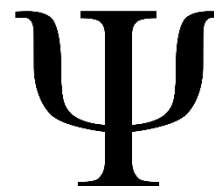


Preocupación Empática en Psicólogos



Camila, C. Muñoz Aguirre

Universidad Internacional SEK, Quito, Ecuador

Programa: Desarrollo y Transformación Social

Línea: Ciencias Psicológicas

Fecha de defensa: 04 de septiembre del 2019

Director del proyecto: Erick Arguello, M.A., M.Ed., Psy.D., CMPC

Tutor Principal: Esteban Ricaurte

PALABRAS CLAVE

Empatía

Alianza Terapéutica

Psicólogos

Preocupación Empática

Índice de Reactividad

Interpersonal (IRI)

Resumen

Introducción: La empatía es una habilidad importante en el trabajo de un psicólogo y psicoterapeuta puesto que permite entrar en el mundo del otro y ponerse en su lugar. De esta manera se puede construir un ambiente seguro dentro de la terapia y el paciente se puede expresar libremente dentro de ella. La empatía es parte de la alianza terapéutica, la misma que establece el mejor predictor dentro de la terapia. Existen varias maneras de definir la empatía según el enfoque terapéutico y autor. Davis es el primero que la conceptualiza desde un enfoque multidimensional que incluye tanto las dimensiones cognitivas como emocionales, las mismas que están centradas en uno mismo y en el otro. Davis crea el Índice de Reactividad Interpersonal bajo este concepto. Dentro de la dimensión afectiva se encuentra la preocupación empática que es sentir lo que la otra persona está sintiendo, pueden ser sentimientos de cariño, compasión o lástima por los demás. Se pretende en este estudio evaluar las características específicas de la empatía en psicólogos ecuatorianos y compararla entre las psicólogas y los psicólogos.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de estudio de campo con una muestra de 64 psicólogos ecuatorianos (38 mujeres y 26 hombres). Los participantes fueron seleccionados por conveniencia, los mismos que pertenecían a diversas instituciones y especialidades. Se utilizó para el análisis de datos el programa estadístico SPSS 20.0 y el test de significación estadística U de Mann-Whitney para el análisis de género y nivel de empatía. Para la recolección de datos se utilizó la subescala de preocupación empática del Índice de Reactividad Interpersonal de Davis adaptado y a la versión española.

Resultados: De los 64 participantes, el 51,6% de la muestra general presenta un nivel de empatía media alta. A su vez 8 mujeres puntuaron empatía alta representando al 88,9% de la muestra general en mujeres; y, un hombre que puntuó empatía alta que representa el 11,1% de la muestra en hombres; sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,11$).

Conclusión: La mayoría de psicólogos y psicoterapeutas presentan un nivel de empatía media alta, no obstante en esta investigación no se vio resultados significativos en cuanto a la diferencia de género y nivel de empatía por lo que, se requiere mayor investigación.

KEYWORDS

Empathy

Therapeutic Alliance

Psychologists

Empathic Concern

Interpersonal Reactivity Index (IRI)

Abstract

Introduction: Empathy is an important skill in the work of a psychologist and psychotherapist since it allows them to enter the world of the other and put them in their place. In this way, a safe environment can be built within the therapy and the patient can express freely within it. Empathy is part of the therapeutic alliance, which establishes the best predictor in therapy. There are several ways to define empathy according to the therapeutic and author approach. Davis is the first to conceptualize it from a multidimensional approach that includes both cognitive and emotional dimensions, the same ones that are centered on oneself and the other. Davis (1980) developed the Interpersonal Reactivity Index (IRI). Empathic Concern is part of the affective dimension that is to feel what the other person is feeling; these can be feelings of affection, compassion or pity for others. The purpose of this research is to evaluate the specific characteristics of empathy in Ecuadorian psychologists and compare it between men and a female psychologist.

Materials and methods: The IRI was administered to an Ecuadorian sample of 64 psychologist (38 women and 26 men). It was used the statistical program SPSS 20.0 and the Mann-Whitney U statistical significance test for the analysis of gender and level of empathy. It was used the empathic concern subscale of the Interpersonal Reactivity Index adapted to the Spanish version.

Results: The results of the study revealed that 51.6% of psychologists have a medium high-level empathy. 8 women scored high empathy representing 88.9% of the general sample in women; and, a man who scored high empathy representing 11.1% of the sample in men; however, these differences were not statistically significant ($p = 0.11$).

Conclusion: The majority of psychologists and psychotherapists have a medium high-level empathy, however, this research did not show significant results in terms of gender difference and level of empathy, so more research is required.

Introducción

La Empatía es una habilidad fundamental en el trabajo de un psicólogo o psicoterapeuta la misma que permite entrar en el mundo del otro, estableciéndose un vínculo, para que de esta manera se pueda construir un ambiente seguro dentro de la terapia y el paciente se pueda expresar libremente dentro de ella (Bohart y Greenberg, 1997; Norcross, 2011; Norcross y Wampold, 2011).

La empatía es parte de la alianza terapéutica. La Alianza Terapéutica es un componente central del modelo genérico y se ha visto que la misma establece el mejor predictor de los resultados dentro de la terapia. Varios autores se han centrado en estudiar la alianza terapéutica. De esta manera Bordin fue el primero en

proponer un modelo genérico de alianza de trabajo, el cual incluye características comunes de diferentes escuelas psicoterapéuticas (Bordin, 1994). Kanfer y Goldstein (1987) afirman que la relación terapéutica es un elemento esencial y como tal se diferencia de otro tipo de relaciones interpersonales que también pueden ser de ayuda. Bordin se basó en tres elementos importantes que constituyen la alianza terapéutica como una relación integrada. Estos incluyen un vínculo interpersonal que presenta características específicas, los objetivos del tratamiento y los medios a través de los cuales se esperan alcanzar estos objetivos (Bordin, 1979). Elizabeth Zetzel (1907-1970) menciona que la transferencia y la alianza son dos componentes distintos, en donde la alianza es la parte no neurótica de la relación entre el terapeuta y paciente la misma que posibilita el insight. Todos

los modelos teóricos integran a la alianza terapéutica como un factor indispensable dentro de la terapia. El vínculo específicamente se basa en una relación de empatía con el paciente y de confianza mutua a lo largo de todo el proceso (Bordin, 1979). No existe ningún tipo de intervención que no requiera de una buena alianza terapéutica.

Según la American Psychological Association la empatía ha sido reconocida como una de las variables con mayor valor empírico en la explicación de la mejoría en el tratamiento psicológico (Norcross, 2011). En las primeras definiciones de la empatía no se ha establecido una clara diferenciación de empatía cognitiva y emocional. A lo largo del tiempo se ha tratado de definir a la empatía por lo que varios autores la han diferenciado en empatía cognitiva y empatía emocional.

El concepto de adopción de perspectiva y la aparición de una escala para su evaluación dio lugar al estudio de la empatía cognitiva (Dymond, 1949). Según Hogan (1969) la empatía es un intento de comprender lo que pasa por la mente de los demás, se refiere a un carácter de comprensión intelectual o imaginativa de la condición del otro, se relaciona a la empatía de carácter cognitiva. Meherabian y Epstein (1972) se refieren a la empatía como una respuesta emocional vicaria que se experimenta ante las experiencias emocionales de los demás, es decir sentir lo que la otra persona está sintiendo. Hoffman (1977) igualmente define a la empatía como un desarrollo moral refiriéndose a una respuesta afectiva a los sentimientos de otra persona y relaciona la influencia del género sobre la empatía concluyendo que este tipo de empatía es más evidenciable en las mujeres que en los varones. Hoffman sugiere que las mujeres tienen una tendencia mayor a imaginarse en el lugar de la otra persona que los hombres (Hoffman, 1977).

A pesar de que existen varias maneras de definir la Empatía, Davis la conceptualiza como un constructo multidimensional que incluye tanto las dimensiones cognitivas como emocionales, las mismas que están centradas en uno mismo y centradas en el otro (Davis, 1980). El componente afectivo de la empatía es un sentimiento compartido, frente a la experiencia emocional de otra persona, lo que puede llevar a sentimientos y conductas como la compasión y el altruismo, o a experiencias emocionales negativas, como la angustia y la aversión (Davis, 1980, 1983;

Eisenberg & Strayer, 1987, p.126). Mientras que el componente cognitivo se refiere a las capacidades o tendencias que presenta una persona quien busca interpretar y comprender la emoción de otros (Davis, 1980). En esta investigación se tomará en cuenta la definición de Davis siendo una perspectiva multidimensional, la cual abarca componentes emocionales y cognitivos.

En la actualidad se ha definido a la empatía como una habilidad importante en el trabajo de psicólogos y psicoterapeutas, en la cual se integran e interaccionan ciertos elementos esenciales que implican: la vivencia afectiva de las emociones de los demás (empatía afectiva), la interferencia del estado cognitivo y emocional (empatía cognitiva) y la regulación de esa experiencia emocional (Decety y Lamm, 2009; Moya-Albiol, 2018; Singer y Lamm, 2009). De esta manera el aprendizaje de habilidades empáticas es considerado un elemento fundamental en el trabajo de psicólogos y psicoterapeutas puesto que les ayuda a aumentar su sensibilidad ante los estados internos y las situaciones de sus pacientes, favoreciendo de esta forma la acogida de sus experiencias de una forma saludable (Bohart y Greenberg, 1997; Norcross, 2011; Norcross y Wampold, 2011). Se ha visto tras varias investigaciones (Bruce, Shapiro, Constantino y Manber, 2010; Germer, Siegel y Fulton, 2013; Siegel, 2010), que el entrenamiento en mindfulness y compasión (IBMC) aumenta la actitud empática en los profesionales de la salud mental (Lamothe et al., 2016) por tal motivo sería conveniente incrementar cursos en la formación universitaria de las IBMC para psicólogos y psicoterapeutas.

El Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), fue originado por Davis el cual es un instrumento que mide las diferencias individuales en las tendencias empáticas desde un enfoque más integrador y multidimensional, evaluando la empatía desde lo cognitivo y lo emocional (Davis, 1980). La Preocupación Empática es sentir lo que la otra persona está sintiendo, pueden ser sentimientos de compasión, cariño o lástima por los demás, son sentimientos orientados al otro. La Fantasía es la tendencia a identificarse y ponerse en el lugar de personajes de ficción, cine, literatura, etc. Las áreas antes mencionadas pertenecen a la empatía afectiva. Mientras que las áreas de la empatía cognitiva incluyen: La Toma de Perspectiva es poder entender al otro y ponerse en su lugar respondiendo correctamente a sus reacciones emocionales. Malestar Personal

son los sentimientos de malestar y ansiedad que una persona experimenta al observar experiencias negativas que le ocurren a los demás (Davis, 1980).

A partir de la idea de Davis varios autores han realizado diversos estudios con varias poblaciones aplicando el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI). Pastor (2004) encontró que las mujeres provenientes de Valencia, España puntuaron significativamente más que los varones en las escalas de preocupación empática, fantasía y malestar personal, indicando que las mujeres se muestran más empáticas que los varones. Pastor (2004) observó también que en una muestra de 556 adolescentes entre las edades de 13 y 23 años se pudo evidenciar que a medida que incrementa la edad de los adolescentes y jóvenes aumentan progresivamente las puntuaciones en las escalas de toma de perspectiva, fantasía y preocupación empática. Cabrera, Gutiérrez y Mutis (2010) encontraron que las mujeres pertenecientes a la ciudad de Arica, Chile muestran mayor empatía, prosocialidad y menor agresividad que los hombres. En función de los tipos de establecimientos educacionales no se resaltaron diferencias en conducta agresiva, pero los adolescentes de establecimientos particular-pagado revelaron mayor empatía y prosocialidad que los municipalizados y particular-subsuvencionado (Cabrera, Gutiérrez & Mutis, 2010).

Richaud y Mesurado (2016) encontraron que tanto la empatía (Toma de perspectiva) como las emociones positivas se encuentran involucradas en la predicción de la conducta prosocial, tanto en los niños como en las niñas. Sin embargo, la empatía como las emociones positivas inhiben la conducta agresiva solo en las niñas. Se tomó en cuenta únicamente las escalas de Toma de perspectiva y Preocupación empática del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI). Además, se evidenció en este estudio que la toma de perspectiva como la preocupación empática se encuentran altamente relacionadas con las emociones positivas tanto en los niños como en las niñas, pero con respecto a la autoeficacia social asociada a la conducta prosocial, la satisfacción personal y la preocupación empática se evidenció solo en las niñas (Richaud y Mesurado, 2016). Worly, Verbeck, Walker y Clinchot (2018) demostraron que las mujeres estudiantes de medicina de tercer año puntuaron más alto en las escalas de fantasía, preocupación empática y malestar personal en comparación con

sus compañeros hombres. También observaron que estas mismas mujeres reportaron mayores niveles de preocupación empática, agotamiento (burn out) y agotamiento emocional que los varones (Worly, Verbeck, Walker y Clinchot 2018). Rique et al (2010) concluyeron que la preocupación empática se relaciona positivamente con la toma de perspectiva del otro y ambas influyen de una forma positiva en el perdón, el mismo que es entendido como la capacidad para aliviar el resentimiento y desarrollar compasión hacia los demás, inclusive hacia un delincuente. La preocupación empática y la toma de perspectiva ayudan a reducir el dolor permitiendo el surgimiento de la voluntad de perdonar al otro (Rique et al, 2010).

Se han llevado a cabo varios estudios (Pastor, 2004; Cabrera, Gutiérrez y Mutis, 2010; Richaud y Mesurado, 2016; Worly, Verbeck, Walker y Clinchot, 2018 y Rique et al, 2010) con diversas poblaciones evaluando la empatía con las diversas subescalas del Índice de Reactividad Interpersonal de Davis. Sin embargo, no se han realizado estudios evaluando la preocupación empática en psicólogos por medio de esta escala. Por lo que la presente investigación tiene como objetivo evaluar las características específicas de la empatía en psicólogos y comparar esta característica entre las psicólogas y psicólogos. La empatía es una herramienta elemental en el trabajo de psicólogos y psicoterapeutas, siendo parte fundamental de la alianza terapéutica la misma que establece el mejor predictor de los resultados dentro de la terapia (Bordin, 1994). Estudios como el de (Pastor, 2004; Cabrera, Gutiérrez y Mutis, 2010; Richaud y Mesurado, 2016; Worly, Verbeck, Walker y Clinchot, 2018 y Rique et al, 2010) han evidenciado que la empatía está relacionada a la prosocialidad, inhibición de la agresividad, emociones positivas, influencia de una forma positiva en el perdón y la compasión y se ha evidenciado mayor nivel de empatía en mujeres.

Materiales y métodos

Diseño y población

Se realizó un estudio descriptivo de estudio de campo. La muestra estuvo compuesta por 64 psicólogos (38 mujeres, 26 hombres), las edades oscilaban entre los 22 años hasta los 60 años. Los participantes fueron seleccionados por conveniencia, los mismos que pertenecían a diversas instituciones y especialidades

(psicólogos/as generales, clínicos, educativos, industriales e infantiles/ psicorehabilitadores). Los sujetos debían estar ejerciendo su profesión al menos un año. Los participantes utilizaban diversos enfoques psicológicos como cognitivo conductual, integrativo, humanista, psicoanálisis, psicodinámica y sistémica.

Procedimientos

Se realizó una revisión bibliográfica en el tema de la empatía, una vez elegida la temática a investigar se consideró aplicar el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), el cual mide tanto los procesos cognitivos como emocionales de la empatía. Se eligió analizar la escala de preocupación empática en la población de psicólogos. La elaboración del instrumento con las diferentes variables se lo realizó en grupo. Posteriormente se eligieron los participantes por conveniencia. Se aplicó el consentimiento informado en donde se detallaba los objetivos de la investigación. Finalmente se aplicó el cuestionario en el área de trabajo de cada participante y se procedió a la recopilación de datos.

VARIABLES DE ESTUDIO

Empatía desde el enfoque multidimensional de Davis

Davis propone un enfoque integrador y multidimensional de la empatía y plantea que tanto los aspectos emocionales como cognitivos son parte de un mismo fenómeno (Davis, 1980, 1983). La respuesta empática incluye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, entender lo que el otro está sintiendo (empatía cognitiva). También se refiere a una reacción afectiva de compartir su estado emocional que puede producir tristeza, alegría, miedo, rabia o ansiedad (Davis, 1980, 1983, p. 125).

Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)

El Índice de Reactividad Interpersonal de Davis (IRI) es un cuestionario de auto-administración que cuenta con 28 ítems e integra 4 sub-escalas de 7 ítems cada una que permiten evaluar diferentes dimensiones de la empatía. Estas escalas incluyen: toma de perspectiva y fantasía que miden los aspectos cognitivos de la empatía y la preocupación empática y malestar personal que miden los aspectos afectivos de la empatía (Davis, 1980, 1983).

Preocupación empática

La preocupación empática es la tendencia a experimentar sentimientos de compasión, preocupación y cariño por los otros, especialmente cuando se encuentra ante dificultades, es sentir lo que el otro está sintiendo (Davis, 1980). La Preocupación Empática es una subescala del IRI que mide los aspectos afectivos de la persona (Davis, 1980).

Análisis de Datos

Se utilizó para el análisis estadístico el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20.0), estadística descriptiva y el criterio U de Mann-Whitney con el fin de obtener el valor de p y las medianas, el mismo que muestra si existen o no diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las posibles diferencias del nivel de empatía en cuanto a género. Se estableció cinco categorías de nivel de empatía: empatía baja (1-7), empatía media baja (8-14), empatía media (15-21), empatía media alta (22-28) y empatía alta (29-35).

Resultados

Tabla 1 Población entrevistada por género

Género	n	%
Total	64	100
FEMENINO	38	59,4
MASCULINO	26	40,6

Como se muestra en la tabla 1, la muestra total fue de 64 psicólogos, 38 son mujeres representando al 59,4% y 26 hombres representado al 40,6 % del total de la muestra.

Tabla 2 Tipo de Empatía

	n	%
Total	64	100%
ALTA	9	14,1%
MEDIA ALTA	33	51,6%
MEDIA	19	29,7%
MEDIA BAJA	3	4,7%

Como se muestra en la tabla 2 la mayoría de psicólogos (33) puntuó empatía media alta siendo el 51,6 % del total de la muestra.

Tabla 3 Género y tipo de empatía

	A	MA	M	MB	TOTAL
Género FEMENINO	n 8	19	10	1	38
	% 88,9	57,6	52,6	33,3	59,4
MASCULINO	n 1	14	9	2	26
	% 11,1	42,4	47,4	66,7	40,6
Total	n 9	33	19	3	64
	% 100	100	100	100	100

A=Empatía Alta

MA= Empatía Media Alta

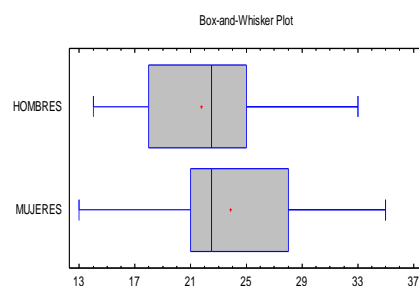
M= Empatía Media

MB= Empatía Media Baja

Como se muestra en la tabla 3, del total de mujeres 38, 8 presentan empatía alta siendo el 88,9% de la muestra total en mujeres, a diferencia de un hombre que presenta empatía alta siendo el 11,1% de la muestra total en hombres (26). 19 mujeres presentan empatía media alta siendo el 57,6% del total de la muestra en mujeres. A diferencia de 14 hombres que tienen empatía media alta siendo el 42,4% del total de la muestra en hombres. 10 mujeres presentan empatía media siendo el 52,6% de la muestra en mujeres a diferencia de 9 hombres que presentan empatía media siendo el 47,4% del total de la muestra en hombres. Los hombres presentan empatía media baja siendo 2 el 66,7% del total de la muestra en hombres (26) a diferencia de las mujeres siendo 1 el 33,3% del total de la muestra en mujeres (38).

Tabla 4 Criterio U de Mann-Whitney (Wilcoxon)

	Hombres	Mujeres	p-value
Mediana	22,5	22,5	0,117978

Figura 1 Criterio U de Mann-Whitney

Como se muestra en la tabla 4 y figura 1, tanto la muestra de hombres y mujeres tienen la misma mediana 22,5 lo cual representa la categoría media alta de empatía. La diferencia no es estadísticamente significativa entre ambos grupos de especialistas.

Discusión

Según los resultados obtenidos en esta investigación la mayoría de psicólogos de la muestra presentan un nivel de empatía media representando al 51,6% de la muestra general. Lo que demuestra que la mayoría de psicólogos si han desarrollado una habilidad empática en el trabajo con sus pacientes siendo un factor elemental en su trabajo profesional para una mejora en su tratamiento. De esta manera los psicólogos pueden establecer una buena alianza terapéutica con sus pacientes y crear un vínculo con ellos para que pueda tener lugar el tratamiento desde un enfoque en particular. Además un nivel de empatía alta permite generar un ambiente seguro dentro de la terapia para que el consultante pueda expresarse de manera libre dentro de ella y se pueda construir un ambiente de confianza. La mayoría de los psicólogos de la muestra presentan una preocupación empática media alta lo que demuestra también que pueden sentir lo que sus pacientes están sintiendo y ponerse en el lugar de ellos, lo que permite generar un ambiente de aceptación consiguiendo la expresión y el entendimiento de los mismos.

A su vez los resultados de la investigación muestran que 8 mujeres puntuaron empatía alta siendo el 88,9% de la muestra en mujeres (38) a diferencia de un hombre que puntuó empatía alta siendo el 11,1% de la muestra en hombres (26). Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,11$). Esto se puede atribuir al tamaño de la muestra ya que fue una muestra elegida por conveniencia, hay mayor

número de mujeres (59, 4%) que hombres (40,6%). La empatía es una habilidad elemental en el trabajo de un psicólogo puede ser que en esta investigación tanto psicólogas como psicólogos han adquirido esta habilidad en la práctica con sus pacientes por lo que se podría decir que a diferencia de la población general como se demuestra en varias investigaciones (Pastor, 2004; Cabrera, Gutiérrez y Mutis, 2010; Richaud y Mesurado, 2016 & Worly, Verbeck, Walker y Clinchot, 2018) en la población de psicólogos no existe tal diferencia. Estos resultados podrían atribuirse también ya que la minoría de psicólogos de la muestra en general 4,7 % puntuaron empatía media baja, y ninguno de los psicólogos puntuo en empatía baja. Sin embargo no existe necesaria información para la hipótesis planteada por lo que se debería realizar nuevos estudios para confirmar o descartar la hipótesis.

Limitaciones del estudio

Los resultados no se pueden extrapolar a poblaciones más grandes puesto que se trata de una muestra por conveniencia y no estratificada. La muestra solo se basa en población de psicólogos generales, clínicos, educativos, industriales e infantiles/ psicorehabilitadores por lo que no incluye otras áreas de trabajo. La muestra comprende solamente al género femenino y masculino, excluyendo las diversas orientaciones sexuales LGTBI que podrían existir en psicólogos. En esta investigación el número de mujeres fue mayor que el de varones. Solo se limita a describir asociaciones entre las variables de interés, descartando cualquier otra. Se incluye solamente el análisis de la subescala de preocupación empática (área afectiva de la empatía) del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), descartando las subescalas de fantasía, malestar personal y toma de perspectiva. Davis (1996) critica a su modelo indicando que se establece sólo relaciones unidireccionales entre los elementos de su escala. Señala que no se evalúa las características de la persona hacia la que se muestra la empatía. El Índice de Reactividad Interpersonal no presenta categorías de evaluación por lo que se tuvo que interpretar con ayuda de una investigación realizada en Bogotá para poder obtener las categorías de preocupación empática. El Test es validado en población española pero no en Ecuador.

Recomendaciones

Se recomienda para futuras investigaciones realizar el estudio con un mayor número de muestra en hombres y mujeres tomando en cuenta las diversas orientaciones sexuales y considerar además el mismo porcentaje para hombres y mujeres. Adicionalmente se podría considerar el análisis entre el nivel de empatía con los enfoques más utilizados en los psicólogos y psicoterapeutas del país. Se podría realizar una comparación de psicólogos con años de experiencia, edad y nivel de empatía. De la misma manera se podría llevar a cabo un análisis con las cuatro subescalas del Índice de Reactividad Interpersonal de Davis (toma de perspectiva, fantasía, malestar personal y preocupación empática) evaluando el nivel de empatía cognitiva y afectiva en psicólogos. Se debería incrementar el aprendizaje de habilidades empáticas en la formación de psicólogos y psicoterapeutas, junto con prácticas de mindfulness para desarrollar niveles altos de empatía en los mismos y con ello poder tener mejores resultados dentro de la terapia. Se requiere mayor investigación en esta área para poder concluir si existe o no esta diferencia en el nivel de preocupación empática de los psicólogos

Conclusión

En conclusión, se puede ver que la mayoría de psicólogos de la muestra presentan un nivel de empatía media alta siendo una habilidad importante en el trabajo de psicólogos y psicoterapeutas. De esta manera permite construir una buena alianza terapéutica siendo el mejor predictor de mejoría en la terapia. El ser empático permite generar un ambiente de aceptación consiguiendo la expresión y el entendimiento de los pacientes. Además, se establece un ambiente de seguridad y se construye el vínculo terapéutico lo que facilita el éxito de las intervenciones llevadas a cabo. En esta investigación no se vio una diferencia estadísticamente válida en cuanto a la diferencia de género en el nivel de empatía. Indicando que, dentro de este grupo de especialistas no hay una diferencia en esta habilidad.

Referencias

1. Bohart, A.C., & Greenberg, L. S. (1997). *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

2. Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252-260.
3. Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A.O. Horvath y L.S. Greenberg (eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley and sons.
4. Brito, G. (2014) . Rethinking mindfulness in the therapeutic relationship. *Mindfulness*, 5(4) , 351-359.
5. Davis, M.H. (1980). *A multidimensional approach to individual differences in empathy*. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology.
6. Davis, M.H. (1983). *Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*.
7. Davis, M. H. (1996). *Empathy: A Social Psychological Approach*. Boulder, CO: Westview Press.
8. Decety, J., & Lamm, C. (2009) . Empathy versus personal distress. Recent evidence from social neuroscience. En J . Decety, & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 199-213) . Cambridge: MIT Press.
9. Dymond, R. F. (1949) . A scale for the measurement of empathicability. *Journal of Consulting Psychology*, 13(2) , 127-133.
10. Eisenberg, N. y Strayer, J. (1987). *La empatía y su desarrollo* Bilbao: Desclée de Brouwer.
11. Eisenberg, N. y Strayer, J. (1992). *La empatía y su desarrollo*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
12. Elliott , R., Bohart, A.C., Watson, J.C., & Greenberg, L.S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1) , 43- 49.
13. Fernández-Pinto, I.; López-Pérez, B.; Márquez, M. (2008) Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24 (Diciembre)Recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711589012>.
13. Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. Buenos Aires: Amorrortu, 1980, Tomo 12, 93-105.
14. Hick, S.F., & Bien, T. (2011). *Mindfulness y psicoterapia*. Barcelona: Kairós.
15. Montero, F. (2014). *Estudio de factores psicológicos y conductas de autocuidado*.
16. Hoffman, M. L. (1977) Sex differences in empathy and related behaviours. *Psychological Bulletin*, 84, 712-722
16. Hogan, R. (1969) Development of an Empathy Scale. *Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307-316
17. Lamothe, M., et al., (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*, 24, 19-28.
18. Mehrabian, A. y Epstein, N. (1972). A measure of Emotional Empathy. *Journal of Personality*, 40, 525-543.
19. Mestre, V. Frías, M. Samper, P. (2004). *La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index*. España: Universidad de Valencia.
20. Norcross, J . C. , & Wampold, B. E. (2011). Evidencebased therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1) , 98-102.
21. Olivera, J., Braun. M., & Roussos. A. (2011). Instrumentos para la evaluación de la empatía en Psicoterapia. *Revista Argentina de clínica Psicológica* XX, p.p. 121-132.
22. Ortiz, M.A., Begoña, E.D., García, M.I., Tello, F.P., & Gándara, M.V. (2011). *Propiedades psicométricas del Interpersonal Reactivity Index (IRI) en población infantil y adolescente española*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
23. Ospina, C.A. & Jaramillo, N. (2017). Concepciones de la empatía a nivel general, psicológico y a partir de sus instrumentos de medición. Medellín: Psyconex.
24. Pastor, R.A., (2004). *Diferencias en empatía en función de las variables de género y edad*. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Valencia.
25. Pérez-Albéñiz, A. De Paúl, J. Etxeberria, J. Montes, M. Torres, E. (2003). *Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español*. España: Universidad del país Vasco.

26. Pinto, et al. (2008). *Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión*. Madrid: Anales de Psicología.
27. Richaud, M.C. Y Mesurado, B. (2016). Las emociones positivas y la empatía como promotores de las conductas prosociales e inhibidores de las conductas agresivas. *Acción Psicológica*, 13 (2), 31-42.
28. Rique, J. Camino, C. Hormiga, N. Felipe, C. Luna, V (2010). *Consideración empática y toma de perspectiva para el perdón interpersonal*. Argentina: Revista Interamericana de Psicología
29. Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 107-114.
30. Rogers, C.R. (1972). *El proceso de convertirse en persona* (2da. Edición). Buenos Aires: Paidós.
31. Strauss, C. , Taylor , B. L. , Gu, J . , Kuyken, W. , Baer , R. , Jones, F. , & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15-27.
32. Worly,B., Verbeck, N., Walker, C., & M Clinchot, D. (2018): Burnout, perceived stress, and empathic concern: differences in female and male Millennial medical students, *Psychology, Health & Medicine*, DOI: 10.1080/13548506.2018.1529329