



LA EMPATÍA PSICOTERAPÉUTICA Y SU EVALUACIÓN: UNA REVISIÓN

CARMEN MATEU, CRISTINA CAMPILLO, REMEDIOS GONZÁLEZ y OLATZ GÓMEZ

Facultad de Psicología, Universidad de Valencia

Resumen: En el presente trabajo se estudia la evolución del concepto de la empatía en psicoterapia desde sus inicios hasta la actualidad; se revisa el estado actual de su investigación y se describen los recursos e instrumentos más utilizados que se han propuesto para su evaluación. Nuestro objetivo es poder construir un mapa orientativo que nos permita entender la complejidad del proceso empático, las dificultades y progresos realizados para su investigación, formación y evaluación. También aportar una revisión donde puedan encontrarse los principales instrumentos que se han propuesto para su medida, junto a las características fundamentales de éstos.

Palabras clave: Empatía, evaluación, investigación, formación, psicoterapia.

Psychotherapeutic empathy and its evaluation: A review

Abstract: The present work studies the evolution of the empathy concept in psychotherapy from its beginnings up to today; reviews the current state of its research and describes the resources and instruments that have been proposed for its evaluation. Our aim is to construct a guiding map that allows us to understand the complexity of the empathy process, and the difficulties and advances of its research, training and evaluation. We also aim to review the sources of the main measuring instruments that have been proposed and their fundamental characteristics.

Keywords: Empathy, evaluation, research, training, psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

El concepto de empatía no ha dejado de evolucionar en psicoterapia desde sus orígenes (Rogers, 1957, 1975). De hecho, el intenso desarrollo que ha vivido en las últimas décadas y el espaldarazo recibido por la 29 Task Force División del APA —al reconocerla junto a la Alianza de Trabajo como una de las variables que reciben mayor apoyo empírico (Norcross, 2002)—, han contribuido a evidenciar la necesidad de reconsiderar dicho concepto de nuevo (Bohart y Greenberg, 1997; Bohart, Elliot, Greenberg y Watson, 2002; Clark, 2006; Decety y Ickes, 2009; Hill y Lent, 2006; Lambert y Barley, 2001; Watson, 2001; Watson y Prosser, 2002).

Las aportaciones de Rogers estimularon la elaboración teórica, práctica e investigación de la empatía en psicoterapia durante décadas (Kirschenbaum y Jourdan, 2005). Desafortunadamente, las revisiones de los últimos 20 años (Alberts y Edelstein, 1990; Baker y Daniels, 1989, 1990; Elliott, 2001; Hill y Lent, 2006; Lambert y Barley, 2001), concluyen que: a) la definición y mecanismos de la empatía parecen no estar claros (Sexton y Whiston, 1994); b) los resultados de investigación han generado “poco acuerdo entre los investigadores” (Moore, 1990); c) esto se debe a las diferencias teóricas existentes al definir la empatía, y a los problemas metodológicos que emergen a la hora de su evaluación (Duan, y Hill, 1996; Bohart et al., 2002).

Actualmente se argumenta: a) que el proceso de la empatía es más complejo de lo que se postuló en sus inicios (Bohart y Greenberg, 1997; Watson y Prosser, 2002); b) que a ello se debe la gran diversidad de definiciones e instrumentos de medida que existen, o las contra-

Recibido: 29-abril-2009; aceptado: 5-noviembre-2009.

Correspondencia: Carmen Mateu, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Avda. Blasco Ibañez 21, 46010 Valencia. Correo-e: Carmen.Mateu@uv.es

dicciones observadas en los resultados de investigación (Gurman, 1977); c) que dicha complejidad afecta de modo directo a su formación y medida: “Resulta difícil entrenar y desarrollar medidas sobre empatía sin una comprensión clara acerca de qué es empatía” (Greenberg y Rushanski-Rosenberg, 2002).

En este trabajo se describe la evolución del concepto de empatía en Psicoterapia, el estado actual de su investigación y los instrumentos más utilizados que se han propuesto para su evaluación. Nuestro objetivo es poder construir un mapa orientativo que nos permita entender la complejidad del proceso empático, las dificultades y progresos realizados durante su investigación, formación y evaluación. También aportar una revisión donde puedan encontrarse los principales instrumentos que se han utilizado para su medida, junto a las características fundamentales de éstos.

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO

La elaboración teórico-práctica que se ha realizado sobre la empatía se ha focalizado en tres aspectos fundamentales: la definición de empatía, la naturaleza de la empatía y la empatía como constructo.

Definición de empatía

Los orígenes de la palabra *Einfühlung*, predecesora de la empatía, se encuentran en el mundo del arte cuando se utilizó para designar la relación estética que las personas pueden tener con una obra de arte al proyectar en ella sus sentimientos. Lipps (1903) desarrolló la teoría del *Einfühlung* (de raíces fenomenológicas), aplicándola a la psicología. Dicho autor pensaba que las personas se conocían y respondían entre ellas básicamente a través del *Einfühlung*, que éste iba precedido por la proyección y la imitación, y que si la imitación de los afectos aumentaba, el *Einfühlung* también aumentaba.

Titchener (1909) acuñó el término empatía, definiéndola como un sentimiento o una proyección de uno-mismo en un objeto. Introduce

la perspectiva social al afirmar que la empatía permitía hacer el entorno más humano. Mead (1934) definió la empatía como la capacidad para tomar el rol de otro y adoptar perspectivas alternativas a las nuestras, subrayando el componente cognitivo. Allport (1937) definió la empatía como la transposición imaginaria de uno-mismo en los pensamientos, sentimientos y acciones del otro, a través de la imitación de sus posturas y expresiones faciales, acentuando lo no verbal.

La incorporación de la empatía a la psicoterapia se debe a Carl Rogers que junto a su equipo realizó una amplia, sistemática y profunda elaboración teórica fruto de su práctica psicoterapéutica, así como de sus trabajos sobre formación e investigación, a lo largo de más de 40 años. Sus aportaciones han influenciado a numerosos grupos de profesionales de todo el mundo que trabajan sobre empatía. Veinte años después de su muerte se sigue formando e investigando, ampliando, matizando y desarrollando no solo su definición conceptual, también su formación y práctica o su medida e investigación (Kirschenbaum y Jourdan, 2005).

Rogers (1959) comenzó definiendo la empatía como, “percibir el marco de referencia interior de otra persona con precisión y con los componentes emocionales que le pertenecen, como si uno mismo fuera esa persona pero sin perder nunca la condición de “como si” (p. 210).

Esta definición produjo un fuerte impacto en la comunidad psicoterapéutica del momento, pero no obtuvo las consecuencias esperadas por Rogers, debido a que se identificó la empatía con respuesta empática reduciendo su significado a la técnica del reflejo, perdiendo así la rica complejidad del concepto. A pesar de ello, la investigación, práctica y formación que se produjeron pusieron en evidencia que existen muchos modos diferentes de entender, expresar o percibir la empatía. Así, la empatía puede expresarse no solo mediante el reflejo, también mediante: las preguntas empáticas, las interpretaciones empáticas, las conjeturas empáticas, y el uso sensible o empático de diferentes técnicas o procedimientos terapéuticos.

Tras largos años de silencio, Rogers (1975) amplió la definición de la empatía subrayando que no se trataba de un constructo unitario, se

trataba más bien de un proceso que implicaba "... penetrar en el mundo perceptual privado de la otra persona y familiarizarse completamente con él. Implica ser sensible... a las intencionalidades cambiantes que fluyen en esa otra persona... Significa vivir temporalmente en la vida del otro, moviéndose por ella con delicadeza, sin enjuiciarla, captando detalles de los que el otro apenas tiene conciencia ... Significa, a menudo, verificar con el otro la corrección de tales percepciones y sentirse guiado por las respuestas que se recibe de él ... significa que el terapeuta abandona temporalmente sus opiniones y valores propios para penetrar sin prejuicios en el mundo de la otra persona" (p.4). En esta definición Rogers subrayaba la idea de "penetrar en el mundo perceptual privado" para destacar que se trataba de una empatía sensible, desde un sentir sensorial y no sólo afectivo.

Definida de este modo, comenzó a hacerse patente que la empatía constituía una categoría de orden superior en la que podían anidar a su vez diferentes subcategorías, o formas diferentes como un individuo podía ponerse en "los zapatos del otro": emocionalmente, cognitivamente, desde la perspectiva del momento a momento, o tratando de atrapar una sensación general de cómo era ser esa otra persona. Dicho de otro modo, el foco de la empatía podía situarse en diferentes aspectos de la experiencia del cliente.

Barrett-Lennard (1962, 1981, 1986), reconoció que el trabajo de Rogers le ayudó a, "conceptualizar la empatía-en-acción como una secuencia y un ciclo formado por diferentes pasos" (1962). El foco de interés de Barrett-Lennard se centró en la descripción natural del fenómeno, identificando aquellos aspectos que permitían articular su medida. Su trabajo dio lugar a la descripción más práctica y operacional que existe hasta el momento, de la que se derivaron dos de los instrumentos que más se han utilizado para su evaluación: el Barrett-Lennard Relationship Inventory (1962) en sus dos versiones, la del cliente y la del terapeuta. Ambos instrumentos de medida se basan en la distinción de tres perspectivas o fases diferentes -de tipo cíclico-, del proceso de la empatía: la empatía que experimenta el terapeuta (resonancia empática), la que ve el observador (empatía

expresada), y la que experimenta el cliente (recepción de empatía).

Diferenciar entre la habilidad de percibir empáticamente del terapeuta y su capacidad de expresar dicha percepción al cliente, o entre la empatía expresada por el terapeuta y la empatía percibida por el cliente, permitió apresar e investigar las relaciones que existen entre estos tres aspectos secuenciales y diferentes. Los resultados de investigación mostraron que estos tres aspectos no suelen correlacionar entre sí (Gurman, 1977), lo que estimuló nuevos planteamientos acerca del modo como entender la empatía.

Actualmente se reconoce que la empatía terapéutica es ante todo un proceso complejo que incluye diferentes dimensiones, fases, componentes, tareas y momentos (Elliott et al., 1982). Focalizar la empatía en uno solo de estos aspectos, en lugar de entenderla como un proceso que abarca un complejo conjunto de operaciones, ha llevado a cierta clase de sobresimplificación que ha impedido su comprensión y aplicación. Ha dado lugar por ejemplo, a que su estudio haya quedado anclado bajo forma de un debate dicotómico (Marroquín, 2002): directividad vs no directividad, lo cognitivo vs lo afectivo o la actitud vs la conducta.

La realidad es que el proceso empático contiene todos estos aspectos y probablemente algunos más. Según Bohart y Greenberg, (1997) para progresar en psicoterapia es necesario articular los procesos empáticos y dejar de una vez las dicotomías restrictivas. Dichos autores aportan una descripción micro-procesual de la empatía momento a momento (extraída de la práctica psicoterapéutica) que reproducimos en su totalidad dado su gran valor heurístico:

"... los procesos empáticos en terapia implican un proceso de feedback continuo entre dos personas: cliente y terapeuta. En dicho proceso el terapeuta atiende al cliente con genuino interés por comprender el mundo desde su punto de vista, y respeta el mundo subjetivo del cliente y al propio cliente como una fuente auténtica de experiencia.

En este proceso el terapeuta necesita percibir lo que el cliente está sintiendo, para conseguirlo intenta comprender lo que este le comunica, entrar en su mundo utilizando la imaginación e

implicarse en un proceso complejo de comprensión acerca de cómo es para esa persona ser la persona que es, o ver el mundo del modo como lo hace.

Se trata de una experiencia integradora, también corporal, en la cual se utilizan múltiples fuentes de información que incluyen tanto la cognición como el afecto y posiblemente los propios sentimientos del/a terapeuta, sus experiencias anteriores, así como cualquier sentimiento de reverberación que este/a podría haber tenido a través del proceso de entrada en él que utiliza la imaginación.

Este proceso que se basa en la comprensión, es tanto un proceso conceptual como experiencial. No se trata de un acto singular o único, ya que incluso varía de acuerdo con lo que está siendo comprendido en el momento. Podría consistir en comprender un sentimiento: “te sientes realmente solo”; o una narrativa compleja sobre la percepción de la persona acerca de un suceso: “fue de algún modo como si el modo como te miraba te hiciera sentir muy pequeña y reaccionar con enfado”; o en otros momentos un elevado nivel de síntesis de una experiencia compleja: “ah, entonces fue ese rechazo él que para ti supuso un punto sin retorno”; o incluso en la identificación de un significado idiosincrático: “¿significa esto ... ¡al final lo he demostrado;?”. El tipo de procesamiento del terapeuta que está implicado cambia momento a momento, en un punto es percepción del afecto, en otro reconstrucción de la narrativa, y en un tercero articulación de lo inmediato, o incluso de las implicaciones que emergen a partir de lo que el cliente está diciendo.

La empatía terapéutica es también un proceso de co-construcción que incluye al cliente y que en esencia versa sobre formar “una mente unida”. Cada parte se construye sobre la otra, los dos procesos individuales, el de exploración, experiencia y cognición del cliente y el del terapeuta, unidos para crear una gestalt mayor que emerge merced a que dos personas focalizan sus esfuerzos y trabajo sobre la misma cosa. En este esfuerzo conjunto nadie está tratando de controlar, se trata de co-explorar. Implica contrastar y recontrastar constantemente así como reconstruir. El cliente ayuda al terapeuta compartiendo lo que comprende y el terapeuta ayuda al cliente también compartiendo lo que comprende. Ambos están convergiendo en la dirección de la co-construcción de un nuevo significado.

Este proceso puede expresarse mediante diferentes tipos de respuestas empáticas. Entre

otras, el reflejo, las preguntas, las interpretaciones cercanas a la experiencia, los cuestionamientos empáticos, el mantenerse a una distancia que aporte seguridad cuando se considere necesario, el silencio empático, la apertura, el diálogo y la aplicación sensible de las técnicas. La intervención mediante dichos tipos de respuestas puede conducir a un amplio rango de resultados, entre los que se cuentan el desarrollo de una fuerte alianza de trabajo, la facilitación de la articulación de los clientes de su experiencia, el insight de aspectos no conscientes, el trabajo de temas relacionados con la transferencia, el desarrollo y fortalecimiento de varios aspectos del self y de la relación consigo mismo, así como de habilidades de relación interpersonal ... la empatía es un modo de ayudar a las personas a explorar su experiencia, tanto interna como externa, y de ayudarles con ello a crear un nuevo significado” (pp. 444-445)

Bohart y Greenberg (1997) se incluyen entre los autores que conciben la empatía como un aspecto central para el cambio terapéutico, y como un componente fundamental del proceso curativo (Norcross, 2002; Greenberg, Elliot, Watson y Bohart, 2001; Watson y Prosser, 2002).

La naturaleza de la empatía

La empatía ha sido identificada como un fenómeno afectivo (experiencia inmediata de las emociones de otra persona), cognitivo (comprensión intelectual de la experiencia del otro), y como conteniendo ambos componentes. Para minimizar la confusión que se produce en la literatura cuando no se especifica a que tipo de empatía se están refiriendo, se ha propuesto utilizar términos diferentes. Empatía cognitiva para identificar cuando se “adopta un rol o perspectiva intelectual de otra persona”, y empatía afectiva para denotar cuando se “responde con la misma emoción a la emoción de otra persona” (Gladstein, 1983). Duan y Hill (1996) propusieron los términos empatía intelectual para referirse a los procesos cognitivos y emociones empáticas para el aspecto afectivo de la experiencia empática. Aunque se reconoce la utilidad de tal diferenciación a efectos heurísticos, Greenberg, Rice y Elliott,

(1993), subrayan la inseparabilidad de los elementos afectivos y cognitivos, los peligros de crear una falsa dicotomía, y la necesidad de una investigación más sistemática que permita comprender la empatía como un fenómeno afectivo-cognitivo, así como los modos como ambos componentes interaccionan entre sí (Bohart y Greenberg, 1997).

La empatía como constructo

El término empatía ha sido utilizado para referirse a tres constructos diferentes que pueden superponerse: como rasgo de personalidad o habilidad general, como estado situacional específico cognitivo-afectivo, y como un proceso experiencial multifásico.

El supuesto que parte de la *empatía como un rasgo o habilidad estable* (Danish y Kagan, 1971; Hogan, 1969; Rogers, 1957), considera que algunos individuos son más empáticos que otros. El debate sobre si la empatía puede ser aprendida o no, sobretodo por parte de algunos individuos que parecen carecen de dicha habilidad, continúa abierto. Este tipo de conceptualización sirve a aquellos profesionales que están interesados en aspectos como: la identificación de los terapeutas con alta o baja empatía (Rogers, 1957), y la influencia de los procesos de desarrollo u otras características de personalidad, sobre la empatía (Feshbach, 1975).

Los que entienden la empatía como un *estado situacional específico cognitivo-afectivo* (Barrett-Lennard, 1962; Rogers, 1957; 1959; Truax y Carkhuff, 1967), plantean que esta varía con la situación. Esta perspectiva permite estudiar la influencia de diferentes contextos en la práctica clínica de la empatía, o las variables externas que afectan al aprendizaje y formación de la empatía.

Los que se interesan por los modos como clientes y terapeutas experimentan la empatía, la conceptualizan como un *proceso experiencial multifásico* (Barrett-Lennard, 1981; Bohart y Greenberg, 1997; Hoffman, 1984; Rogers, 1975). Se focalizan en la experiencia de la *empatía momento-a-momento*, su objetivo es poder identificar los procesos implicados cuando se produce o comunica un estado empático. Se han

propuesto varios modelos “estado” para tratar de describir los pasos por los que discurre el terapeuta cuando experimenta la empatía (Barrett-Lennard 1981; Gladstein 1983; Kohut, 1984; Mateu, Orjuela, González y Martorell, 2007; Mateu y González, 2007). La estructura teórica en la que se asientan parte de una visión compleja y fenomenológica de la empatía, que se extrae de la observación microprocesual, sutil y minuciosa de lo que sucede en las sesiones psicoterapéuticas reales.

LA EMPATÍA EN OTROS MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS

Los principales modelos psicoterapéuticos han mostrado a lo largo de la historia de la Psicoterapia un interés distinto por la empatía, que ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Dicho interés ha aumentado notablemente desde la publicación del informe de la 29 División del APA: *Psychotherapy Relations that Work* (Norcross, 2002), en el que se reconoce a la empatía como una variable que recibe apoyo empírico para la producción del cambio terapéutico.

Psicoanálisis

Si bien Freud (1958) mencionó la empatía en sus escritos, ésta no constituyó una variable importante para el psicoanálisis clásico. No existía intención de usar la empatía para establecer una relación terapéutica donde pudiera surgir una experiencia emocional. Freud pensaba que la relación entre el analista y el sujeto analizado debía ser cordial, pero recomendó que el analista adoptara una postura relativamente fría, analítica y hasta “quirúrgica”.

La empatía ha evolucionado de ser un aspecto periférico para el psicoanálisis a tener un puesto central en la elaboración de la psicología del self con la obra de Kohut (1971, 1977, 1984). Kohut llegó a la conclusión que el modo de “experiencia distante” con el paciente no era útil, concluyendo que era importante que el analista tratara de comprender lo que le pasaba al cliente a través de una “experiencia cercana”. Para Kohut (1959), la empatía es el proceso por el que “nos pensamos a

nosotros mismos en el lugar de otra persona” y asumimos, mediante “introspección vicaria” o empatía, la experiencia del otro “como si fuera la nuestra, así revivimos experiencias interiores” para llegar a “una percepción del significado” (p. 461). Kohut observó que la comprensión empática facilitaba el proceso terapéutico haciendo que el paciente estuviese más abierto para recibir interpretaciones. En la actualidad la empatía ocupa un lugar relevante en este marco teórico.

Conductismo-cognitivismo

A partir de los años 70 el interés de los terapeutas cognitivos-conductuales hacia las características de las relaciones terapéuticas se intensifica. Surgieron numerosos trabajos orientados a estudiar aspectos concretos de la relación terapeuta-cliente y su interacción con distintos aspectos de la intervención, como por ejemplo el nivel de motivación, el seguimiento de instrucciones, la adhesión al tratamiento o sus efectos en la efectividad de las estrategias aplicadas (Goldfried y Davison, 1994). Hacia los años 90 algunos autores conductistas comenzaron a reconocer la importancia de la relación terapéutica y de la empatía en particular (Franks, 1994; Burns y Auerbach, 1996). Para ellos la empatía es una variable no específica que tiene como función ayudar a establecer una buena alianza terapéutica, lo que aumenta la adherencia al tratamiento y la probabilidad de que el cliente use las técnicas. Algunos autores conductuales reconocen que la empatía y sus componentes pueden ser utilizados también como intervenciones. Christensen, Jacobson, y Babcock (1995) se centraron en la aceptación y el uso de una variedad de estrategias para facilitar la “unión empática” en su modelo sobre terapia de parejas.

Terapeutas cognitivos como Beck, Rush, Shaw y Emery, (1997) han destacado la importancia de que el terapeuta sea empático. Desde el enfoque cognitivo interpersonal de Safran y Segal (1990) se apunta que la respuesta empática puede ser utilizada para facilitar el afrontamiento de las creencias disfuncionales. Ambos marcos teóricos han incorporado el concepto de empatía en su práctica terapéutica y en su investigación.

LA INVESTIGACIÓN EN EMPATÍA

La investigación en empatía ha pasado a lo largo de su historia por distintas fases. La hipótesis de Rogers (1957) acerca de que las tres condiciones terapéuticas básicas (aceptación incondicional, empatía y genuinidad) eran condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico, estimuló su investigación en los años 60 y 70. El resultado global de dicha investigación resultó insatisfactorio debido fundamentalmente a: a) la falta de especificación y organización de los diferentes puntos de vista acerca de la empatía; b) la confusión teórica que esto produjo; c) dificultades metodológicas; d) inconsistencia de los hallazgos (Duan y Hill, 1996). La consecuencia fue un descenso en el número de publicaciones en los años 80, un periodo de reflexión y silencio tras el cual han surgido nuevos planteamientos acerca de como formar, investigar y evaluar la empatía. La disminución de la investigación en empatía durante los 80 se explica también porque el foco de la atención parece haberse desplazado de la teoría de Rogers al constructo psicoanalítico de la alianza terapéutica (Bordin, 1979; Horvath y Greenberg, 1986; Horvath y Symonds, 1991). Recientemente destaca el interés por elaborar las relaciones que existen entre empatía y alianza terapéutica (Corbella y Botella, 2004).

La investigación en empatía (Bohart et al., 2002; Duan y Hill, 1996; Gladstein, 1983; Hill y Lent, 2006; Moore, 1990; Sexton y Whiston, 1994), ha centrado los esfuerzos de los profesionales en su elaboración teórica, sus relaciones con el cambio terapéutico y su evaluación. Las recomendaciones de los especialistas para el futuro subrayan la necesidad de seguir investigando sobre empatía, si bien desde planteamientos más complejos (Clark, 1980; Hill y Lent, 2006; Lambert y Barley, 2001; Norcross, 2002). Se señala la falta de equilibrio y coherencia que existe entre su importancia aplicada (evidencia empírica) y su desarrollo teórico o de formación e investigación. Para salir de la confusión actual se propone la necesidad de crear redes de investigación en las que se unifiquen criterios para poder llevar a cabo formaciones eficaces en empatía. Se aconseja organizar las diferentes teorías que existen en la

actualidad sobre la empatía, aclarar las dificultades de comunicación entre ellas y la confusión que ello produce. Se propone desarrollar nuevas teorías de tipo descriptivo y explicativo sobre la empatía con base empírica, que puedan ser transmitidas a la hora de la formación y contrastadas en la práctica. Para construir dichas teorías se subraya la necesidad de tener en cuenta los predictores de la empatía (rasgo /estado / experiencia), conceptualizar la empatía como un proceso (cognitivo/afectivo), y observarla como un fenómeno dinámico formado por multicomponentes/multietapas (Elliott y Zucconi, 2006).

LA EVALUACIÓN DE LA EMPATÍA

Entre los escollos básicos a resolver para poder progresar en el estudio de la empatía destaca la gran variedad de recursos e instrumentos propuestos para su evaluación.

Al tratar de apresar la complejidad y versatilidad del proceso empático, han surgido instrumentos que miden la empatía como una habilidad humana estable o rasgo de personalidad (Hogan, 1969; Mehrabian y Epstein, 1972), como un estado (Barrett-Lennard, 1962; Dymond, 1949), como un concepto multifásico formado por multicomponentes (Hargrove, 1974; Elliott et al., 1982), o como un proceso momento-a-momento (Hill y O'Grady, 1985; Hill, Helms, Spiegel y Tichenor, 1988; Hill, Thompson y Corbertt, 1992). Esas mismas medidas se diferencian también según evalúan la empatía desde un punto de vista cognitivo (Hogan, 1969; Truax y Carkhuff, 1967), afectivo (Eisenberg y Miller, 1987; Mehrabian y Epstein, 1972), o con ambos elementos (Davis, 1983). Además, los instrumentos de medida pueden realizarse mediante autoinformes del terapeuta (Barrett-Lennard, 1962; Hogan, 1969), evaluaciones de los clientes (Barrett-Lennard, 1962), o a través de la observación de evaluadores externos (Carkhuff, 1969).

Greenberg y Rushanski-Rosenberg (2002) proponen el siguiente esquema para poder organizar un conjunto tan variado de instrumentos:

- (a) *Empatía medida por el terapeuta.* Se trata de instrumentos con los que los terapeutas evalúan su propia empatía tras las sesiones de terapia. El instrumento de medida más utilizado es la versión para el terapeuta Barrett-Lennard Relationship Inventory (Barrett-Lennard, 1962). Se ha utilizado especialmente para investigar las relaciones que existen entre la empatía percibida por los terapeutas y la de los clientes o la de los observadores.
- (b) *Empatía medida por el cliente.* Evalúa el nivel de empatía que el cliente percibe que le proporciona su terapeuta. Las investigaciones han mostrado que la empatía percibida por los clientes predice mejor los resultados terapéuticos que las evaluaciones que aportan observadores o terapeutas (Gurman, 1977). El instrumento de medida más utilizado es la versión para el cliente del Relationship Inventory (Barrett-Lennard, 1962).
- (c) *Empatía medida por el observador.* Requiere la participación de evaluadores externos previamente entrenados, que observan o escuchan grabaciones de sesiones de terapia y valoran el grado de empatía del terapeuta. Los instrumentos más utilizados han sido las escalas de Truax y Carkhuff (1967) y las de Carkhuff (1969). Se tratan de escalas discretas que sirven para valorar las respuestas del terapeuta, determinando si dichas respuestas quitan valor a las respuestas del cliente, las reflejan, o subrayan la expresión de sus sentimientos con exactitud. Se centran fundamentalmente en respuestas reflejos y no son aplicables a corrientes terapéuticas diferentes de la centrada en el cliente (Lambert, DeJulio y Stein, 1978).

INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MEDIR LA EMPATÍA TERAPÉUTICA

Nuestro objetivo era identificar los instrumentos que más se han utilizado para evaluar empatía, conocer sus características concretas y el tipo de investigaciones que los habían utilizado. Las bases de datos consultadas fueron

PsycInfo, PsycArticles y Eric, y el periodo temporal de 1960 al 2007. Los términos claves criterio al principio fueron: “empathy”, “measurement” y “scale”. Pronto observamos que muchas investigaciones sobre empatía no la nombran directamente y sí lo hacen bajo términos como “counselling”, “helping skills” o “relational skills”, por lo que se decidió incluirlos, obteniendo con ello un total de 169 artículos. Los instrumentos más utilizados para investigar sobre empatía en Psicoterapia se muestran en Tabla 1. Como puede observarse, dichos instrumentos siguen siendo los primeros que se crearon, prácticamente todos ellos son de los años 60. Si bien una revisión más minuciosa de los artículos obtenidos permite observar que se

están creando muchos instrumentos nuevos (Elliott, Filipovich, Harrigan, Gaynor, Reimschuessel, y Zapadka, 1982; Hill, Kellems, 2002; Chlopan, McCain, Carbonell & Hagen, 1985; Watson, 1999), parece que estos no se utilizan tanto como los primeros. Una posible explicación es que los nuevos instrumentos están siendo aplicados solo por los propios grupos que los han creado y no por otros grupos de investigadores, mientras que por lo general, si que existe un mayor reconocimiento y uso de los instrumentos más clásicos que se exponen a continuación. A continuación indicamos las principales características de los instrumentos más utilizados para investigar sobre empatía psicoterapéutica.

Tabla 1. Resumen de los principales instrumentos aplicados en investigación sobre empatía terapéutica.

<i>Tipo evaluador</i>	<i>Autor(es)</i>
<i>Evaluada por terapeuta</i>	
– Barrett-Lennard Relationship Inventory	Barrett-Lennard, 1962
– Affective Sensitivity Scale	Kagan et al., 1967
– Interpersonal Process Recall	Kagan et al., 1967
<i>Evaluada por cliente</i>	
– Barrett-Lennard Relationship Inventory	Barrett-Lennard, 1962
– Interpersonal Process Recall	Kagan et al., 1967
<i>Evaluada por observador</i>	
– Raskin Empathy Scale	Raskin, 1965
– Conjunctive Empathy Scale	Bachrach, 1966
– Truax Accurate Empathy Scale	Truax y Carkhuff, 1967
– Empathic Understanding in Interpersonal Process Scale	Carkhuff, 1969
– Lister Empathy Scale	Hargrove, 1974
– Cochrane's Scale	Cochrane, 1974
– Response Empathy Scale	Elliott et al., 1982
– Empathy Scale	Burns y Auerbach, 1996
– Measure of Expressed Empathy	Watson, 1999

Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI; Barrett-Lennard, 1962)

Objetivo del instrumento. Que el terapeuta y/o cliente evalúen la empatía percibida por cada uno de ellos al final de la sesión terapéutica.

Marco teórico. El BLRI en sus dos modalidades, cliente y terapeuta, fue desarrollado por Barrett-Lennard para medir las dimensiones de la relación terapéutica (aceptación positiva, empatía y congruencia), descritas por Rogers (1957). Se trata del instrumento que más se ha

utilizado para investigar la hipótesis de Rogers acerca de que la *percepción del cliente* de esas tres condiciones es el mejor predictor del cambio terapéutico. Se basa en un modelo cíclico que distingue tres fases: resonancia empática del terapeuta, empatía expresada por el terapeuta y empatía percibida por el cliente.

Características del instrumento. A lo largo de los años se han realizado múltiples versiones del BLRI que se iban adaptando en función de los diferentes contextos y necesidades de investigación. La primera versión contenía 85 ítems (Barrett-Lennard, 1962), en 1964 fue revisada y se redujo a 64 ítems. Ambas incluyen 4 subescalas: Comprensión Empática, Congruencia, Nivel de Aceptación y Aceptación Incondicional. La subescala de empatía es probablemente la que más se ha aplicado. La versión del cliente evalúa hasta qué punto este experimentó al terapeuta como una persona empática durante la sesión. Está formada por 16 afirmaciones del tipo de: “El terapeuta trata de ver las cosas a través de mis ojos”, o “El terapeuta entiende mis palabras pero no cómo me siento”. El cliente indica tres grados de acuerdo o desacuerdo. La escala ha mostrado niveles aceptables de validez predictiva y de contenido, y una fiabilidad test-retest en el rango de 0,75 a 0,95 (Barrett-Lennard, 1986).

La versión del terapeuta evalúa su propio nivel de empatía, es decir cuán empático se percibió a sí mismo durante la sesión. Ejemplo de ítem de la versión del terapeuta es: “Siento que respeto a _____ como persona”, “Puedo entender lo que _____ quiere decir incluso cuando el/ella tiene dificultades a la hora de expresarlo”.

Investigaciones que lo han utilizado. Se ha utilizado ampliamente para demostrar la importancia de las tres condiciones terapéuticas de Rogers a la hora de la creación de la relación terapéutica (Barrett-Lennard, 1978; Gurman, 1977). Se trata de uno de los cuestionarios más aplicados en la investigación de procesos (Gurman, 1977), y es el instrumento más utilizado cuando se investiga sobre la eficacia de la empatía (Hill, Nutt y Jackson, 1994). También ha sido aplicado para medir la empatía en la relación de pareja (Ganley, 1989), o en el campo de la medicina (Olson, 1995).

Las investigaciones realizadas mediante la aplicación de las dos versiones del instrumento han mostrado que la empatía percibida por los clientes correlaciona más con los resultados que la percibida por el terapeuta, y que dichas medidas no correlacionan entre sí (Barrett-Lennard, 1981; Gurman 1977).

Accurate Empathy Scale (Truax y Carkhuff, 1967)

Objetivo del instrumento. Que el observador evalúe la empatía expresada por el terapeuta a partir del visionado de la grabación de la sesión de terapia o del análisis de su transcripción. La escala proporciona 9 niveles diferentes de conductas verbales. El observador evalúa cada una de las respuestas del terapeuta apreciando el nivel que le corresponde según la escala.

Marco teórico. Truax y Carkhuff (1967) investigaron junto con Rogers sobre las tres condiciones básicas. Juntos definieron la precisión o exactitud empática como la “sensibilidad del terapeuta al flujo de sentimientos del cliente, y la habilidad verbal para comunicar esta comprensión en un lenguaje acorde con dicho flujo”. Juntos elaboraron también esta escala con la que evaluar la Empatía, así como otras similares para la Aceptación Positiva Incondicional y la Autenticidad o Congruencia.

Características del instrumento. La escala aporta pautas de observación para la clasificación de conductas verbales. En su conjunto describe 9 niveles diferentes de precisión o exactitud empática. Estos van desde el 1 (falta completa de precisión empática), hasta el 9 (grado máximo de precisión empática). El observador evalúa la empatía expresada por el terapeuta durante la sesión de terapia utilizando su grabación. Evalúa en qué medida el terapeuta percibe los sentimientos y pensamientos expresados y su habilidad para comunicarlos con precisión, en el mismo nivel o cualidad en el que el cliente los expresa. Su aplicación se basa tanto en el análisis del contenido como en la identificación de las respuestas empáticas precisas o exactas. Un nivel 5 indicaría que la respuesta del terapeuta se podría intercambiar con la del cliente, y un nivel de 6 o más significaría

que la respuesta del terapeuta añada incluso una mayor precisión al discurso del cliente. Requiere que el observador haya sido adiestrado en su uso, su administración es costosa y exige bastante tiempo. Permite una formación sutil y sofisticada tanto de la percepción como de la práctica de la respuesta empática.

Ese instrumento ha mostrado una buena fiabilidad inter-rasgo (rango = 0,73 – 0,86) y validez en numerosos estudios sobre terapia (Kiesler, 1973, Layton y Wykle, 1990).

Investigaciones que lo han utilizado. La Accurate Empathy Scale ha sido una de las más utilizadas para la investigación de la empatía. Se ha aplicado para investigar sobre formación de terapeutas (Reyes y Benítez, 1991), así como para la identificación de las diferencias en empatía entre diferentes tipos de terapias (Goldman, Greenberg, y Angus, 2006). Ha supuesto también una importante herramienta de entrenamiento con la que enseñar la práctica de la exactitud o precisión empática.

Affective Sensitivity Scale (Kagan, Krathwohl y Farquhar, 1965)

Objetivo del instrumento. Evaluar la habilidad del terapeuta para identificar el estado afectivo del cliente en el momento (“Affective Sensitivity”). Se aplica evaluando grabaciones de sesiones terapéuticas concretas y suele ir acompañada de la técnica Interpersonal Process Recall (IPR, Kagan et al., 1967).

Marco teórico. Enfatiza que la empatía es una condición interna que tiene que ver con la sensibilidad de la persona. Es dicha sensibilidad la que le capacita para empatizar y ésta depende, en gran parte, de las características intrínsecas de su personalidad. Al desarrollar el constructo de Sensibilidad Afectiva, Kagan et al., (1965) se diferenciaron de lo que se venía haciendo hasta ese momento, que se focalizaba más en la vertiente comunicativa. Definieron la sensibilidad afectiva como la habilidad para detectar y describir los sentimientos del otro. Numerosos estudios han apoyado la hipótesis de que existe una relación positiva entre la sensibilidad afectiva y la eficacia del terapeuta (Jackson, 1985, 1986).

Características del instrumento. Se han realizado diferentes versiones según el tema/aspecto de estudio concreto, si bien todas ellas mantienen en común la aplicación de la técnica IPR. Tras cada episodio significativo de sesión de terapia que se visualiza, el terapeuta contesta a un listado de ítems de respuesta múltiple tratando de apreciar con la mayor exactitud posible los sentimientos que muestra el cliente. Para lograrlo elige entre las diferentes alternativas que aparecen en la hoja de respuesta. Ejemplos posibles de ítems son: “a) Se siente muy triste e infeliz. b) Se siente perdido y confuso, no consigue aunar ideas”. El terapeuta tiene alrededor de 20 segundos para contestar a cada pregunta. Para determinar las preguntas correctas en cada episodio, se realiza un análisis de los ítems contrastándolos con las respuestas de los propios clientes cuando vieron las mismas escenas y describieron las emociones experimentadas. Otra versión de la “Affective Sensitivity Scale” sustituye las preguntas de respuesta múltiple por hojas de respuesta sin estructura, donde el terapeuta describe con sus propias palabras, durante 30 segundos, las emociones que el cliente está expresando mientras observa la grabación de la sesión de terapia. La Affective Sensitivity Scale ha mostrado en diferentes estudios una adecuada validez y fiabilidad (Campbell, Kagan, y Krathwohl, 1971; Danish y Kagan, 1971).

Investigaciones que lo han utilizado. Se ha utilizado ampliamente para medir la habilidad empática de los terapeutas y para el estudio de la empatía en las relaciones enfermeras-pacientes (Kunst-Wilson et al., 1981).

Interpersonal Process Recall (IPR; Kagan et al., 1967)

Objetivo del instrumento. Se trata de una técnica en la que los terapeutas o los clientes, por separado y con la ayuda del investigador, visualizan el vídeo de la sesión de terapia en la que han participado y profundizan en ella, expresando los pensamientos o sentimientos experimentados durante la sesión momento a momento.

Marco teórico. Basado en las teorías humanistas y fenomenológicas, el IPR es una técnica indirecta que se creó en principio para estudiar

el proceso de interacción entre terapeuta y cliente durante la sesión. Más tarde se ha utilizado ampliamente para la supervisión del trabajo de los psicoterapeutas. Kagan y sus colaboradores (1967) observaron que la aplicación del IPR incrementaba la auto-consciencia, especialmente de los pensamientos y sentimientos encubiertos que tenía el terapeuta. La observación de las grabaciones facilitada por el IPR, proporciona un entorno óptimo a través del cual los terapeutas pueden llegar a ser conscientes de sus pensamientos y emociones encubiertos, y sentirse libres para expresarlos sin consecuencias negativas. El terapeuta aprende con ello a profundizar en las emociones encubiertas de sus clientes con lo que consigue ser más empático con ellos.

Características del instrumento. Existen numerosos campos de aplicación de la técnica del “Interpersonal Process Recall” (IPR), en función del objetivo, ámbito de estudio y tipo de participantes. Exige siempre la grabación de la interacción que se esté estudiando, por lo general sesiones terapéuticas. Entre 24 a 48 horas después, alguno de sus participantes, terapeuta o cliente, visualiza dicha grabación y vuelve a revivir la experiencia de dicha sesión, facilitada por un entrevistador entrenado en esta técnica. La supervisión del terapeuta en formación la realiza su supervisor que actúa en cierta forma como evaluador, si bien tiene como función fundamental facilitar y apoyar sin juicios, la expresión de los sentimientos y pensamientos que el estudiante experimentó durante la sesión. Para conseguirlo, realiza preguntas abiertas como: “¿Qué estabas pensando justo aquí?”, “¿Fuiste consciente de algún sentimiento?”, “¿Qué piensas que el cliente necesitaba de ti en ese momento?”. Tanto el supervisor como el terapeuta pueden parar la grabación en cualquier momento para realizar los comentarios que consideren oportunos.

Investigaciones que lo han utilizado. el IPR es una técnica que ha sido aplicada con éxito en un tipo muy variado de investigaciones, en ocasiones junto a otro tipo de instrumentos (Kagan et al. 1967; Kingdon, 1975, Kagan 1980), relacionadas con la formación y supervisión de terapeutas, medida de la empatía o sensibilidad afectiva, facilitación del progreso del cliente en

terapia, interpretación de conductas no verbales o terapia de parejas. Kagan et al. (1967) y Kingdon (1975) observaron que los clientes de terapeutas supervisados con la técnica IPR obtuvieron mejores resultados que los clientes de terapeutas supervisados con otros métodos. No se recomienda utilizar el IPR como única herramienta de supervisión, resulta más efectivo si se aplica junto con otros métodos de supervisión. El IPR proporciona a los terapeutas en formación una oportunidad idónea para confrontar los temores interpersonales, comprender la compleja interacción que conlleva la psicoterapia y maximizar el encuentro interpersonal con sus clientes (Kagan, 1980).

Empathic Understanding in Interpersonal Process Scale (Carkhuff, 1969)

Objetivo del instrumento. Que el observador evalúe la empatía expresada por el terapeuta, a través de 5 niveles de conductas verbales.

Marco teórico. Es una revisión de la Truax Accurate Empathy Scale (Truax y Carkhuff, 1967) con el objetivo de aumentar su fiabilidad. Para su elaboración Carkhuff se basó también en los trabajos de Rogers (1957, 1959) sobre las tres condiciones terapéuticas básicas y en su concepción de empatía.

Características del instrumento. Un observador entrenado en el uso de la escala evalúa el nivel de empatía del terapeuta en fragmentos extraídos de las sesiones terapéuticas. La escala está formada por 5 niveles. El nivel 1 indica falta total de conciencia sobre los sentimientos incluso más obvios del cliente: “Las expresiones verbales y conductuales de la persona que entrevista ni atienden ni captan, de un modo significativo, las expresiones verbales y conductuales del entrevistado/a, de tal forma que comunica menos acerca de los sentimientos de esta última que ella comunica por sí misma”. El nivel 5 identifica intervenciones empáticas y precisas de todas las emociones del cliente: “Las respuestas del entrevistador añaden algo significativo al sentimiento y a los significados que el entrevistado expresa, lo hace de tal modo que (1) expresan con exactitud niveles de sentimientos que van más allá de lo que esta per-

sona fue capaz de expresar por sí misma, o (2) incluso forman parte del proceso profundo de autoexploración del entrevistado estando plenamente con él en los momentos más profundos". El nivel 3 aprecia la respuesta mínima efectiva: "Lo que el entrevistador expresa como respuesta a los sentimientos que el entrevistador comunica es en esencia intercambiable con las expresiones de éste, ya que se trata de los mismos afectos y significados". Esta escala ha mostrado una buena fiabilidad entre evaluadores. Se subraya que esta escala no evalúa "empatía" como se define actualmente en la literatura, parece estar midiendo más bien otras características como son la habilidad de respuesta o la calidez del terapeuta (Bachrach, 1976; Rappaport y Chinsky, 1972).

Investigaciones que lo han utilizado. La escala y su versión originaria son los instrumentos de medida más utilizados para la evaluación de la empatía desde el punto de vista del observador. La escala de Carkhuff también ha sido aplicada para el estudio de las interacciones entre médicos y pacientes (Wiseman, 1996), o parejas (Coche, 1995).

Response Empathy Scale (Elliott et al., 1982)

Objetivo del instrumento. Que el observador evalúe la empatía expresada por el terapeuta en función de sus respuestas verbales durante la sesión.

Marco teórico. Elliott et al. (1982) realizaron una revisión de los instrumentos que medían la empatía expresada por el terapeuta y observaron que la mayoría se aplicaban a fragmentos enteros de sesiones (Truax y Carkhuff, 1967; Hargrove, 1974; Cochrane, 1974), lo que les llevó a proponer un nuevo instrumento para evaluar las respuestas verbales empáticas individuales del terapeuta. Diseñaron una Escala de Respuesta de Empatía que evalúa los multicomponentes de las respuestas verbales expresadas por el terapeuta. Para ello, se basaron fundamentalmente en la "Lister Empathy Scale" (Hargrove, 1974), a la que se añadió una subescala sobre Precisión-Plausibilidad.

Características del instrumento. La escala la cumplimentan observadores que evalúan las

respuestas del terapeuta en una escala de tipo Likert de 0 a 4, donde 0 equivale a "No, definitivamente" y 4 a "Sí, definitivamente". Un ejemplo de ítem es "El terapeuta trata de percibir el mundo tal y como lo percibe el cliente". Las subescalas evaluadas son: intención en entrar en el marco interno del cliente; grado en que el terapeuta realiza inferencias perceptivas y clarificaciones del marco interno de referencia del cliente; precisión-plausibilidad de la inferencia; referencia a lo que está experimentando el cliente en el aquí y ahora; grado en el que el terapeuta se refiere al tema central del cliente; elección de palabras que el terapeuta realiza (p.ej., lenguaje rico, metáforas); calidad de su voz; modo exploratorio e impacto. La escala mostró una buena fiabilidad entre evaluadores cuando valoran la calidad empática de las respuestas individuales del terapeuta (Elliott et al., 1982), así como la mayoría de sus componentes, excepto las subescalas de calidad de voz y modo exploratorio.

Investigaciones que lo han utilizado. Esta escala ha sido diseñada para ser aplicada en estudios que se interesan por diferentes variables que influyen en la relación psicoterapéutica, así como en investigación de resultados (Elliott et al., 1982).

Measure of Expressed Empathy (MEE; Watson, 1999)

Objetivo del instrumento: Que el observador evalúe la empatía expresada por el terapeuta a partir de diferentes correlatos conductuales.

Marco teórico: Watson realizó una revisión de la investigación en empatía para determinar los criterios que las personas utilizaban para determinar si la otra persona era o no empática. Identificó 4 correlatos conductuales asociados con la comunicación de la empatía: conductas no verbales del terapeuta; características del discurso del terapeuta; modos de respuesta del terapeuta y características del terapeuta. El instrumento que propone (Watson, 1999; Watson y Prosser, 2002), evalúa la empatía a través de dichos correlatos conductuales.

Características del instrumento: Evalúa aspectos específicos de empatía en función de

diferentes correlatos conductuales del terapeuta: la conducta verbal y no verbal del terapeuta, las características del discurso, y los modos de respuesta. El instrumento consiste en 22 ítems que se puntúan en una escala Likert desde el 0 (nunca) al 8 (todo el tiempo). Los observadores realizan la evaluación de cada 5 minutos de fragmento de sesión. Algunos ítems son: “La voz del terapeuta transmite interés”, “El tono de voz o la respuesta del terapeuta captura la intensidad de las emociones del cliente”, “La respuesta del terapeuta está en sintonía con el mundo interior del cliente”. La aplicación de este instrumento requiere la formación previa de los observadores. Al medir otros componentes de la empatía (y no basarse únicamente en el contenido) este instrumento a diferencia de otros puede ser aplicado por diferentes enfoques terapéuticos. El MEE presenta una alta y significativa correlación con el Barrett-Lennard Relationship Inventory ($r = 0,66$; $p < 0,01$). La escala tiene consistencia interna y muestra una buena fiabilidad, tanto en su conjunto, como para cada uno de sus componentes (Watson y Prosser, 2002).

Investigaciones que lo han utilizado: Además de contribuir a la investigación de resultados en terapia y a la comprensión del proceso empático en contextos psicoterapéuticos, ha servido para la formación en empatía (Watson y Prosser, 2002). La escala puede ser aplicada por diferentes orientaciones y ha sido aplicada en estudios sobre resultados no solo dentro del marco de la terapia experiencial, también de la cognitivo-conductual.

CONCLUSIÓN

El concepto de la empatía se encuentra en una nueva etapa de su historia y de su evolución. Su introducción por Rogers en el campo de la Psicoterapia como condición básica capaz de producción de cambio terapéutico, produjo gran interés por su investigación. Los resultados obtenidos evidenciaron una mayor complejidad de la esperada, lo que desanimó a algunos, hizo decaer su investigación y dio lugar a un periodo de reflexión. El espaldarazo recibido por la 29 Task Force División del APA —coordinada por

Norcross (2002)—, reconociéndola como variable que recibe apoyo empírico, su incorporación de hecho por el resto de modelos terapéuticos y en disciplinas muy variadas (externas a la psicoterapia), como son la psicología evolutiva, psicología social, o incluso en contextos relacionales más amplios como son mundo de la salud, mundo de la empresa o de la política, apoyan la necesidad de conocer más acerca de la empatía como mecanismo básico relacional de gran utilidad aplicada.

Las conclusiones para el futuro son claras: se necesita investigar más sobre empatía e invertir esfuerzos en ella. En la actualidad se propone revisar lo aportado hasta ahora en cuanto a su teoría, investigación, formación, medida y práctica, reelaborar dicho conocimiento acumulado y extraer un panorama más completo que abarque la complejidad que en realidad presenta la empatía. También se insta a crear redes de investigación utilizando los últimos avances de los que se dispone en la actualidad. Redes que permitirían aunar esfuerzos, potenciar la investigación acerca de su práctica y/o formación, poder captar mayor complejidad incorporando por ejemplo variables fundamentales, poco tenidas en cuenta hasta ahora, como son las diferencias culturales. Si además tenemos en cuenta que prácticamente casi todo el trabajo realizado hasta el momento sobre empatía lo ha sido en el área anglosajona (muy pocas aportaciones o investigación ha sido realizada en el área hispana) esta nueva etapa constituye una oportunidad a la que deberíamos incorporarnos. El motivo por el que debemos hacerlo no ofrece dudas, vale la pena volver a insistir en ello: el gran valor aplicado de la empatía es ya incuestionable, bien sea para la producción del cambio terapéutico, para la prevención de conflictos, para el desarrollo moral, para la mejora de las relaciones íntimas como la familia, o más externas como la empresa, la salud u otras.

REFERENCIAS

- Alberts, G., y Edelstein, B. (1990). Therapist training: A critical review of skill training studies. *Clinical Psychology Review*, 10, 497-511.

- Allport, G.W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt.
- Bachrach, H. (1966). *The Conjunctive Empathy Scale*. Unpublished manuscript based on doctoral dissertation. Chicago: University of Chicago.
- Bachrach H. (1976). Empathy. We know what we mean, but what do we measure? *Archives of General Psychiatry*, 33, 404-407.
- Baker, S.B., y Daniels, T.G. (1989). Integrating research on the microcounseling program: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 213-222.
- Baker, S.B., y Daniels, T.G. (1990). Systematic training of graduates-level therapist: Narrative and meta-analytic reviews of the three major programs. *The Counseling Psychologist*, 18, 355-421.
- Barrett-Lennard, G.T. (1962). Dimensions of therapy response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76, 1-33.
- Barrett-Lennard, G.T. (1978). The Relationship Inventory: Later development and adaptations. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 8, 68.
- Barrett-Lennard, G.T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 91 -100.
- Barrett-Lennard, G.T. (1986). The Relationship Inventory now: Issues and advances in theory, method and use. En L. S. Greenberg and W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (439-476). New York: Guilford Press.
- Beck, A., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1997). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Bohart, A., y Greenberg, L. (1997). *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bohart, A.C., Elliott, R., Greenberg, L.S., y Watson, J.C. (2002). *Empathy*. En Norcross, J.C. (Edit.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16, 252-260.
- Burns, D.D., y Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: Does it really make a difference? En P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 135-164). New York: Guilford Press.
- Campbell, R.J., Kagan, N., y Krathwohl, D.R. (1971). The development and validation of a scale to measure affective sensitivity (empathy). *Journal of Counseling Psychology*, 18, 407-412.
- Carkhuff, R.R. (1969). *Helping and human relations*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Chlopan, B.E., McCain, M.L., Carbonell, J.L., Hagen, R.L. (1985) Empathy: Review of Available Measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 635-653.
- Christensen, A., Jacobson, N. S., y Babcock, J. C. (1995). Integrative behavioral therapy. In N. S. Jacobson y A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 31-64). New York: Guilford Press.
- Clark, K.B. (1980) Empathy A Neglected Topic in Psychological Research. *American Psychologist*, 35, 187-190.
- Clark, A.J. (2006) Empathy in Counseling and Psychotherapy: Perspectives and practices. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coche, J. (1995). Group therapy with couples. En N. S. Jacobson y A. S. Grumman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 197-212). New York: Guilford Press.
- Cochrane, C.T. (1974). Development of a measure of empathic communication. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 11, 41-47.
- Corbella, S., y Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema* 16, 4, 702-705.
- Danish, S., y Kagan, N. (1971). Measurement of affective sensitivity: Toward a valid measure of interpersonal perception. *Journal of Counseling Psychology*, 18, 51-54.
- Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Decety, J. & Ickes, W. (Eds.) (2009). *The Social Neuroscience of Empathy*. Cambridge: MIT Press.
- Duan, C., y Hill, C.E. (1996). The Current State of Empathy Research. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 261-274.
- Dymond, R. F. (1949). A scale for the measurement of empathic ability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 14, 343-350.
- Eisenberg, N. y Miller, P. (1987). Empathy, sympathy, and altruism: Empirical and conceptual links. In N. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 292-316). New York: Cambridge University Press.
- Elliott, R., Filipovich, H., Harrigan, L., Gaynor, J., Reimschuessel, C. y Zapadka, J.K. (1982). Measuring response empathy: The development of a multi-component rating scale. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 379-387.
- Elliott, R. (2001). Research on the effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. En D. Cain, y J. Seeman (Eds.) *Handbook of research and practice in humanistic psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Elliott, R., y Zucconi, A. (2006). Doing Research on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training: A person-centered/experiential perspective. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 81-100.

- Feshbach, N.D. (1975). Empathy in children: Some theoretical and empirical considerations. *The Counseling Psychologist*, 5, 25-30.
- Franks, C.M. (1994). Behavioral model. In V.B. Hasselt y M. Hersen (Eds.), *Advanced abnormal psychology* (pp. 93-110). New York: Plenum.
- Freud, S. (1958). On beginning the treatment. In J. Strachey, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 12, pp. 123-144). London: Hogarth Press.
- Ganley, R.M. (1989). The Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI): Current and potential uses with family systems. *Family Process*, 28, 107-115.
- Gladstein, G.A. (1983). Understanding empathy: Integrating counselling, developmental and social psychology perspectives. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 467-482.
- Goldfried, M. y Davison, G. (1994): *Clinical Behavior Therapy*. New York: John Wiley y Sons.
- Goldman, R., Greenberg, L., y Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the therapeutic relationship in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16, 536-546.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N., y Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S., Elliott, R., Watson, J.C., y Bohart, A.C. (2001). Empathy. *Psychotherapy*, 38, 380-384.
- Greenberg, L.S., y Rushanski-Rosenberg, R. (2002). Therapist' experience of Empathy. En Watson, J.C., Goldman, R.N., y Warner, M.S. (Eds.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the 21 st Century: Advances in Theory, Research and Practice*. London: PCCS Books.
- Gurman, A.S. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship. En A. S. Gurman, y A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research*. New York: Pergamon Press.
- Hargrove, D.S. (1974). Verbal interaction analysis of empathic and nonempathic responses of therapist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 305.
- Hill, C. E., y O'Grady, K. E. (1985). List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 3-22.
- Hill, C.E., Helms, J. E., Spiegel, S. B., y Tichenor, V. (1988). Development of a system for categorizing client reactions to therapist interventions. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 27-36.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., y Corbett, M. M. (1992). The impact of therapist ability to perceive displayed and hidden client reactions on immediate outcome in first sessions of brief therapy. *Psychotherapy Research*, 2, 143-155.
- Hill, C.E, Nutt, E., y Jackson, S. (1994). Trends in psychotherapy process research: Samples, measures, researchers, and classic publications. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 364-377.
- Hill, C.E. y Kellems, I.S. (2002) Development and use of the Helping Skills Measure to assess client perceptions of the effects of training and of helping skills in sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 264-272.
- Hill, C.E., y Lent, R.W. (2006). A Narrative and Meta-Analytic Review of Helping Skills Training: Time to revive a dormant area of inquiry. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 154-172.
- Hoffman, M. L. (1984). Interaction of affect and cognition in empathy. En C. E. Izard, J. Kagan, y R. B. Zajonc (Eds.), *Emotions, cognition, and behavior*. Cambridge: Cambridge University.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307-316.
- Horvath, A.O., y Greenberg, L.S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En L.S. Greenberg, y W.M. Pinsoff (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. (pp. 529-556). New York: Guilford Press.
- Horvath, A.O., y Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Jackson, E. (1985). Peer Rated Therapeutic Talent and Affective Sensitivity: A Multiple Regression Approach. *Psychology: A Quarterly Journal of Human Behavior*, 22, 28-35.
- Jackson, E. (1986). Affective Sensitivity and Peer Selection of Counseling Potential. *Counselor Education and Supervision*, 25, 230-236.
- Kagan, N. (1980). Influencing human interaction-Eighteen years with IPR. In A. K. Hess (Ed.), *Psychotherapy supervision: Theory, research, and practice* (pp. 262-283). New York: Wiley.
- Kagan, N., Krathwohl, D.R. y Farquhar, W.W. (1965). Developing a scale to measure affective sensitivity. Educational Research Series, Michigan State University.
- Kagan, N., Krathwohl, D., Goldberg, A., Campbell, R., Schauble, P., Greenberg, B., Danish, S., Resnikoff, A., Bowes, J., y Bondy, S. (1967). Studies in human interaction: Interpersonal process recall stimulated by video-tape. East Lansing: Michigan State University, Educational Publication Services.
- Kiesler, D. J. (1973). *The process of psychotherapy: Empirical foundations and systems of analysis*. Chicago: Aldine.
- Kingdon, M.A. (1975). A cost/benefit analysis of the Interpersonal Process Recall technique. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 353-357.
- Kirschenbaum, H., y Jourdan, A. (2005). The Current Status of Carl Rogers and the Person-Centered Approach Psychotherapy. *Theory, Research, Practice, Training*. 42, 37-51.

- Kohut, H. (1959). *Introspection, empathy, and psychoanalysis association*, 7, 459-483.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Kunst-Wilson, W., Carpenter, L., Poser, A., Venhor, I., y Kushner, K. (1981). Empathic perception of nursing students: self-reported and actual ability. *Research in Nursing and Health*, 4, 283-293
- Lambert, M.J., DeJulio, S. S., y Stein, D.M. (1978). Therapist interpersonal skills: Process, outcome, methodological considerations, and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, 85, 467-489.
- Lambert, M. J., y Barley, D. E. (2001). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy*, 38, 4, 357-361.
- Layton J., y Wykle M. (1990) A validity study of four empathy instruments. *Research in Nursing and Health*, 13, 319-325.
- Lipps, T. 1903. Einfühlung, Innere Nachahmung und Organempfindung. *Archiv für gesamte Psychologie*, 1, 465-519.
- Marroquín, M. (2002) La empatía redimensionada: La compleja evolución de un concepto. *Miscelánea Comillas*, 60, 421-433.
- Mateu, C., Orjuela, G.R., González, R., y Martorell, M.A. (2007). Programa piloto para el entrenamiento experiencial en empatía con un grupo de terapeutas de habla hispana. Trabajo presentado en el X Foro Internacional del Enfoque Centrado en la Persona, Mallorca (España), del 7 al 12 de Mayo de 2007.
- Mateu, C., y González, R. (2007). El qué, cómo, a quien, cuándo y dónde de la formación eficaz en empatía. Trabajo presentado en el VI Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, México, 29 y 30 de junio de 2007.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mehrabian, A., y Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40, 525-543.
- Moore, B.S. (1990). The origins and development of empathy. *Motivation and Emotion*, 14, 75-80.
- Norcross, J.C. (Edit.) (2002). *Psychotherapy relations that Work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Olson, J. K. (1995). Relationships between nurse-expressed empathy, patient-perceived empathy and patient distress. *Journal of Nursing Scholarship*, 27, 317-322.
- Rappaport J., y Chinsky J. (1972) Accurate empathy: confusion of a construct. *Psychological Bulletin*, 77, 400-404.
- Raskin, N.J. (1965). The psychotherapy research project of the American Academy of Psychotherapists. *Proceedings of the 73rd Annual Convention of the American Psychological Association*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Reyes, G. y Benitez, D. (1991). Efectos de dos modalidades de supervisión sobre el desarrollo de la agudeza empática y la expresión personal. *Revista de Psicología*, 1, 2.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counselling Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*. New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C.R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5, 2-10.
- Safran, J.D., y Segal, L.S. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Sexton, T.L., y Whiston, S.C. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review, theoretical implications, and research directions. *The Counseling Psychologist*, 22, 6-78.
- Titchener, E. (1909). *Experimental psychology of the thought processes*. New York: Macmillan.
- Truax, C.B., y Carkhuff, R.R. (1967). *Toward effective counselling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine.
- Watson, J.C. (1999). *Measure of expressed empathy*. Unpublished measure. Toronto: OISE/UT.
- Watson, J.C. (2001). Revisioning empathy: Reflections and conjectures. Theory, research and practice. In D. Cain y J. Seeman (Eds.). *Handbook of research in humanistic therapies*. Washington: APA.
- Watson, J.C., Goldman, R.N. & Warner, M.S. (2002). *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the 21st Century: Advances in theory, research and practice*. UK, PCCS Books.
- Watson, J.C., y Prosser, M. (2002). Development of an Observer-rated Measure of Therapist Empathy. En J.C. Watson, R.N. Goldman, y M. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st Century: Advances in theory, research and practice*. London: PCCS.
- Wiseman, T. (1996). A concept analysis of empathy. *Journal of Advanced Nursing* 23, 1162-1167.