u obstructores del despliegue de la empatía en el proceso terapéutico (Dekeseyer, Elliot, Leijssen, 2009). Este punto de vista se basa en que la empatía que despliegue el cliente con su terapeuta interactúa con las actitudes del terapeuta, tales como empatía, aceptación, autenticidad y calidez; de manera que si uno no percibe lo que ofrece el otro, entonces la posibilidad de establecer una alianza de trabajo efectiva y de obtener buenos resultados se ponen en juego (Dekeseyer, Elliot, Leijssen, 2009).

Esta perspectiva intenta superar la noción del terapeuta como único responsable de la empatía en la terapia, presentando una postura de orden interpersonal, que ofrece dos ventajas: en primer lugar subraya la continuidad entre la psicoterapia y otras relaciones humanas; y en segundo lugar ofrece una comprensión más completa de la empatía que resalta el papel de agencia del cliente y que provee importantes pistas sobre entrenamiento en psicoterapia (Dekeseyer, Elliot, Leijssen, 2009).

Los instrumentos de medición

Hay dos preguntas claves a las que se busca responder en este capítulo. La primera es ¿cómo se mide la empatía? y la segunda es ¿cómo se mide la empatía en el ámbito de la psicoterapia? Ambas cuentan con más de una respuesta en la literatura, por lo cual se pretende ordenar la información que se encuentra disponible de manera que sirva como primera aproximación para aquellos que se ven interesados en continuar evaluando la empatía.

Hay quienes dicen que se puede ver una disminución en la cantidad de estudios sobre empatía en la literatura (Changming y Hill, 1996) y lo atribuyen a la falta de un enfoque unívoco y a herramientas de investigación eficaces. Estos investigadores también sostienen que ha habido un cambio de interés hacia otros conceptos. Ellos mencionan la alianza de trabajo (Changming y Hill, 1996), pero luego de esta investigación se pueden mencionar a la teoría de la mente y la compasión como otros términos omnipresentes, hoy en día, en las investigaciones relacionadas con la empatía. Changming y Hill (1996) consideran importante volver a realizar estudios de evaluación de la empatía; creen que las pruebas empíricas pueden aportar datos para lograr el acuerdo en la definición conceptual del término.

Características de los instrumentos de empatía

Después de leer los primeros capítulos, no se puede sino concluir que al hablar de empatía estamos hablando de una gran gama de conceptos. La dificultad que acarrea el hecho de que no exista un acuerdo en el término empatía se extiende a los diferentes campos de investigación (Fernández Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008). El carácter multidimensional del término y esta falta de acuerdo entre los autores hacen muy difícil referirse al tema y, especialmente, investigarlo (Stepien y Baerstein, 2006). Medir la empatía, por lo tanto, ha pasado a ser un desafío complejo; los que se interesen por este camino deberán tomar decisiones, elegir una concepción y partir de allí, ya que la extensión del término en su totalidad es inabarcable. Las dificultades que se presentan incluyen el desacuerdo en lo que la empatía significa, los componentes afectivos y cognitivos que la componen, y la dificultad que existe para diferenciarlo de otros constructos.

Es así que a la hora de realizar un proyecto de investigación para evaluar la empatía, el enfoque que cada investigador tenga, hará que varíe en gran medida el instrumento a utilizar y la manera de procesar e interpretar la información que se obtenga.

Dentro de la gran diversidad de investigaciones de empatía que se puede encontrar, existen desde estudios en los que se envía un cuestionario auto-administrable por correo a los participantes, hasta los que toman imágenes de fMRI⁶ de un sujeto mientras observa imágenes de personas en situaciones de dolor. Como uno se puede imaginar fácilmente, los resultados que arrojan ambos estudios van a ser muy diferentes, y esto se puede trasladar a otras investigaciones sobre empatía, de manera que a cada una hay que tomarla en particular, evitando hacer generalizaciones.

En el campo de la investigación en empatía se puede hablar de dos aproximaciones diferentes: Los que evalúan la empatía a través de autoinformes y aquellos que emplean medidas de ejecución en la evaluación, es decir, la empatía que efectivamente demuestra el sujeto en una situación concreta (Fernández Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008). Una de las primeras decisiones que debe tomar un investigador a la hora de estudiar la empatía es cual de estos tipos de instrumentos va a utilizar. Será inevitable dejar ciertos aspectos de la empatía por fuera. Lo importante, entonces, es identificar lo que presenta mayor interés para el investigador dentro de la empatía y encontrar el instrumento que más se adecue a ello.

A continuación se presentan algunos de los instrumentos disponibles más utilizados en investigación sobre empatía.

⁶ funcional Magnetic Resonance Imaging [Imagen de resonancia magnética funcional]

Instrumentos que evalúan la empatía

Los instrumentos que se describen a continuación son los más utilizados en la investigación sobre la empatía en general. Son escalas y tests con niveles altos de validez y confiabilidad que, si bien se basan en diferentes definiciones operacionales sobre lo que implica la empatía de las personas, son los responsables de la información empírica que se puede encontrar actualmente sobre empatía.

Estos instrumentos no han sido utilizados aún para evaluar el grado de empatía de psicoterapeutas o pacientes en psicoterapia (sin un diagnóstico en particular), lo no quiere decir que alguno de estos pueda ser utilizado en el futuro, con o sin modificaciones, para ofrecer nuevas perspectivas sobre este campo.

La escala de Dymond

Esta escala, creada en 1949, es una de las primeras que tuvo cierta importancia y calidad (Davis, 1996; Fernández Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008; Meherabian y Epstein, 1972; Wispé, 1987). Si bien no hay mucha información disponible sobre la misma, se sabe que fue concebida para evaluar la capacidad de una persona para tomar la perspectiva del otro, y es por eso que se la considera dentro de las *escalas cognitivas* de la empatía. Si Davis está en lo correcto, la definición conceptual de empatía en la que se basó Dymond en 1950 dice que la empatía consiste en “transportarse, uno mismo, hacia el pensamiento, sentimiento y conducta de otro” (citado en Davis, 1980).

Esta escala es la precursora de las escalas de empatía y eso le otorga cierto valor. Sin embargo, ha sido criticada por su falta de precisión por aquellos que la utilizaron (Davis, 1980). La principal crítica que menciona Davis (1980) es que la mayoría de los ítems no se encuentran relacionados con ninguna habilidad cognitiva para comprender al otro. La definición operacional de la empatía que presenta este autor, según Meherabian y Epstein (1972) mide la precisión en las predicciones realizadas por el sujeto evaluado y no la capacidad de comprenderlo o de sentir aquello que el otro siente.

La escala de Meherabian y Epstein

La escala de empatía emocional (EES) creada por Meherabian y Epstein en 1972, es un cuestionario auto-administrado. A lo largo de sus 33 ítems el cuestionario presenta afirmaciones a las cuales la persona debe otorgar un valor que va desde el -4 (completamente en desacuerdo) al +4 (completamente de acuerdo). La escala evalúa dos dimensiones de la empatía:

- a) la ausencia de agresividad hacia el otro; y
- b) la conducta de ayuda.

Su principal hipótesis es que una persona que cuenta con un alto nivel de empatía emocional presenta menos posibilidades de comportarse de manera agresiva.

Todas sus sub-escalas responden a alguna de estas dimensiones, entre las más importantes se pueden mencionar:

- Suceptibilidad al contagio emocional;
- apreciación de los sentimientos de personas ajenas al círculo cercano de la persona;
- respuesta emocional extrema;
- tendencia a conmoverse ante las experiencias positivas de los otros;
- tendencia a conmoverse ante los estados negativos de los otros;
- deseo por entrar en contacto con otros que tienen problemas; entre otras (Meherabian y Epstein, 1972).

Uno de los problemas más importantes con los que se encuentra este tipo de cuestionario es el de la deseabilidad social, o sea, que las respuestas se adecúen a lo que la persona considera que la sociedad valora. Muchos sujetos responden desde esas suposiciones en vez de contestar con total sinceridad. Por ejemplo, ante el ítem que dice: “me pone triste ver a un extraño aislado de un grupo”, una persona que en realidad no se preocupa por eso podría contestar que está de acuerdo con la afirmación por creer que es la manera correcta de responder. En este estudio, para disminuir el efecto de la deseabilidad social, sus creadores correlacionaron el cuestionario con el de deseabilidad social de Crowne y Marlowe y encontraron que los resultados no se veían significativamente afectados por esta (citado en Meherabian y Epstein, 1972).

Este instrumento, ha sido utilizado asiduamente en la evaluación de la empatía emocional en investigaciones principalmente del campo de la psicología social y la psicología evolutiva. Artículos de revisión actuales, presentan a esta escala como una de las más utilizadas en investigación (Fernández Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008).

Los autores de la escala (Meherabian y Epstein, 1972) creen que el cuestionario debería utilizarse, por ejemplo, para ver si un alto nivel de empatía emocional explica el éxito de terapeutas con bajo nivel de entrenamiento (novatos). Esta escala cuenta con una versión más actualizada en la que Meherabian logró aumentar el índice de consistencia interna (Fernández Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008). Esta segunda versión, desarrollada en 1996, presenta 30 ítems y se llama “Escala de Empatía Emocional Balanceada (BEES por sus siglas en inglés) (Stepien y Barenstein, 2006).

Índice de Reactividad Interpersonal de Davis (IRI) (1980):

Esta escala, creada por Mark Davis en 1980, es un cuestionario de auto-administración que cuenta con 28 ítems e integra 4 sub-escalas que permiten evaluar diferentes dimensiones de la empatía. El sujeto a evaluar debe otorgar un puntaje que se extiende de 1 a 5 según el grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación (Davis, 1980).

Las subescalas que presenta son:

- Toma de perspectiva. por ejemplo: “Intento comprender mejor a mis amigos imaginando cómo se ven las cosas desde su punto de vista”.
- Preocupación empática (*Empathic Concern*): “Cuando veo que se están aprovechando de alguien, siento la necesidad de protegerle”.
- Sufrimiento personal (*Personal Distress*): “A veces me desespero cuando me encuentro en medio de una situación con alto contenido emocional”.
- Fantasía: “Al mirar una película me identifico con el protagonista con mucha facilidad”

Durante el desarrollo de la escala se realizaron cuatro versiones, cada una perfeccionaba los errores de la anterior. La versión final presenta las siguientes características: En primer lugar, cuenta con excelentes propiedades psicométricas y la validez interna de cada una de las cuatro sub-escalas es bastante buena. En segundo lugar, las diferencias entre géneros (masculino y femenino) encontradas en la escala son consistentes con el patrón general encontrado en la investigación en psicoterapia: las mujeres puntúan mejor en las escalas de reactividad emocional (incluyendo fantasía) y los hombres presentan mejores resultados en la toma de perspectiva. Por último, los resultados sostienen la hipótesis de Hoffman sobre la interrelación de las tendencias empáticas; esto es que a mayor habilidad para la toma de perspectiva, se asocian mayores niveles de preocupación empática y menores niveles de sufrimiento personal ante las experiencias negativas de otras personas. El nuevo instrumento parece ser especialmente útil en investigaciones sobre la naturaleza multidimensional del proceso empático (Davis, 1980).

En español existe una versión de esta escala traducida por Pérez-Albéiz, de Paúl, Etxeberría, Montes y Torres (2003). En investigaciones realizadas para poner a prueba esta escala se han encontrado características psicométricas similares a las que posee el instrumento en su idioma original.

Reading the Mind in the Eyes

Este instrumento se utiliza para medir Teoría de la Mente en adultos. Dado que muchos autores mencionan que este constructo se superpone con el de empatía, los resultados que brinda pueden leerse como inherentes al estudio de este otro concepto también. Al interiorizarse en el contenido de la prueba queda en evidencia que estudia la capacidad de comprender los sentimientos/pensamientos de los otros a través de la lectura de la mirada. Por esta razón, y por el hecho de que se encuentra una gran cantidad de estudios que han utilizado este test con resultados muy significativos, se pasará a describirlo y a enunciar algunos de los resultados que se han recabado hasta el momento.

El test original de "Reading the Mind in the Eyes" [Leyendo la mente a través de la mirada] fue descrito en una investigación por Baron-Cohen, Joliffe, Mortimore y Robertson (1997) y revisado varios años después (Baron-Cohen et al., 2001). La prueba consta de 36 fotografías en las que se observan las miradas de hombres y mujeres que expresan un sentimiento o pensamiento. Cada fotografía tiene cuatro respuestas posibles que aparecen en la pantalla y el sujeto debe elegir la más adecuada. Esta tarea implica capacidad de teoría de la mente en el sentido que el sujeto tiene que comprender representaciones de estados mentales y relacionarlos con expresiones faciales. Algunos de los estados mentales son «básicos» (feliz, triste, enojado, atemorizado) y otros son más «complejos» (reflexivo, arrogante, etc.). El rango normal es de 22-30 aciertos y una puntuación superior a 30 indica un elevado nivel de empatía. El test está destinado a la evaluación de adultos (Baron-Cohen et al., 2001).

Según el propio Baron-Cohen este test valora aspectos emocionales complejos que surgen en la interacción social, además de que el sujeto debe ponerse en 'el lugar de la otra persona' (Baron-Cohen, et al., 2001). El autor señala que para llevar a cabo la tarea que propone el test el sujeto debe:

- Conocer el significado de un léxico complejo que hace referencia a emociones y sentimientos;
- completar la expresión facial acompañante a la mirada basándose en la expresión de los ojos; e
- identificar la emoción que le genera esa expresión determinada (empatía).

El test que se realizó inicialmente requirió de una revisión ya que los resultados obtenidos inicialmente presentaban problemas de orden psicométrico. El primero contaba con 25 ítems y ofrecía únicamente dos opciones por ítem (Binomial test); mientras que el revisado presenta 36 ítems, con cuatro opciones de respuesta cada uno (Baron-Cohen et al., 2001). La manera en que validaron el test fue tomándose a pacientes con Síndrome de Asperger (o Autismo de alto funcionamiento) y a quienes no presentan el cuadro y comparando sus resultados.

Este instrumento puede servir para constatar si los adultos poseen Teoría de la Mente o empatía y, si bien fue creado para detectar indicadores sutiles de inferencia mental en poblaciones con espectro autista leve, permite medir empatía en todo tipo de poblaciones. Los adultos con autismo o síndrome de Asperger, a pesar de tener un CI normal o por encima de la media, presentarían déficit en esta prueba específica de Teoría de la Mente.

Como señala el propio autor, una de las limitaciones del instrumento es que utiliza fotografías con expresiones de los ojos estáticas, lo que resta validez ecológica a la prueba. Otra limitación importante puede ser la calidad de los actores elegidos para fotografiar las expresiones emocionales ya que no sabemos si lo hacen 'sintiendo la emoción o aparentando sentirla' (Baron-Cohen et al, 2001).

En cuanto a la relación existente entre la ejecución del test 'la mente en los ojos' y las estructuras cerebrales, gracias a la aplicación de resonancia magnética (RM) se observa una activación de las regiones frontales bilaterales, sobre todo, en el giro frontal medial bilateral, el giro temporal superior izquierdo, el polo temporal y el giro frontal superior medial (Platek, Keenan, Gallup y Mohamed, 2004).

Hay investigaciones que han utilizado este test para detectar las diferencias en Teoría de la Mente/empatía de personas con diferentes lesiones y se ha encontrado que pacientes con lesiones bilaterales de lóbulo frontal (incluyendo amígdala) presentan un rendimiento inferior en esta prueba que paciente con lesiones en lóbulos frontales (Shaw, Bramham, Lawrence, Morris y David, 2005). En cuanto a otros

correlatos fisiológicos, utilizando este test al tiempo que se midieron niveles hormonales en las personas, se ha encontrado que la oxitocina desempeña un papel importante en la capacidad de las personas para comprender los estados mentales de los otros (Domes, Heinrichs, Michel, Berger, Herpertz, 2006).

Otras investigaciones que emplearon este instrumento de medición encontraron que:

- Los psicópatas -contrariamente a los que algunos suponían- no presentan dificultades de ningún tipo para leer la mente a través de los ojos (Richell, et al., 2002).

- Pacientes con Trastorno límite de la personalidad obtuvieron niveles superiores a la media, lo que hace pensar a sus investigadores que esta sensibilidad, que se ve aumentada, puede ser la base de las dificultades sociales que despliegan los portadores de este trastorno (Fertuk et al., 2009)

- Se han encontrado diferencias significativas en lectura de la mirada de tres pacientes que, obteniendo buenos resultados en el 'Minimal State Examination Score' (MMES), presentan grados leves de tres tipos de demencia. La paciente con Alzheimer obtuvo resultados prácticamente iguales a la media; el paciente con demencia fronto-temporal obtuvo un puntaje muy bajo; y la paciente con demencia de cuerpos de Lewis presentó puntajes bajos, aunque no tanto como el paciente con demencia fronto-temporal. Si bien los resultados no son representativos de la población por lo acotado de la muestra, dan lugar a pensar que la empatía no se vería afectada en los primeros estadios de la Enfermedad de Alzheimer y sí en las otras demencias. Es necesario que se extiendan estas investigaciones para determinar con mayor precisión el grado en que la empatía se ve afectada en estas patologías (Modinos, Obiols, Pousa, y Vincens, 2009).

- Individuos con diagnóstico de autismo y Asperger fracasan sistemáticamente en esta prueba (Rutherford, Baron-Cohen, Wheelwright, 2002).

- Se encontró una correlación moderadamente positiva entre el rendimiento en el test de lectura de la mente a través de los ojos y la severidad de los síntomas positivos en pacientes con esquizofrenia. Esto implicaría que a mayor presencia de síntomas positivos, menor capacidad empática por parte del paciente. Los autores señalan que no se da tal relación con pacientes con predominancia de sintomatología negativa (Meyer y Shean, 2006)

Instrumentos de evaluación de la empatía dentro del ámbito psicoterapéutico

En este trabajo ya se ha hecho mención a la importancia de la empatía en el campo de la psicoterapia. Se han desarrollado los aportes teóricos más importantes que sostienen esta idea y se ha resaltado la importancia de obtener mayor información empírica que avale o refute muchas de las teorizaciones planteadas.

A la hora de evaluar la empatía en el ámbito psicoterapéutico uno se encuentra con instrumentos que han sido desarrollados específicamente con este fin. Todos ellos presentan características diferentes y, por lo tanto, ofrecen información distinta sobre el fenómeno estudiado. En el presente trabajo los instrumentos de evaluación se ordenaron a partir de una clasificación presentada por Bohart et al. (2002). Cabe mencionar que ya en 1957 Rogers había propuesto diferentes maneras de evaluar la empatía en psicoterapia (Rogers, 1957/2007), sin embargo en ese momento todavía no se habían desarrollado instrumentos para hacerlo.

Entre las maneras disponibles para evaluar la empatía del terapeuta se encuentran:

- los cuestionarios que responde el propio terapeuta;
- los cuestionarios en los que el paciente evalúa el desempeño empático de su terapeuta;
- las evaluaciones realizadas por observadores externos; y
- las escalas de predicción empática, donde lo que se evalúa es la capacidad del terapeuta para predecir las contestaciones de su paciente.

En cuanto a la evaluación de la empatía del paciente, ésta es un área que aún no cuenta con desarrollos específicos. Se ha mencionado anteriormente que algunos autores se muestran interesados en los resultados que dichas investigaciones podrían revelar (Bleichmar, 2002; Dekeyser, Elliot y Leijssen, 2009). Ellos se basan en que si la empatía se observa como un ciclo donde ambos participantes se comprenden y “sintonizan” mutuamente, se requiere de los dos participantes para que se despliegue dentro del proceso terapéutico. Sin embargo, poco es lo que se ha puesto en juego y si alguien se encuentra interesado en realizar una investigación de este tipo debería recurrir a instrumentos generales como “Reading the Mind in the Eyes”, el cuestionario de Meherabian y Epstein (1972), el IRI desarrollado por Davis; o debe realizar una adaptación de alguno de los instrumentos que se describirán a continuación.

Empatía evaluada por el paciente

Barrett- Lennard Relationship Inventory (BLRI):

Esta escala fue creada por Godfrey Barret-Lennard en 1962 como un instrumento para la terapia centrada en la persona (Bohart et al., 2002; Simmons, Roberge, Kendrick y Richards, 1995). La definición operacional, por lo tanto, es la que se acerca más a la perspectiva de Carl Rogers (Bohart et al., 2002).

Si bien el instrumento es extenso y mide diferentes aspectos de la relación terapéutica, cuenta con una sub-escala de empatía que puede utilizarse de manera aislada del resto de las escalas. Esta escala consta de una serie de ítems que completa el paciente en función de su terapeuta. Principalmente se evalúa la comprensión empática del terapeuta, es decir, si el paciente se siente comprendido por aquel. Es importante destacar que para Rogers no basta con que el psicoterapeuta capte los sentimientos y pensamientos de su paciente, sino que debe ser capaz de comunicar esta comprensión. Éste punto también se evalúa en la escala (Rogers, 1975).

Lo que este instrumento tiene a su favor en relación a otros en el campo de la psicoterapia, es que cuenta con evidencia empírica que avala la correlación positiva entre los niveles de empatía del terapeuta (obtenidos de la percepción de sus pacientes) y los resultados de la psicoterapia, tanto en la orientación psicodinámica como cognitivo-conductual (Marci, Ham, Moran, Orr, 2007).

Algunos de los estudios que utilizaron este instrumento encontraron los siguientes resultados:

- Se evaluó con este instrumento a un grupo de terapeutas no-videntes y a otro de terapeutas videntes a modo de grupo control. Los resultados muestran que para sus pacientes los terapeutas no videntes fueron percibidos significativamente como más empáticos que los otros (Fletcher, Nystul, 1993). Si bien los autores no presentan hipótesis sobre las posibles causas, sería interesante discriminar si es que los no-videntes perciben cambios más sutiles en las inflexiones de la voz; si es que los videntes tienen más tendencia a la distracción; o si hay otra explicación posible para estos resultados.
- En otro estudio se presentó una versión abreviada de este instrumento a un grupo de terapeutas cuyas pacientes mujeres habían comunicado haber padecido de incesto. Se encontró que la respuesta positiva del terapeuta en la primer comunicación y el hecho de que hayan realizado preguntas directas son elementos facilitadores para que las mujeres comuniquen situaciones de incesto. (Josephson y Fong-Beyette, 1987).
- Fuera del ámbito de la psicoterapia se utilizó la escala para detectar las condiciones que se relacionan con mayor satisfacción en la pareja. Entre los conceptos evaluados, la empatía presentó un nivel superior, por lo cual los investigadores concluyeron que un buen nivel de empatía promueve la satisfacción en la pareja y coincide con la idea de que exista entrenamiento empático en la pareja (Duncan, 2003).

Empatía evaluada por el terapeuta

Para la auto-evaluación de la empatía del psicoterapeuta, uno de los instrumentos que se utiliza es una versión modificada y apta para la auto-administración del BLRI (Bohart, et al., 2002). Según Bohart, en

revisiones anteriores realizadas por Barrett-Lennard y por Gurman, se ha encontrado que estas escalas no son predictivas de los resultados de la psicoterapia ni se correlacionan con las escalas evaluadas por el paciente o por un observador externo (Bohart et al., 2002). La interferencia que tiene la deseabilidad social en este tipo de cuestionarios puede constituir una de las razones por las cuales sus resultados no sean tan confiables.

Por otro lado, dentro de este tipo de cuestionarios, se puede encontrar una escala llamada "Escala de evaluación del constructo de empatía", Empathy Construct Rating Scale (ECRS) que si bien no es específica del campo de la psicoterapia es apta para su utilización (Bohart et al., 2002).

Escala de evaluación del constructo de empatía(ECRS)

La escala fue desarrollada por Elein La Mónica, quien asegura que cuenta con un alto grado de validez en la evaluación de la empatía. El campo en el que trabaja esta investigadora es el de la enfermería, sin embargo, el instrumento no fue desarrollado para esa profesión exclusivamente (La Mónica, 1996). El cuestionario cuenta con 100 ítems que pueden ser evaluados tanto por la propia persona como por un observador externo. A cada ítem se le otorga un puntaje de 0 a 5 puntos (Stepien y Barenstein, 2006).

Una de las diferencias que se encuentran con otros tests de este tipo es que La Mónica no clasifica los ítems en subescalas ya que expone que sus resultados avalan el hecho de que "la empatía es un constructo que existe como un todo y cada uno de sus elementos debe estar presente para que exista" (La Mónica, 1996, pg. 389). Un ítem a modo de ejemplo es: "parece comprender el estado emocional de la otra persona" (Stepien y Barenstein, 2006)

Empatía evaluada por un observador

Este tipo de instrumentos cuenta con un evaluador externo que puntúa la empatía del terapeuta luego de estar presente en la sesión psicoterapéutica (in-situ o en cámara Gesell). Según Stepien y Barenstein (2006), estas escalas sirven principalmente para medir la empatía en modelos centrados en el paciente. Se han encontrado una serie de escalas de este tipo, a continuación se desarrollará la más importante en función a las investigaciones que la utilizaron y se mencionarán las otras con menos detalle.

Escala de resultados de empatía de Truax

La escala de resultados de empatía de Truax (Truax Empathy Scores) fue realizada en 1967 por Truax y Carkuff. Surgió dentro del enfoque de psicoterapia centrado en el paciente. En esta escala hay un observador que evalúa el nivel de empatía del terapeuta. El observador presencia una sesión terapéutica y luego otorga un puntaje según el nivel de empatía evaluado. La sesión puede observarse de manera directa; a través de un video; o el juez puede escuchar una grabación de la misma (Stepien y Barenstein, 2006). Stepien y Barenstein mencionan que el instrumento puede utilizarse también con porciones pequeñas de las sesiones.

De esta manera el observador luego de ver o escuchar la interacción paciente-terapeuta adjudica un nivel de empatía al terapeuta según la descripción que considere que se adecua mejor con lo observado. Los niveles van del 1 (que representa el nivel más bajo de comprensión empática) al 8. Para ejemplificar, a continuación se presentan dos niveles (uno bajo y uno alto), los niveles restantes presentarían características intermedias.

- Nivel 1: La definición del terapeuta es la siguiente: "Parece totalmente desatento, hasta de los sentimientos más evidentes del paciente. Sus respuestas no son apropiadas al estado de ánimo del paciente ni a sus sentimientos. El terapeuta puede estar aburrido y desinteresado o dando consejos de manera activa, pero no comunica el estar al tanto de las vivencias del paciente"(Truax 1967, pp. 556-7; citado en Rogers, 1975)
- Nivel 8: El terapeuta se define de la siguiente manera: "Interpreta con precisión todos los sentimientos presentes en el paciente. También descubre las áreas ocultas del paciente, comunicando sus

significados en función de la experiencia de aquel, muchas de las cuales el mismo paciente aún no está al tanto. El contenido que sobreviene al paciente es nuevo pero no ajeno, lo puede aceptar. El terapeuta está atento a los errores que él mismo puede cometer ya que se mantiene alerta a las reacciones del paciente sobre sus intervenciones. El terapeuta cambia rápidamente sus respuestas cuando detecta que algo no está bien, demostrando estar muy atento a lo que sucede y lo que se está hablando. El terapeuta también refleja un compañerismo con su paciente en tentativas de ensayo y error. Su tono de voz demuestra la seriedad y profundidad de su empatía” (Truax 1967, p. 566.; citado en Rogers, 1975)

Un estudio realizado con este instrumento en 1969, por un lado evaluó la empatía de los terapeutas y, por otro, se les tomó el MMPI⁷ y una prueba de inteligencia. Los investigadores alcanzaron las siguientes conclusiones:

- a mayor nivel de perturbación en la personalidad (MMPI), menor grado de empatía manifestada en las entrevistas; y
- no existe ninguna correlación entre los índices de capacidad intelectual de terapeutas y sus puntuaciones de empatía (Bergin y Jasper, 1969).

Stepien y Barenstein (2006) mencionan en su artículo otra escala que ha sido menos utilizada: La escala de Watson. Esta escala, creada en 1999, involucra tanto la comunicación verbal como la no verbal. También permite que se correlacione con la escala de Barrett-Lennard (BLRI) del paciente y además brinda la posibilidad de que sean los supervisores quienes evalúen a los terapeutas (Stepien y Barenstein, 2006).

Escalas de predicción empática

En este tipo de escalas los terapeutas evalúan lo que los pacientes contestarían por sí mismos en diferentes ítems de escalas de personalidad o listas de síntomas. Luego se comparan estos resultados con los que el paciente completa. La medida de empatía en estos casos es la congruencia entre los puntajes del paciente y del paciente. Se las llaman predictivas porque el terapeuta trata de predecir la manera en que contestará el paciente (Bohart, et al., 2002)

El instrumento que más se ha utilizado para la predicción empática es un modelo creado por William Ickes y colaboradores en 1990, que presenta variantes según la relación interpersonal de los sujetos evaluados (Ickes, Marangoni y García, 1997). En este instrumento no se administra un cuestionario sino que se filma una situación de interacción entre dos personas para en un segundo momento hacer que miren esa situación y que indiquen los sentimientos y pensamientos que recuerdan haber tenido en diferentes momentos del encuentro. La tercer etapa del estudio consiste en hacerlos observar el video nuevamente y, en este caso, preguntarles a cada uno sobre lo que creen que **el otro** estaba sintiendo o pensando en ciertos momentos. El instrumento fue utilizado para medir empatía en todo tipo de díadas, desde gente desconocida interactuando en una sala de espera, hasta matrimonios. Para adaptarlo a la evaluación de la empatía del terapeuta, los investigadores realizaron una pequeña modificación: los pacientes sólo completaban lo que ellos habían sentido/pensado mientras que los terapeutas sólo comentaban sobre lo que creían haber captado de sus pacientes (Schmid-Mast y Ickes, 2007).

Esta manera de medir la empatía es considerablemente diferente a los cuestionarios descritos anteriormente. La prueba presenta mayor valor ecológico ya que permite evaluar la precisión con que el terapeuta comprende e interpreta a su paciente. Es un método confiable y objetivo para medir la empatía (Schmid-Mast, Ickes, 2007). Hay menor posibilidad de que la capacidad de percepción del paciente, por ejemplo, interfiera con los resultados.

En un estudio realizado en 1995 por Marangoni y su equipo, 80 estudiantes observaron tres videos de sesiones psicoterapéuticas y realizaron inferencias sobre los sentimientos de cada paciente. Lo más relevante del estudio fue que cada participante obtuvo niveles de empatía consistentemente altos,

⁷ Minnesota Multiphasic Personality Inventory

medios, o bajos en las tres observaciones. Estos resultados fueron interpretados por los autores como que la capacidad empática de un sujeto se mantiene constante con las diferentes personas con las que interactúa. A partir de estos datos los autores proponen que cuando se tomen evaluaciones a aspirantes en cursos de especialización clínica se los evalúe en su capacidad empática. También expresan que se debería entrenar a los futuros terapeutas en habilidades empáticas utilizando videos con la información de los pacientes sobre sus emociones y pensamientos a cada momento (Schmid-Mast y Ickes, 2007).

En otras investigaciones donde se utilizó la escala de precisión empática con terapeutas los resultados obtenidos muestran que la precisión empática de una persona aumenta a medida que ha mantenido mayor contacto con el sujeto con el que debe empatizar. También se observó que en las situaciones en las que el sujeto brindó feedback sobre sus sentimientos y pensamientos, la precisión empática del terapeuta mejoró (Marangoni, García, Ickes y Teng, 1995).

Estudios fisiológicos

Una nueva línea de investigación ha comenzado a utilizar instrumentos tales como la medición de conductividad dérmica para evaluar la empatía.

Recientemente se han realizado estudios en díadas de pacientes y terapeutas, en las que se ha medido la respuesta galvánica del terapeuta durante la interacción (medida por la conductividad dérmica) y luego se ha comparado los resultados con la evaluación de empatía del terapeuta que realiza el paciente. Los resultados revelan que a mayor respuesta galvánica, mayor nivel de empatía del terapeuta percibido por el paciente (Marci, Ham, Moran y Orr; 2007).

La posibilidad de correlacionar ciertos procesos fisiológicos con conceptos provenientes de la teoría fisiológica despierta mucho interés en investigadores actuales. Éste se considera como campo fértil para la dirección de nuevas investigaciones.

Discusión

La primer conclusión a la que se arriba es que, tal como se indicó al comienzo del trabajo, la empatía es un concepto complejo. La literatura que se ha ocupado de estudiar el tema es muy abundante, sin embargo la tendencia parece ser el discutir sobre las concepciones teóricas sobre el término, más que aumentar la cantidad de evidencia empírica que ayude a aclarar sus alcances. Se pueden ver muchas definiciones conceptuales sobre empatía y de estas derivan otras tantas definiciones operacionales. Es por esta causa que los instrumentos que intentan medir la empatía difieren entre sí, resultando en escalas y tests de diversa naturaleza que pueden ser utilizados para finalidades muy distintas.

Uno de los anhelos presente en aquellos que trabajan con la empatía es encontrar una manera de definir el término que satisfaga a todas las perspectivas. Si bien es muy difícil que se logre en su totalidad, se puede intentar alcanzar este objetivo realizando nuevos estudios de orden empírico que aporten evidencia sobre lo que **es** empatía y lo que **no lo es**. Entre los aportes que resultan más novedosos desde este aspecto, sin duda se destacan los estudios de neurociencias.

De cualquier manera, es posible que las diferencias en la concepción de la empatía se mantengan, y que siga siendo necesario definir el término no sólo en su extensión sino también en oposición a otros términos con los que se lo confunde. Lo más importante, en cualquier caso, es conocer las diferentes concepciones y comprender que no hay un modo simple de describir lo que es empatía.

Esta situación se extiende al campo de la psicoterapia, donde algunos de los principales representantes de diferentes modelos teóricos incluyeron a la empatía en sus desarrollos. Al ver la importancia que parece tener la capacidad empática de los terapeutas, parece necesario poner a prueba sus aseveraciones utilizando instrumentos válidos y confiables. Para alcanzar este fin se han desarrollado diferentes escalas que, sin embargo, no han arrojado datos contundentes que permitan establecer premisas sobre el rol de la empatía en psicoterapia. A este hecho se le suma que hay una gran diferencia entre los múltiples estudios que han sido destinados a evaluar la concepción humanista del término y la ausencia de información de carácter empírico sobre la perspectiva de Kohut y el modelo psicodinámico. También hay un vacío de investigación que compare la empatía que ponen en juego terapeutas de diferentes marcos teóricos. En principio parecería que los humanistas y los psicodinámicos utilizan más la empatía que los cognitivos y los sistémicos, pero los datos que existen para generar esta información surgen de preguntas que se les realizaron a terapeutas de diferentes marcos teóricos y no de la evaluación directa. Son necesarias las investigaciones empíricas que alcancen alguno de estos resultados: o aportan evidencia sobre las diferencias en el uso de la empatía de terapeutas con diferente formación teórico/técnica, o refutan la hipótesis que sostiene estas diferencias y, por lo tanto, apoya la teoría que prioriza a los factores inespecíficos, comunes a todas las corrientes de psicoterapia.

Luego de leer esta disertación no queda sino la esperanza de que se lleven a cabo nuevas investigaciones que brinden mayor información sobre el uso de la empatía en la psicoterapia. A continuación se presentarán algunas de los estudios que podrían llevarse a cabo en un futuro para este fin.

En primer lugar sería interesante modificar algún instrumento para que mida tanto la empatía del terapeuta como la del paciente y corroborar si la retroalimentación entre ambos da lugar a una mejor comprensión mutua y si esto se relaciona con una fuerte alianza de trabajo.

Se podría contrastar resultados de cuestionarios generales de empatía administrados a los terapeutas (BEES, IRI o RME Test) y compararlos con la percepción que los pacientes tienen sobre ellos. Esto permitiría evaluar si ambos instrumentos presentan una correlación positiva así como también observar si un terapeuta que utiliza empatía en su práctica profesional también es empático en su vida diaria o si es posible que se presenten discrepancias.

También se debe intentar encontrar qué es lo que han hecho o dicho los terapeutas para que sus pacientes los perciban como empáticos. Una posibilidad sería administrar el BLRI después de una sesión y luego hacerlos escuchar la sesión grabada para que identifiquen momentos en los que se expresó la empatía.

Desde otro eje, es importante definir las características de la empatía de los terapeutas. Dentro de lo que se ha expuesto hay quienes consideran a la empatía como una capacidad flexible que se ve afectada por cambios situacionales; y quienes sostienen su estabilidad. Se podría poner a prueba esa controversia aplicando un mismo test de evaluación realizada por parte del paciente a una cantidad significativa de pacientes de un mismo terapeuta. Otra manera de ponerlo a prueba sería utilizando la escala de precisión empática de Ickes y colaboradores. En esta segunda opción también se compararían los resultados de un mismo terapeuta con diferentes pacientes.

En cuanto a la empatía del paciente, es importante que se estudie si un nivel alto se corresponde con buenos resultados de la psicoterapia; si hay correlación entre empatía del paciente y la empatía que perciben de sus terapeutas; y si el entrenamiento en habilidades empáticas que se puede realizar dentro de la terapia es eficaz. También aportaría mucha información un estudio que evalúe la empatía de personas que hayan pasado por un proceso terapéutico, para luego comparar los resultados con el porcentaje que abandonó el tratamiento a diferencia de quienes lo concluyeron en acuerdo con su terapeuta.

Como se puede ver las posibilidades se reproducen a medida que se avanza en el análisis de los términos. En relación a la empatía se cuenta con una importante cantidad de instrumentos y hay muchos interrogantes para responder. Desde este lugar la propuesta es que los estudios sobre empatía se multipliquen ya que es la única manera para esclarecer la naturaleza del término y poder comprender su utilidad dentro del campo de la psicoterapia.

Referencias

- Aragno, A. (2008). The Language of Empathy: An Analysis of Its Constitution, Development, and Role in Psychoanalytic Listening. *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 56, 713-740.
- Armenta Mejía, J. (2002) Proactividad y psicoterapia: una visión narrativa centrada en la persona. *Revista Mexicana de Psicología Humanista y desarrollo Humano Prometeo*. 33.
- Baringoltz, S. (2005, Junio) *La importancia del estilo personal del terapeuta y el vínculo como herramientas terapéuticas*. International Congress of Cognitive Psychotherapy. Suecia.
- Baron-Cohen, S. Jolliffe, T.; Mortimore, C.; Robertson, M. (1997). Another advanced test of Theory of mind: Evidence from very High functioning adults with autism or Asperger Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 38(7): 813-822.
- Baron-Cohen, S.; Wheelwright, S.; Hill, J.; Raste, Y.; Plumb, I. (2001) The "Reading the Mind in the Eyes" Test, Revised Version : A Study with Normal Adults , and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.42 (2): 241-251.
- Batson, C. D. (1991) *The altruism question: Towards a social social-psychological answer*, Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Batson, D. (2009) These things called empathy: Eighth Related but Distinct Phenomena. En Decety, J.; Ickes, W. (Eds) *The Social Neuroscience of Empathy*. Massachusetts: MIT Press.
- Bergin, A. E.; Jasper, L. G. (1969) Correlates of empathy in psychotherapy: A replication. *Journal of Abnormal Psychology*.74(4): 477-481
- Bohart A.C., Elliott, R., Greenberg, L.S., Watson, J.C. (2002). Empathy. In Norcross J.C. (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Bleichmar, H. (2002) *La empatía desde la perspectiva del enfoque modular-transformacional en psicoanálisis*. Presentado en la Jornada Anual de la Asociación Laureano Cuesta sobre empatía. Madrid: España.
- Book H. E. (1988) Empathy: Misconceptions and Misuses in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*.145:420-424
- Bordin, E.S. (1994) Theory and research on the Therapeutic Working alliance: New Directions. [Teoría e investigación en la alianza terapéutica de trabajo: nuevas direcciones] En Horvath, A. O. y Greenberg, L.S.(Eds.) *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*. [La alianza de trabajo: Teoría, investigación y práctica] New York: Irving B. Weiner, Series Editor. [versión digital]
- Bozarth, J. D. (2009) Rogerian Empathy in an Organismic Theory: A Way of Being. En: Decety, J.; Ickes, W. (Eds). *The Social Neuroscience of Empathy*. Massachusetts: MIT Press.
- Carlozzy, A. F.; Bull, K. S.; Stein, L. B. ; Ray, K.; Barnes, L. (2002). Empathy theory and Practice: A Survey of Psychologists and Counselors. [Teoría y práctica de la empatía: una encuesta realizada a psicólogos y counselors] *The Journal of psychology* 136 (2), 161-170 (versión digital) (traducción personal)
- Capó, J.S. (1982) *Entrevista a Carl Rogers*. Barcelona. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/EducacioCultura/article/viewFile/70106/86427> última consulta realizada el 19 de abril de 2010.
- Changming D.; Hill, C. E. (1996) The current state of empathy research. *Journal of Counseling Psychology* 43(3): 261-274.
- Davis, M. H. (1996). *Empathy: A Social Psychological Approach*. [Empatía: Una aproximación de la psicología social] Boulder, CO: Westview Press. (traducción personal)

- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10(4), 85-104.
- Decety, J. (2005) Perspective Taking as the Royal Avenue to Empathy. En Malle, B. E.; Hodges, S. D. (Eds.) *Other Minds. How Humans Bridge the Divide Between Self and Others*. New York: Gilford Press.
- Decety, J.; Meyer, M. (2008). From emotion resonance to empathic understanding : A social developmental neuroscience account. *Development and Psychopathology*, 20: 1053-1080.
- Dekeseyer, M.; Elliot, R.; Leijssen, M. (2009) Empathy in Psychotherapy: Dialogue and Embodied Understanding. En: Decety, J.; Ickes, W. (Eds.) *The Social Neuroscience of Empathy*. Massachusetts: MIT Press.
- Domes, G.; Heinrichs, M.; Michel, A.; Berger, C.; Herpertz, S.C. (2006). Oxytocin improves "mind-reading" in humans. *Biologic Psychiatry*. Vol 61(6):731-733. [Version digital]
- Duncan, C. (2003) Facilitativeness, Conflict, Demand for Approval, Self-Esteem, and Satisfaction With Romantic Relationships. *Journal of Psychology*.137(1): 85-99.
- Eisemberg, N.; Eggum, N. D. (2009) Empathic Responding: Sympathy and Personal Distress. en Decety, J.; Ickes, W. (Eds.) *The Social Neuroscience of Empathy*. Massachusetts: MIT Press.
- Feixas, G.; Miró, M.T. (1993) *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Feller, C; Rocco Cottone, R. (2003). The Importance of Empathy in the Therapeutic Alliance. [La importancia de la empatía en la alianza terapéutica] *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, Vol 42, 53-54. [versión digital]
- Fernández Pinto, I.; López Pérez, B. y Márquez, M. (2008) Empatía: Medidas, teoría y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*. 24 (2) 284-298. [versión digital]
- Fertuck, E. A.; Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M. C., Wilson, S. T., Brodsky, B. S.; Stanley, B. (2009). Enhanced 'Reading the Mind in the Eyes' in Borderline Personality Disorder Compared to Healthy Controls. *Psychological Medicine* 39: 1979-1988
- Fletcher, C.; Nystul, M. C. (1993) Attitudes Towards a Blind Counselor and Perceived Effectiveness. *Psychological Reports* 73 (2): 1091-1095
- Freud, S. (1912/1978) Consejos al médico. En Strachey, J. (Trad.) Obras Completas. Tomo XII Amorrortu Editores
- Freud, S. (1913/1978) Sobre la iniciación al tratamiento. En Strachey, J. (Trad.) Obras Completas. Tomo XII Amorrortu Editores
- Gallese, V. (2005). Mirror neurons and intentional attunement: a commentary on David Olds. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, Vol 20: 1-16.
- Gibbs, J. C. (2003) *Moral Development and Reality*. [Desarrollo moral y realidad] Thousand Oaks: Sage Publications. (traducción personal)
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol.15: 199-208
- Gilbert, P. (2005) *Compassion: Conceptualizations, Research and Use in Psychotherapy*. [Compasión: Conceptualizaciones, investigaciones y uso en psicoterapia] East Sussex: Routledge [versión digital] (traducción personal)
- Hatfield, E.; Cacciopo, R, L, y Rapson (1994) Emotional Contagion (*studies In Emotion And Social Interaction*). New York: Cambridge University Press.

- Hatfield, E.; Rapson, R.L.; Yen-Chi, L. L. (2009) Emotional contagion and Empathy. En Decety, J.; Ickes, W. (Eds.) (2009). *The Social Neuroscience of Empathy*. Massachusetts: MIT Press
- Ickes, W.; Marangoni, C.; y García, S. (1997) Studying Empathic Accuracy in a Clinically Relevant Context. En Ickes, W. (Ed.) *Empathic Accuracy*. New York: Guilford Press
- Jackson, P. L.; Meltzoff, A. N.; Decety, J. (2005). How do we perceive the pain of others ? A window into the neural processes involved in empathy. *Image Processing*, 24, 771 - 779
- Josephson, G. S.; Fong-Beyette, M. L. (1987) Factors Assisting Female Clients' Disclosure of Incest During Counseling *Journal of Counseling y Development*. 65 (9):475-479
- Kahn, E. (1985) Heinz Kohut and Carl Rogers: A Timely Comparison. *American Psychologist*. 40(8): 893-904
- La Mónica, E.L. (1996). Construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing and Health*, 4: 389 – 400
- Lecannelier, F. A. (2004) Los aportes de la Teoría de la Mente (ToM) a la Psicopatología del Desarrollo. *Terapia psicológica* 22(1): 61-67
- Lerner, H.; Nemirovsky, C. (1987) *La empatía en el psicoanalizar*. Presentado en el XXXV Congreso psicoanalítico Internacional, Montreal
- Marangoni, C.; García, S.; Ickes, W.; Teng, G. (1995) Empathic accuracy in a clinically relevant setting. *Journal of Personality and Social Psychology*. 68(5): 854-869
- Marci, C. D.; Ham, J.; Moran, E.; Orr, S.P. (2007) Physiologic Correlates of Perceived Therapist Empathy and Social-Emotional Process during Psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 195, (2): 103-111
- Meherabian, A.; Epstein, N. (1972) A measure of emotional empathy. [Una medida de empatía emocional] *Journal of Personality*. 40: 525-543. [versión digital]
- Meyer, J. y Shean, G. (2006). Social-Cognitive Functioning and Schizotypal Characteristics, *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*. 140(3): 199 – 207
- Modinos, G.; Obiols, J. E.; Pousa E.; Vincens, J.(2009) Theory of Mind in Different Dementia Profiles. *Neuropsychiatry Clin Neurosci* 21:100-101 disponible en la red en: <http://neuro.psychiatryonline.org/cgi/content/full/21/1/100>. Última consulta realizada el 20 de marzo de 2010
- Patterson, C. H. (1984) Empathy, Warmth, and Genuineness in Psychotherapy: a review of reviews. *Psychotherapy*. 21: 431-438
- Pérez-Albornoz, A.; de Paúl, J.; Etxeberría, J.; Montes, M.P.; Torres, E.(2003) Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*. 15(2): 267-272.
- Platek S.M.; Keenan, J.P.; Gallup Jr. G.G.; Mohamed F.B. (2004) Where am I? The neurological correlates of self and other. *Cognitive Brain Research*; 19:114-22.
- Preston, S. D.; de Waal, F. B. M. (2002) Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*. Vol 25: 1–20
- Real Academia Española (2001) Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=Simpatía. Última consulta realizada el 30 de Abril de 2010.
- Richell, R. A. ; Mitchell , D. G. V., Newman C., Leonard A., Baron-Cohen S. and Blair , R. J. R. (2003) Theory of mind and psychopathy: can psychopathic individuals read the 'language of the eyes'?. *Neuropsychologia*. 41 (5): 523-526

- Rivière, A. y Núñez, M. (1996). *La Mirada Mental*. Buenos Aires: Aiqué Editores.
- Rogers, C. R. (1975): "Empathic: an Unappreciated Way of Being." *The Counseling Psychologist*. 5(2): 2-10.
- Rogers, C. R. (1980, abril) *The Basic Conditions of the Facilitative Therapeutic Relationship*. Medical Faculty of the University of Vienna: Austria.
- Rogers, C. R. (1957) (reimpresión 2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*. 44(3): 240-248. Artículo originalmente publicado en: *Journal of Consulting Psychology*. 21, (2): 95-103.
- Rutherford M.D.; Baron-Cohen S.; Wheelwright S., (2002). Reading the Mind in the Voice: A Study with Normal Adults and Adults with Asperger Syndrome and High Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, (3): 189-194
- Schmid-Mast, S.; Ickes, W. Empathic Accuracy: measurement and potential clinical applications. En Farrow, T.; Woodruff, P. (2007) *Empathy in Mental Illness*. Cambridge University Press.
- Shaw, P. , Bramham, Lawrence J. , E. J. , Morris , R. , Baron-Cohen S. , A. S. David (2005) Differential Effects of Lesions of the Amygdala and Prefrontal Cortex on Recognizing Facial Expressions of Complex Emotions. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 17 (9): 1410 – 1419.
- Simmons, J.; Roberge L.; Kendrick, S. B. Jr.; Richards, B. (1995). The Interpersonal Relationship in Clinical Practice: The Barrett-Lennard Relationship Inventory as an Assessment Instrument. *Evaluation y the Health Professions*, 18 (1): 103-112.
- Singer, T.; Lamm, C.(2009) The Social Neuroscience of Empathy. [El enfoque social neurocientífico de la empatía] ***Annals of the New York Accademy of Sciences***. 1156: 81-96. [versión digital]
- Skoyles, J. R. (2008) Why our brains cherish humanity: Mirror neurons and colamus humanitatem. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 26(1): 99-111
- Stepien, K.A.; Baerstein, A. (2006) Educating for Empathy. *Journal of General Internal Medicine*. 21: 524-530. [traducción personal]
- Vivino, B., Thompson,C., Hill, C., Ladany, N. (2009) Compassion in psychotherapy: Perspectives of Therapists Nominated as compassionate. [La compassion en psicoterapia: perspectives de terapeutas nominados como compasivos] *Journal of the Society of Psychotherapy Research*. 19 (2) 157-171. (traducción personal)
- Wispé, L. (1986) The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50(2): 314-321
- Wispé, L. (1987) History of the concept of Empathy. En Eisemberg, N.; Strayer, J. (Eds.) *Empathy and its development*. Press Syndicate of the University of Cambridge

