

Julieta Olivera, Magdalena Braun, Andrés J. Roussos
Instrumentos Para la Evaluación de la Empatía en Psicoterapia
Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XX, núm. 2, agosto, 2011, pp. 121-132,
Fundación Aiglé
Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281922823003>



Revista Argentina de Clínica Psicológica,
ISSN (Versión impresa): 0327-6716
racp@aigle.org.ar
Fundación Aiglé
Argentina

¿Cómo citar?

Fascículo completo

Más información del artículo

Página de la revista

www.redalyc.org

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

SERIE DE ACTUALIZACIÓN EN METODOLOGÍA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA EMPATÍA EN PSICOTERAPIA

Julieta Olivera*,
Magdalena Braun*
y Andrés J. Roussos**

Resumen

La empatía es un concepto sumamente utilizado dentro del campo de la psicoterapia, se la menciona como aspecto valorado de los terapeutas y, por esta causa, muchos programas de formación para psicoterapeutas cuentan con cursos de entrenamiento empático. Sin embargo, el concepto cuenta con gran variedad de definiciones conceptuales y operacionales que dan lugar a diferentes instrumentos para medirla. En el siguiente artículo se reúnen los instrumentos más utilizados para medir la empatía; así como los que específicamente se han desarrollado para medir empatía en el ámbito terapéutico.

Palabras clave: empatía, instrumentos de evaluación, psicoterapia.

Key words: empathy, measure, psychotherapy, assesment.

Si uno observa la literatura correspondiente a la investigación en psicoterapia de los últimos 20 años va a encontrar un grupo de conceptos que acaparan un porcentaje significativo de las publicaciones realizadas. Conceptos como los de alianza terapéutica, resiliencia, adherencia al tratamiento, entre otros, marcan una tendencia en relación a los estudios que se llevan a cabo. Uno de los conceptos que se destacan en este grupo es el de empatía.

El concepto de empatía ocupa muchos y diferentes espacios dentro de la bibliografía en psicoterapia. Hace referencia tanto a la posibilidad empática del paciente como a la del terapeuta. De esta manera la empatía es uno de los aspectos más valorados en un terapeuta y en los programas de especialización para terapeutas se realiza el entrenamiento empático.

Lo que llama la atención es que si bien es un concepto sumamente utilizado, no todos se refieren a lo mismo cuando la mencionan, ya que no cuenta con una definición conceptual consensuada. Diferentes autores presentan distintas concepciones, y esta multiplicidad se transforma en una dificultad cuando surge la necesidad de investigar el concep-

to en forma precisa. Esto lleva a que se encuentren diferentes definiciones operacionales y que para su medición se hayan elaborado instrumentos de distinta naturaleza.

Ante la diversidad de definiciones del concepto muchos investigadores se definen por uno de los aspectos de la empatía - perceptivo, cognitivo, emocional o comportamental- y continúan desde allí. La evidencia, por lo tanto, continúa reforzando la idea de que "sólo 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. El carácter multidimensional del término y esta falta de acuerdo entre los autores hacen muy difícil referirse al tema y, especialmente, investigarlo (Stepien & Baerstein, 2006).

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

* Julieta Olivera, Magdalena Braun. Universidad de Belgrano

** Andrés J. Roussos. CONICET

E-Mail: andres.roussos@comunidad.ub.edu.ar

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XX p.p. 121-132

© 2011 Fundación AIGLÉ.

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 limitan la posibilidad cierta de encontrar una definición en común.

Esta multiplicidad de definiciones no es sólo producto del posicionamiento teórico de los distintos autores sino que se encuentra asociada a distintos factores, como pueden ser: un origen conceptual vago; un alto nivel de abstracción y de complejidad del término; y un desacuerdo abierto y taxativo del término.

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). Medir la empatía, por lo tanto, ha pasado a ser un desafío complejo. 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.

Entre los diversos instrumentos de medición que se pueden encontrar están los que utilizan métodos que van desde los cuestionarios autoadministrados hasta las neuroimágenes, incluyendo la evaluación realizada por un observador, y una prueba en la que el sujeto debe captar en la mirada, la emoción del otro.

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

Una revisión general sobre las investigaciones que abordaron el estudio del concepto de la empatía permitió generar una lista con los instrumentos que se utilizan para la evaluación de dicho constructo. Las formas de evaluación del concepto de empatía varían, por ejemplo, en términos de la estructura; de esta manera se encuentran escalas, cuestionarios y tests. También se pueden encontrar

distintas formas de evaluación de acuerdo al protagonista seleccionado para identificar los niveles de empatía; como ser un observador no participante, un interlocutor, o el mismo sujeto.

Las distintas técnicas que serán sintetizadas a continuación presentan datos que avalan sus niveles de validez y confiabilidad. Esto implica que son herramientas que han mostrado un grado de utilidad adecuado para la evaluación de este constructo. Este fenómeno resulta sumamente interesante ya que no necesariamente las definiciones conceptuales con las que se manejan las diferentes técnicas son iguales. Sin embargo, los estudios de validación por concurrencia, que son aquellos que comparan las mediciones de los instrumentos entre sí, muestran resultados que manifiestan una coincidencia en cuanto a la evaluación que realizan.

El listado de instrumentos que se incluye en este trabajo, es un claro ejemplo de la heterogeneidad que hay disponible para la evaluación de la empatía. Este tema será abordado nuevamente en la discusión.

A continuación se presentan los instrumentos para la evaluación de la empatía como constructo psicológico y más específicamente, aquellos utilizados para evaluar la empatía en psicoterapia. Hoy en día se cuenta con una gran cantidad de instrumentos sobre esta materia, por lo cual se pretende ordenar la información que se encuentra disponible de manera que sea una primera aproximación para aquellos que se ven interesados en evaluar la empatía.

Instrumentos que evalúan la empatía en general

Estos instrumentos no han sido diseñados específicamente para evaluar el grado de empatía de psicoterapeutas o pacientes en psicoterapia, lo que no quiere decir que alguno de estos pueda ser utilizado, con o sin modificaciones, para ofrecer nuevas perspectivas sobre este campo.

Los instrumentos que se presentan a continuación se encuentran ordenados cronológicamente.

La escala de Dymond

Esta escala, creada en 1949, es la precursora de las escalas de empatía (Davis, 1996; Fernández Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008; Meherabian & Epstein, 1972; Wispé, 1987). La definición conceptual de empatía en la que se basó Dymond en 1950 sostiene que la empatía consiste en “transportarse, uno mismo, hacia el pensamiento, sentimiento y conducta de otro” (citado en Davis, 1980). Si bien

no hay información actualizada 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.

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 empatía de Hogan

Esta escala fue desarrollada en 1969 por Hogan. Es un instrumento de auto-administración que consta de 64 ítems que responden a cuatro sub-escalas: autoestima; temperamento; sensibilidad y no-conformismo (ausencia de conformidad). La escala se basó en una definición conceptual de empatía que sostiene que es “la aprehensión intelectual o imaginaria de la condición o el estado mental de otro” (Hogan, 1969, pg. 307). El autor vincula a la empatía de manera directa con el desarrollo moral y desde el primer momento de la escala se la relacionó con el comportamiento socialmente apropiado. Hay autores que sostienen que las sub-escalas que presenta este instrumento son más aptas para medir habilidades sociales que para medir empatía (Davis, 1980; Baron-Cohen & Wheelwright, 2004).

La escala de Hogan ha sido utilizada repetidas veces para medir empatía cognitiva, pero ha sido suplantada últimamente por el Índice de Reactividad Interpersonal de Davis, (Spreng, McKinnon, Mar & Levine, 2009) que se desarrollará más adelante.

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: la ausencia de agresividad hacia el otro; y, 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 (Meherabian & Epstein, 1972).

Todas las sub-escalas responden a una de estas dos dimensiones. A continuación se mencionan las sub-escalas más importantes:

- susceptibilidad 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 & Epstein, 1972).

Este instrumento, es uno de los más utilizados en la evaluación de la empatía emocional, principalmente en investigaciones del campo de la psicología social y la psicología evolutiva (Fernández Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008).

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 & Barenstein, 2006). Los autores de la escala (Meherabian & 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 no cuenta con una versión oficial validada en español.

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

El IRI 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 sub-escalas 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*), por ejemplo: “Cuando veo que se están aprovechando de alguien, siento la necesidad de protegerle”.
- Sufrimiento personal (*Personal Distress*), por ejemplo: “A veces me desespero cuando me

encuentro en medio de una situación con alto contenido emocional”.

- Fantasía, por ejemplo: “Al mirar una película me identifico con el protagonista con mucha facilidad”

Durante el desarrollo de la escala se realizaron cuatro versiones, cada una perfeccionando 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 (Davis, 1980). 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 psicología: 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-Albéniz, De Paúl, Etxeberría, Montes y Torres (2003). Se han encontrado características psicométricas similares a las que posee el instrumento en su idioma original. Para probar el instrumento se llevaron a cabo una serie de investigaciones: una de ellas con un grupo de madres y padres de la población general de Vizcaya y Guipúzcoa, España; y las otras con dos grupos diferentes de estudiantes universitarios de la Universidad del País Vasco, también en España. Los datos obtenidos con cada una de las muestras fueron analizados estadísticamente y comparados con los resultados de Davis, estableciendo concordancia entre los mismos (Pérez-Albéniz, De Paúl, Etxeberría, Montes, y Torres, 2003).

En 2004, Escrivá, Frías Navarro, y Samper García realizaron un estudio en España con una muestra de 1185 adolescentes de ambos sexos para poner a prueba el instrumento en esa población. Los resultados obtenidos ratifican la validez del instrumento para evaluar los diferentes componentes de la empatía (Escrivá, Frías Navarro, y Samper García, 2004)

Cuestionario de Empatía de Toronto (TEQ, por sus siglas en inglés)

Este breve cuestionario de autoadministración consta de una serie de 16 afirmaciones. Al sujeto se le indica que debe marcar con qué frecuencia actúa o se siente de la manera que afirma cada ítem. Las posibles respuestas son cinco, y a cada una se le otorga un puntaje: *nunca=0; casi nunca=1, a veces=2, con frecuencia=3, siempre=4* (Spreng, McKinnon, Mar, & Levine, 2009). El formulario tiene por objetivo evaluar en un breve período de tiempo la capacidad empática general de una persona. La escala tiene en cuenta únicamente el aspecto emocional de la empatía, y no presenta sub-escalas, ya que intenta ofrecer un valor de la empatía como constructo amplio.

La metodología que utilizaron para crear esta escala implicó analizar los ítems presentes en otras escalas reconocidas y ya validadas para medir la empatía. Los autores tomaron como base instrumentos tales como; la escala de empatía de Hogan, el EES de Meherabian y Epstein y el IRI de Davis, entre otros, con los que luego realizaron un análisis factorial exploratorio de sus ítems buscando las congruencias más fuertes entre ellos. De esta manera se agruparon los ítems que resultaban similares para encontrar aquello que tienen en común las diferentes concepciones de empatía (Spreng, McKinnon, Mar, & Levine, 2009).

En tres estudios llevados a cabo por los creadores del test los resultados demostraron consistencia interna, congruencia con otros instrumentos de autoevaluación de la empatía y correlación negativa con el Cociente Empático de Baron-Cohen y Wheelwright, un instrumento que evalúa sintomatología propia del autismo (Spreng et al., 2009).

Cociente Empático (Empathy Quotient)

Este instrumento fue diseñado por Baron-Cohen y Wheelwright (2004) como instrumento diagnóstico del autismo de alto funcionamiento y síndrome de Asperger en adultos con inteligencia normal. Los autores sostienen que la empatía es una capacidad clave que se encuentra deficitaria en estas patologías y los instrumentos disponibles no les resultaban suficientes para su medición en este tipo de población, porque abarcan conceptos que no se extraen directamente de la empatía (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004).

La escala contiene 40 ítems para medir empatía y 20 ítems de control. El diseño fue pensado para que sea corto, sencillo y fácil de puntuar. Los ítems se encuentran redactados de manera que la mitad fue hecha para que se respondan afirmativamente y la otra mitad para que se respondan negativamente, con el fin de que no hayan sesgos de respuestas idénticas. Los ítems de control fueron colocados

para desviar la atención de la empatía y para controlar la sinceridad de las respuestas.

Luego de desarrollar el instrumento los autores realizaron dos pruebas que brindaron resultados congruentes con sus expectativas. Los sujetos con Síndrome de Asperger o Autismo de alto funcionamiento puntuaron sistemáticamente más bajo que los sujetos del grupo control; quedando validado el instrumento para evaluar estas patologías (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004).

En el año 2006, Wakabayashi y colaboradores desarrollaron una versión abreviada del Cociente Empático con 22 ítems en total. Esta versión presenta una buena correlación con el instrumento en su versión completa y los autores recomiendan utilizarlo cuando se dispone de poco tiempo (Wakabayashi et al., 2006).

Test de empatía cognitiva y afectiva (TECA)

Este test fue creado por López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad en 2008 y es el único de este grupo que fue elaborado en español originalmente. Consiste en un cuestionario con 33 ítems subdivididos en 4 escalas:

- Adopción de perspectivas: evalúa la capacidad para la tolerancia, la comunicación y las relaciones personales.
- Comprensión emocional: implica la capacidad para reconocer y comprender los estados emocionales de los otros; así como sus intenciones e impresiones.
- Estrés empático: se refiere a la conexión con los estados emocionales negativos de los otros.
- Alegría empática: apunta a la capacidad para compartir las emociones positivas de otras personas (López Pérez, Fernández Pinto y Abad, 2008).

El instrumento ofrece puntajes diferenciados para cada sub-escala, así como un puntaje total de empatía. El test se encuentra desarrollado para ser utilizado en adultos (Oceja, López-Pérez, Ambrona, & Fernández, 2009).

Los autores también han presentado una versión más breve de este instrumento que contiene sólo dos de sus sub-escalas, la de alegría empática y la de Estrés empático. A esta versión simplificada la han llamado Escala de experiencias Vicarias (VES*). La escala mide tanto la capacidad para sentir empatía, como el estrés que experimenta una persona ante una situación estímulo determinada (Oceja et al., 2009). El instrumento presenta dos subescalas

que distinguen la experiencia de empatía (Sym-pathy) y de estrés (Personal Distress). Los ítems de estas escalas apuntan a medir la tendencia por experimentar (a) una reacción emocional vicaria, congruente con la situación de otra persona; y (b) una reacción emocional negativa generada por la percepción de sufrimiento de otra persona, respectivamente. En esta versión abreviada antes de que los participantes respondan se les administra una situación estímulo.

Esta escala en particular fue utilizada para observar las diferencias intra-personales que puede haber entre las sub-escalas. Los resultados de tres estudios realizados indican que hay una alta correlación entre sub-escalas, de manera que cualquiera de ellas puede predecir los resultados de la otra (Oceja et al., 2009).

Lectura de la mirada (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 (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste & Plumb, 2001; Decety, 2005; Lecannelier, 2004), los resultados que brinda pueden leerse como inherentes al estudio de ambos conceptos. El test estudia la capacidad de comprender los sentimientos/pensamientos de los otros a través de la lectura de la mirada.

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, Jolliffe, Mortimore y Robertson (1997) y revisado varios años después (Baron-Cohen et al., 2001). La primer versión realizada contaba con 25 fotografías en las que se observan las miradas de hombres y mujeres que expresan un sentimiento o pensamiento y ofrecía únicamente dos opciones por ítem (Binomial test). Este test requirió de una revisión ya que los resultados obtenidos presentaban problemas de orden psicométrico. La manera en que este test fue validado fue tomándolo a pacientes con Síndrome de Asperger (o Autismo de alto funcionamiento) y a quienes no presentan el cuadro y comparando sus resultados.

La segunda versión presenta 36 fotografías y cada una tiene cuatro respuestas posibles que aparecen en la pantalla y el sujeto debe elegir la más adecuada. Esto incrementa la variedad de resultados posibles brindando datos más específicos sobre el nivel de Teoría de la Mente de cada persona

(Baron-Cohen et al., 2001). 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).

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 (Baron-Cohen et al., 2001).

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).

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

Se ha comprobado en diferentes estudios que individuos con diagnóstico de autismo y Asperger fracasan sistemáticamente en esta prueba (Baron-Cohen et al., 2001; Rutherford, Baron-Cohen, & Wheelwright, 2002). Asimismo, este instrumento ha sido utilizado para evaluar a un grupo de personas con diagnóstico de personalidad psicopática, quienes -contrariamente a los que algunos suponían- no presentan dificultades de ningún tipo para leer la mente a través de los ojos (Richell, et al., 2003). Por otro lado, 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).

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

En español se encuentran dos versiones del test disponibles (Autism Research Center, fecha de acceso: 2011, 8 de marzo), una para España y otra para Argentina, que presentan una carta de aval de Baron Cohen, y fueron desarrolladas por especialistas de cada uno de los países. (Autism Research Center, fecha de acceso: 2011, 8 de marzo). En el caso de la Argentina la traducción estuvo a cargo de Cecilia Serrano, perteneciente al Departamento de Neurología y Neuropsicología del Hospital Zubizarreta, Buenos Aires. En el año 2006, un equipo de ese mismo hospital, llevó a cabo un estudio con 55 adultos en el que utilizó la versión en español (realizada para la Argentina) del test "leyendo la mirada". Los resultados se encuentran expuestos on line en la página del centro de Investigaciones sobre el Autismo (Autism Research Center, fecha de acceso: 2011, 8 de marzo)

El test en el idioma original cuenta con variantes tales como "Leyendo la mente en la voz" (Golan, Baron-Cohen, Hill, y Rutherford, 2006) diseñado para evaluar la capacidad de captar los estados emocionales de los otros por la expresión oral. También se ha desarrollado una versión para niños (Baron-Cohen, Wheelwright, Spong, Scahill, & Lawson; 2001). El test se encuentra disponible en otros idiomas.

Instrumentos de evaluación de la empatía dentro del ámbito psicoterapéutico

Los investigadores en psicoterapia han utilizado dos estrategias distintas para medir la empatía, una consistente en utilizar las técnicas de empatía generales que han sido presentadas en el listado anterior y otra, la de diseñar técnicas específicas para la evaluación de la empatía en este ámbito. A continuación se mencionan aquellos instrumentos que han sido desarrollados específicamente para evaluar la empatía en el ámbito psicoterapéutico. Cada uno de ellos presenta peculiaridades y, por lo tanto, ofrecen distinto tipo de información sobre el fenómeno estudiado. En el presente apartado los instrumentos de evaluación se ordenaron a partir de una clasificación presentada por Bohart y sus colaboradores (Bohart, Elliott, Greenberg y Watson, 2002). El criterio que guía dicha clasificación es la persona que ocupa el rol del evaluador: paciente, terapeuta, o evaluador externo.

Entre las maneras disponibles para evaluar la empatía del terapeuta se encuentran: los cuestionarios en los que el paciente evalúa el desempeño empático de su terapeuta; los cuestionarios que responde el propio 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 aun no cuenta con desarrollos específicos, y se suelen utilizar instrumentos de evaluación de la empatía para la población general.

a) *Empatía del terapeuta evaluada por el paciente*

Barrett- Lennard Relationship Inventory (BLRI):

Esta escala fue creada por Barret-Lennard en 1962 como un instrumento para la terapia centrada en la persona (Bohart et al., 2002; Simmons, Roberge, Kendrick, & Richards, 1995). La definición operacional, por lo tanto, es la que se acerca más a la perspectiva de Carl Rogers (Bohart et al., 2002). Rogers sostiene que la empatía implica tanto la entrada en el campo perceptivo privado de la otra persona como la sensibilidad, y la capacidad para sentir emociones tal como el otro las está sintiendo (Rogers, 1957).

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 sub-escala consta de una serie de ítems que completa el paciente y principalmente 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 comunicarlo.

Este instrumento 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).

Se realizaron estudios con diferentes poblaciones utilizando este instrumento. Por ejemplo, se evaluó a un grupo de terapeutas no-videntes y a otro, de terapeutas videntes a modo de grupo control. Los resultados de esta investigación muestran que para sus pacientes los terapeutas no videntes fueron percibidos significativamente como más empáticos que los otros (Fletcher & Nystul, 1993). 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 & Fong-Beyette, 1987).

b) *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).

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 La Mónica (1996), quien sostiene 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 & 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 & Barenstein, 2006)

c) 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 puntajes 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. Un observador presencia una sesión terapéutica y evalúa el nivel de empatía del terapeuta. La sesión puede observarse de manera directa; a través de un video; o el juez puede escuchar una grabación de la misma (Stepien & Barenstein, 2006). Stepien y Barenstein mencionan que el instrumento puede utilizarse también con porciones pequeñas de las sesiones.

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 aun 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)

En un estudio realizado con este instrumento en 1969, que evaluó la empatía de los terapeutas, se les tomó el MMPI* 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 & Jasper, 1969).

Stepien & 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 & Barenstein, 2006).

d) 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, listas de síntomas o sentimientos experimentados durante una sesión terapéutica. 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 en dichas escalas (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 el vínculo interpersonal de los sujetos evaluados (Ickes, Marangoni & García, 1997). Se filma una situación de interacción entre dos personas para, en un segundo momento, hacer que esas mismas personas observen esa filmación 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 diadas, 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 & 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 (Marangoni, García, Ickes, & Teng, 1995). Lo más relevante del estudio fue que cada estudiante obtuvo niveles de empatía consistentemente altos, 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 (Marangoni et al., 1995). 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 (Marangoni, García, Ickes, & Teng, 1995; Schmid-Mast & 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, & 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 diadas 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 han 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, & 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

Tal como se puede rápidamente deducir de la lectura del presente trabajo existen numerosas herramientas para evaluar la empatía, lo cual lejos de simplificar la tarea, impone al investigador la necesidad de evaluar cuál de todas estas herramientas puede ser la adecuada para evaluar la empatía.

La ironía se presenta ya que a pesar de la gran cantidad de instrumentos diseñados para la evaluación de la empatía, es posible detectar áreas de vacancia en cuanto a las posibilidades ciertas de evaluación de este concepto. En primer lugar cabe destacar que la mayoría de las escalas mencionadas

son de auto-administración y, por lo tanto, acarrear las dudas en cuanto a la influencia que puede tener la deseabilidad social. Este aspecto, que puede ser controlable en poblaciones en general, se ve incrementado al pensar en la evaluación empática de quienes ejercen la psicoterapia, ya que resulta improbable que un profesional de este campo admita que no se siente triste ante el malestar de otra persona o que no comprende a sus pacientes. Esto ha quedado en evidencia en los estudios realizados con las diferentes versiones del BLRI, en las que el cuestionario completado por los pacientes en referencia a sus terapeutas mostró una correlación positiva con alianza terapéutica mientras que no hubo tal relación con aquellos completados por los propios terapeutas en referencia a sí mismos (Marcí, Ham, Moran, & Orr, 2007; Bohart et al., 2002).

Se ha visto que toda la investigación que se ha realizado sobre empatía en psicoterapia se encuentra dirigida a la figura del terapeuta. Algunos autores, sin embargo, se muestran interesados en indagar sobre la empatía del paciente y la relación que podría haber con los resultados de la psicoterapia o con el establecimiento de una fuerte alianza terapéutica (Bleichmar, 2002; Dekeyser, Elliot & Leijssen, 2009). El interés surge de la empatía considerada como un fenómeno dialéctico. Para estos autores dentro de la psicoterapia se da un ciclo donde los participantes se comprenden y “sintonizan” mutuamente, y la empatía requiere de ambos para desplegarse dentro del proceso terapéutico.

El fenómeno que ha sido repetidamente enunciado a lo largo del trabajo referido a la multiplicidad de sentidos del concepto de empatía, con su referente operacional, la multiplicidad de instrumentos destinados a su evaluación, puede ser entendido tanto como un beneficio o como un obstáculo, para todo quién se encuentre interesado en evaluar el concepto de empatía. Para autores como Changming y Hill (1996) esta diversidad tiene un efecto negativo ya que, según ellos empieza a notarse una disminución en la cantidad de estudios sobre empatía en la literatura y lo atribuyen a la falta de un enfoque unívoco y a herramientas de investigación eficaces. Podemos adherir a la idea de que la falta de un enfoque unívoco resulta un obstáculo para el desarrollo global de los estudios de la empatía. Sin embargo, resulta un tanto osado justificar cambios de criterio en una supuesta falta de eficacia de los instrumentos cuando, como hemos visto, todos ellos presentan datos acerca de la validez y la confiabilidad con la que evalúan la empatía, por lo cual no sería una problemática de eficacia propiamente dicha sino de orden conceptual. El debate sería, entonces, de carácter semántico ya que la discusión estaría centrada en qué queremos decir cuando decimos em-

patía. Frente a esta inquietud pueden surgir hipótesis alternativas de resolución, como ser: se puede crear una teoría unificadora; o se puede desglosar el concepto de empatía en sus múltiples sentidos utilizando diferentes denominaciones para cada uno de ellos. Una tercera posibilidad es no ser alarmista y no preocuparse por esta multiplicidad. Siguiendo con la vieja idea del principio de proliferación de Feyerabend (1970/1997) se puede dejar que las múltiples definiciones de empatía compitan entre sí y que aquellas que resulten más adecuadas proliferen por sí mismas sin preocuparnos como corpus académico acerca de las que deben predominar.

BIBLIOGRAFÍA

- Autism Research Centre (fecha de acceso: 2011, 8 de marzo)
Disponibile en: <http://www.autismresearchcentre.com/arc/default.asp>
- 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. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger Syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of autism and developmental disorders*, 34(2), 163-75.
- 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.
- Baron-Cohen, S; Wheelwright, S.; Spong, A.; Scchill, V. & Lawson, J. (2001) Are intuitive physics and intuitive psychology independent? A test with children with Asperger Syndrome. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 5: 47-78.
- Bergin, A. E. & Jasper, L. G. (1969). Correlates of empathy in psychotherapy: A replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 74(4): 477-481
- 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.
- Bohart A.C., Elliott, R., Greenberg, L.S., & Watson, J.C. (2002). Empathy. In: J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and*

- Responsiveness to Patients* (p.p.89-108). New York: Oxford University 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. *The Journal of psychology* 136 (2), 161-170.
- Changming D. & Hill, C. E. (1996) The current state of empathy research. *Journal of Counseling Psychology*, 43(3): 261-274.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10(4), 85-104.
- Davis, M. H. (1996). *Empathy: A Social Psychological Approach*. Boulder, CO: Westview Press.
- 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.
- Dekeseyer, M., Elliot, R. & Leijssen, M. (2009) Empathy in Psychotherapy: Dialogue and Embodied Understanding. In: J. Decety & W. Ickes (Eds.) *The Social Neuroscience of Empathy*. (p.p. 113-124) Massachusetts: MIT Press.
- Domes, G.; Heinrichs, M.; Michel, A.; Berger, C., & Herpertz, S.C. (2006). Oxytocin improves "mind-reading" in humans. *Biologic Psychiatry*, 61(6):731-733. [Version digital].
- Escrivá, V. M., Frías Navarro, M. D., y Samper García, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-260.
- 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
- Feyerabend, P. (1970/1997). *Tratado contra el método* (3ª ed.). Madrid: Tecnos.
- Fletcher, C. & Nystul, M. C. (1993). Attitudes Towards a Blind Counselor and Perceived Effectiveness. *Psychological Reports*, 73 (2): 1091-1095
- Golan, O., Baron-Cohen, S., Hill, J. & Rutherford, M. D. (2006). The "Reading the Mind in the Voice" Test-Revised: A Study of Complex Emotion Recognition in Adults with and Without Autism Spectrum Conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(6), 1096-1106.
- Hogan, R. (1969). Development of an Empathy Scale 1. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, [traducción personal] 33(3), 307-316.
- Ickes, W.; Marangoni, C. & García, S. (1997). Studying Empathic Accuracy in a Clinically Relevant Context. In W. Ickes (Ed.) *Empathic Accuracy* (pp. 282-310). New York: Guilford Press.
- 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.
- 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.
- López Pérez, B.; Fernández Pinto, I. y Abad, F.J. (fecha de acceso: 2011, 8 de marzo) *TECA Test de Empatía Cognitiva y Afectiva*. Madrid: TEA Ediciones. Disponible en: www.teaediciones.com/teasp/ejemplos/TECA.ppt
- 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. & Shean, G. (2006). Social-Cognitive Functioning and Schizotypal Characteristics. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 140(3): 199 – 207.
- Oceja, L., López-Pérez, B., Ambrona, T. & Fernández, I. (2009). Measuring general dispositions to feeling empathy and distress. *Psicothema*, 21(2), 171. Retrieved from <http://www.doredin.mec.es/documentos/01720093004640.pdf>.
- Pérez-Albéiz, A.; De Paúl, J.; Etxeberría, J.; Montes, M.P. y Torres, E. (2003). Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15(2): 267-272.
- Preston, S. D.; de Waal, F. B. M. (2002) Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*. Vol 25: 1–20

- Richell, R. A. ; Mitchell , D. G. V., Newman C., Leonard A., Baron-Cohen S. & Blair , R. J. R. (2003) Theory of mind and psychopathology: can psychopathic individuals read the 'language of the eyes'? *Neuropsychologia*, 41 (5): 523-526.
- 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.
- Rogers, C. R. (1975). "Empathic: an Unappreciated Way of Being". *The Counseling Psychologis*, 5(2): 2-10.
- 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. (2007). Empathic Accuracy: measurement and potential clinical applications. In T. Farrow & P. Woodruff. *Empathy in Mental Illness*. (408-427) Cambridge University Press.
- Shaw, P., Bramham, J., Lawrence, E. J., Morris, R., Baron-Cohen S., & David, A. S. (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.
- Spreng, R. N., McKinnon, M. C., Mar, R. A., & Levine, B. (2009). TEQ: a brief self-report measure of empathy. *Journal of Personality Assessment*, 91(1):62-71.
- Stepien, K.A. & Baerstein, A. (2006). Educating for Empathy. *Journal of General Internal Medicine*. 21: 524-530. [traducción personal].
- Wakabayashi, A., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Goldenfeld, N., Delaney, J., Fine, D., et al. (2006). Development of short forms of the Empathy Quotient (EQ-Short) and the Systemizing Quotient (SQ-Short). *Personality and Individual Differences*, 41, 929-940.
- Wispé, L. (1987) History of the concept of Empathy. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.) *Empathy and its development* (pp. 17-36). Press Syndicate of the University of Cambridge.

Abstract: Empathy is an extensively used concept in the psychotherapeutic field. It is often mentioned as an indispensable aspect of therapists, and many training programs for psychotherapists have empathy training. However, the wide range of conceptual and operational definitions generates a variety of measures. The present article describes different empathy measures for general use, as well as those specifically developed to measure empathy in the therapeutic field.