



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA DE EMPATÍA TERAPÉUTICA
(EMPATER)

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

JOSÉ LUIS ACOSTA MEDINA

TUTOR PRINCIPAL:

DRA. LUZ MARÍA FLORES HERRERA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

MTRO. PEDRO VARGAS ÁVALOS
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNAM

DRA. FÁTIMA ARIZBETH BLANCO BLANCO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNAM

MTRO. GIOVANNI MARTÍNEZ ORTEGA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNAM

MTRA: CLARA HAYDEE SOLÍS PONCE
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNAM

CIUDAD DE MÉXICO
ENERO, 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Declaración de autenticidad

Por la presente declaro que, salvo cuando se haga referencia específica al trabajo de otras personas, el contenido de esta tesis es original y no se ha presentado total o parcialmente para su consideración para cualquier otro título o grado en esta o cualquier otra Universidad. Esta tesis es resultado de mi propio trabajo y no incluye nada que sea el resultado de algún trabajo realizado en colaboración, salvo que se indique específicamente en el texto.

JOSÉ LUIS ACOSTA MEDINA.
CIUDAD DE MÉXICO, ENERO, 2024

Índice general

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
1. MODELOS SISTÉMICOS EN TERAPIA	17
1.1. Terapia Sistémica de Milán	19
1.2. Terapia Centrada en Soluciones	24
2. LA EMPATÍA TERAPÉUTICA	31
2.1. Concepto de Empatía	32
2.2. La Empatía en el contexto psicoterapéutico	38
3. LA MEDICIÓN EN PSICOTERAPIA	41
3.1. Concepto de medición	43
3.2. Características de los instrumentos de medición	44
3.3. Estudios sobre Empatía en prestadores de servicios de Salud Mental	45
4. METODOLOGÍA	53
4.1. Estudio 1. Escala de Empatía Terapéutica (EMPATER). Validez de Contenido	54
4.1.1. Método	56
4.1.2. Resultados	57
4.1.3. Discusión	60
4.2. Estudio 2. Validez y Confiabilidad de la Escala de Empatía Terapéutica EMPATER	61
4.2.1. Método	63
4.2.2. Resultados	68
4.2.3. Discusión	78
REFERENCIAS	83
APÉNDICES	89

Agradecimientos

Proyecto realizado con apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, actualmente Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT). CVU 1145975.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme de manera gratuita los estudios de Bachillerato, Licenciatura y Maestría, con calidad e integridad superiores a las de otras escuelas.

A mi directora de Tesis y a las personas que integran el comité para la obtención del grado, por el tiempo que dedicaron para tal propósito.

A toda la planta docente de la Residencia en Terapia Familiar, por su denodado esfuerzo para instruirme. También a mis profesores de licenciatura, por brindarme las bases de esta magna profesión.

Al CONAHCYT, por el apoyo que brindó para mis estudios de Maestría.

Al pueblo de México: a los campesinos, a los obreros, a los microempresarios, a los profesionistas y a quienes desempeñan oficios, porque con sus impuestos hacen posible la educación.

A quienes me han acompañado y apoyado en alguna forma a lo largo de las diferentes etapas de mi vida.

A todas aquellas personas que, sabiendo lo difícil que es ingresar a la Maestría, me alentaron para perseverar en la meta más importante de mi existencia. Gracias por creer en mí.

A quienes compartieron conmigo su conocimiento y su experiencia en Terapia Familiar, a fin de prepararme para las duras evaluaciones que conlleva el proceso de admisión al programa.

Al Cuerpo de Atención de Emergencias y a mis compañeros voluntarios de Atención Prehospitalaria, por ser un ejemplo de entrega, disciplina, perseverancia y sentido de la justicia.

A quienes no creyeron en mí, a quienes me cerraron puertas, a quienes consideraron que no servía para estudiar un posgrado, a quienes dijeron que no estaba haciendo nada de provecho con mi vida, a quienes hablan de lo que no saben y gustan de dar su opinión sin que yo se las pida. Su mala influencia me fortalece para no claudicar en mis objetivos. Ahora les toca comerse sus palabras.

Dedicatoria

A todos aquellos colegas que, año con año, ponen todo su esfuerzo para ingresar al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM. No siempre lo consiguen, pero sin importar sus resultados, para mí son lo mejor de lo mejor.

A ustedes va dedicada mi Tesis.

“El que a poco aspira, poco merece”

Felipe Radilla Vargas

“Hay quienes luchan un día, y son buenos. Hay otros que luchan un año, y son muy buenos. Hay quienes luchan muchos años, y son mejores. Pero hay los que luchan toda la vida: esos son los imprescindibles”

Bertolt Brecht

“Solamente quien ha sentido la mayor desesperación es capaz de sentir la máxima felicidad. Es necesario haber deseado morir para saber lo buena que es la vida”

Alexandre Dumas

“Bienaventurado el que busca, aunque muera creyendo que jamás encontró, y dichoso aquel que, a fuerza de buscar, encuentre”

J.J. Benítez

“Haz gala, Sancho, de la humildad de tu linaje, y préciate más de ser humilde virtuoso que pecador soberbio. Innumerables son aquellos que, de baja estirpe nacidos, han subido a la suma dignidad. Y de esta verdad te pudiera traer tantos ejemplos que te cansaran. . .

. . . Si tomas por medio a la virtud, y te precias de hacer hechos virtuosos, no hay para qué tener envidia a príncipes y señores, porque la sangre se hereda, la virtud se conquista, y la virtud vale por sí sola lo que la sangre no vale”

Miguel de Cervantes Saavedra

RESUMEN

La Empatía Terapéutica permite establecer alianzas sólidas entre terapeutas y pacientes, lo cual ayuda a lograr los objetivos que se plantean al inicio de cada proceso (Kim-Berg & Miller, 1992; Silva, 2017). Por tanto, se requieren instrumentos válidos y confiables para conocer el grado en que cada psicoterapeuta posee dicha competencia y la incorpora a su ejercicio profesional. En el presente trabajo se presentan las propiedades psicométricas de la Escala de Empatía Terapéutica (EMPATER), comprobadas mediante dos estudios. Para el primero se plantearon 54 enunciados correspondientes a las tres dimensiones del constructo: conductual, emocional y cognitiva, sometidos a evaluación por parte de cinco expertos que determinaron cinco aspectos para cada ítem: dimensión, pertinencia, representatividad, claridad y relevancia. Mediante el Modelo de Lawshe, se calcularon las Razones de Validez de Contenido, los Índices de Validez de Contenido y el Índice Kappa de Fleiss, eliminando ítems sin puntuaciones aceptables. La escala quedó con 42 reactivos. En el segundo estudio se aplicó el instrumento a 230 psicólogos con licenciatura o posgrado, que poseen nacionalidad mexicana y han ejercido la psicoterapia al menos un año. Los datos obtenidos se sometieron a las siguientes pruebas estadísticas: Análisis de Asimetría y Curtosis, Discriminación de reactivos por T de Student, Prueba de KMO y Esfericidad de Bartlett, Prueba de comunalidades, Análisis Factorial exploratorio, Correlación de Pearson y Alfa de Cronbach, eliminando en todos los casos aquellos ítems con puntajes inaceptables. La escala quedó con 20 reactivos, de los cuales 7 corresponden al factor cognitivo, 6 al emocional y 7 al conductual.

Palabras clave

Empatía, Psicoterapia, Terapeuta, Escala, Análisis factorial exploratorio.

ABSTRACT

Therapeutic Empathy allows establishing a solid alliance between the therapist and their patients, which in turn allows the achievement of the objectives that are set at the beginning of each process (Kim-Berg & Miller, 1992; Silva, 2017). Therefore, it is necessary to have valid and reliable instruments to know the degree to which each psychotherapist has developed said competence and has incorporated it into their professional practice. This paper presents the psychometric properties of the Escala de Empatía Terapéutica (EMPATER), which were verified by means of two studies. For the first study, 54 sentences were written, corresponding to the three dimensions of the construct were raised: behavioral, emotional and cognitive, subjecting them to evaluation by 5 experts who determined five aspects for each item: dimension to which it belongs, congruence, representativeness, clarity and relevance. Using the Lawshe Model, the Content Validity Ratios (CVR), the Content Validity Indices (CVI), and the Fleiss Kappa Index were calculated, eliminating items without acceptable scores. In the end, the scale was left with 42 items. In the second study, the instrument was applied to 230 participants with an academic degree of Bachelor's, Specialty, Master's or Doctorate in Psychology, who have Mexican nationality and have practiced psychotherapy for at least one year. The data obtained were subjected to the following statistical tests: Analysis of Skewness and Kurtosis, Discrimination of items by Student's T, KMO and Barlet's Sphericity Test, Communalities Test, Exploratory Factor Analysis, Pearson's Correlation and Cronbach's Alpha, eliminating in all cases those items that were not suitable according to the acceptable score of each test. In the end, the scale was left with 20 items, of which 7 correspond to the cognitive factor, 6 to the emotional factor, and 7 to the behavioral factor.

Keywords

Empathy, Psychotherapy, Therapist, Scale, Exploratory Factor Analysis

Introducción

La Psicoterapia comprende numerosos modelos, con fundamentos epistemológicos muy precisos que los distinguen entre sí. No obstante, todos los enfoques terapéuticos tienen al menos tres características en común: la primera, que generan cambios en las vidas de las personas. La segunda, que para ejercerlos se requiere formación profesional especializada, es decir, que de manera legal no los pueden llevar a cabo personas que no hayan demostrado tener los conocimientos, habilidades y experiencia suficientes mediante la educación superior y la práctica supervisada. La tercera, que están basados en teorías sobre cómo se generan los problemas y lo que se tiene que hacer para producir soluciones. Es decir, que cada forma de intervención es resultado de estudios previos y existen maneras de evaluarla, así como de evaluar a la persona que la realiza.

En la Residencia en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se estudian las diferentes escuelas Sistémicas, que se caracterizan por una visión circular e interaccional, asumiendo que el individuo forma un sistema junto con los problemas que intenta resolver, y que se mantienen porque la persona, en su intento de arreglarlos, repite cosas que no funcionaron previamente. También se considera que el sujeto interactúa en otros sistemas, tales como la familia y la sociedad, por lo que el problema puede originarse dentro de dichos sistemas y servir para que se conserve cierta estabilidad en los mismos. Sus postulados e intervenciones provienen, en su mayoría, del estudio de casos clínicos y otros estudios realizados de manera cualitativa. Y si bien, la pericia de los terapeutas, la eficacia de las intervenciones y la satisfacción de los pacientes por los resultados de su proceso tienden a evaluarse cualitativamente (excepto por las preguntas escala del modelo de Soluciones), no significa que los instrumentos cuantitativos no puedan o no deban ser usados.

Siendo la UNAM una de muchas instituciones mexicanas que imparten formación en Terapia Familiar, se distingue por un carácter profesionalizante, ya que brinda al alumnado bases sólidas de Metodología de la investigación, gran cantidad de horas de práctica clínica supervisada, e integra procedimientos cualitativos y cuantitativos para una óptima comprensión de los procesos interaccionales en que participa el individuo, y que tienen lugar dentro y fuera de la terapia.

INTRODUCCIÓN

Como parte de las actividades de la residencia, se acudió a seis sedes clínicas a saber:

- 1) Centro de Orientación y Formación Integral Estudiantil (COFIE), de la FES Zaragoza
- 2) Centro Comunitario San Lorenzo, de la Fundación Bringas Haghenbeck IAP
- 3) Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas, de la FES Zaragoza
- 4) Escuela Superior de Educación Física
- 5) Instituto Municipal de la Mujer de Nezahualcóyotl
- 6) Unidad de Rehabilitación e Integración Social “Ponciano Arriaga” del DIF Municipal Nezahualcóyotl

En cada sede se trabajó de tres diferentes formas: como terapeuta principal, como coterapeuta, y como miembro de un equipo terapéutico/ reflexivo. En este último caso, la función asignada fue dialogar con otros integrantes del equipo acerca de la problemática presentada por el cliente, y dar sugerencias para propiciar el cambio. En la modalidad de terapeuta principal se atendió un promedio de 2 consultantes por cada sede, y las problemáticas más frecuentes fueron la interacción entre un adolescente o adulto joven con sus familiares y personas allegadas (vecinos, compañeros de clase, etc).

Dadas las actividades administrativas y el calendario específico de cada lugar de trabajo, solamente en el Instituto Municipal de la Mujer de Nezahualcóyotl fue factible llevar los procesos desde la entrevista inicial hasta la consecución de los objetivos terapéuticos planteados. A continuación, se describe dicha sede.

Nezahualcóyotl es uno de los 125 municipios que conforman al Estado de México. Colinda con Chimalhuacán, Ecatepec, Los Reyes y Texcoco, así como también con las alcaldías Iztacalco, Iztapalapa, Gustavo A. Madero y Venustiano Carranza, por lo que se considera parte de la Zona Metropolitana del Valle de México. Tiene una superficie calculada de 6374 km² y una población aproximada de 1 072 676 habitantes, siendo uno de los municipios con mayor densidad de población en el país (Gobierno de México, 2023).

Este municipio se formó en la segunda mitad del siglo XX, con personas provenientes de otros estados de la República que abandonaron sus lugares de origen en busca de mejores oportunidades laborales y posibilidades de obtener vivienda propia, invadiendo terrenos y careciendo en sus inicios de servicios esenciales como drenaje, agua potable o suministro de corriente eléctrica. Fue reconocido como municipio en 1963, y para el año 2000 existían aún muchas colonias que carecían de servicios, y que inclusive no

contaban con calles pavimentadas (Elizarras, 2023).

El municipio de Nezahualcóyotl posee uno de los índices más altos del país en cuanto a violencia intrafamiliar, robo, secuestro, extorsión y homicidios. Asimismo, tiene doble alerta de género debido a incontables feminicidios y desapariciones de mujeres. Lo anterior se mantiene por diversos factores, como son los bajos índices de educación, la falta de acceso a servicios eficientes de salud mental, así como la indiferencia de las autoridades y la evidente ineficacia de los cuerpos de seguridad pública (Morales, 2022).

El Instituto Municipal de la mujer se encuentra ubicado en la Avenida Vicente Riva Palacio, entre la Séptima Avenida y la Avenida Chimalhuacán, a un costado de la Estación Vicente Riva Palacio del Mexibús. Fue inaugurado el 13 de febrero de 2019, como un intento de reducción de la violencia hacia las mujeres en el municipio, desde diferentes líneas de acción. Entre los servicios que ofrece se encuentra la capacitación laboral en áreas como Enfermería, Cocina o Estilismo. También cuenta con bolsa de trabajo, asesoría jurídica, estudios clínicos y atención psicológica.

En 2022, la Residencia en Terapia Familiar de la FES Zaragoza de la UNAM estableció un convenio con el instituto, para que los maestrantes acudan a realizar actividades clínicas bajo supervisión del profesorado. Ello permite aumentar la cantidad de personas a quienes se brinda el servicio, y que difícilmente podrían acceder a terapias en centros privados debido a los escasos recursos económicos con que cuentan, así como la formación de los futuros terapeutas al trabajar con casos reales. En seguida se exponen dos casos clínicos atendidos como terapeuta individual.

Primer Caso

Sesión 1. Exploración del motivo de consulta

Consultante femenina de 21 años, oriunda del municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México. Cuenta con bachillerato concluido, una carrera técnica en Diseño Gráfico y se halla próxima a presentar el examen de admisión para la carrera de Ingeniería en la Universidad Tecnológica de Nezahualcóyotl. Habita con ambos padres, su hermana mayor y su sobrina (hija de la hermana). Decidió acudir a terapia porque considera que concede demasiada importancia a las opiniones negativas que otras personas tienen de ella, principalmente su mamá, y continuamente piensa en las cosas desagradables que le dicen.

Se atendió el caso mediante el modelo de *Terapia Centrada en Soluciones* (Capítulo 1 de esta Tesis).

Sesión 2. Inicio de la intervención

La consultante habló con su mamá y le expresó que muchas de las cosas que le dice le resultan hirientes. Le dijo primero a ella porque tiene más contacto que con el papá.

Se le preguntó qué considera necesario para seguir avanzando en la terapia, y ella respondió que divide su salud en dos partes, la mental y la física. Siente que sus piernas y brazos son muy delgados, y los compara con los de otras personas.

Mencionó que padece gastritis, por lo cual debe seguir una dieta. Considera que después de un año de asistir al gimnasio no ha notado resultados.

Se optó por invitar a una compañera de la residencia que posee formación deportiva, para que compartiera su experiencia en gimnasios y la consultante identificara ideas útiles. La colega hizo énfasis en que lo más importante es creer en lo que se está haciendo, puesto que, para que algo suceda hay que creer en ello. Además, el gimnasio enseña a tener paciencia.

Se le dejó de tarea observar y registrar los posibles cambios con respecto a la forma como se relaciona con su mamá y cómo se siente con respecto a sus extremidades.

Sesión 3. Desarrollo de la intervención

La consultante mencionó que los cambios obtenidos se han mantenido a lo largo de la semana. Se le plantea una escala del 1 al 10, donde 1 representa que la situación está fuera de su control y diez implica que ya logró resolverla. Indicó que se encuentra en 8. Para llegar a 9 considera que necesita reforzar su autoestima, y para ello considera necesario sentirse segura de utilizar textslcroptops y pantalones ajustados.

Como tarea, se le dejó que una vez al día se pruebe ropa ajustada en su recámara y se mire al espejo, a fin de identificar combinaciones que le resulten agradables.

Sesión 4. Continuación

La consultante considera que se ha esforzado en comer adecuadamente, cambiar su rutina del gimnasio y mejorar su manera de vestir. Sus papás y su novio la han visto diferente. Incluso se da cuenta de que ella misma puede hacer cosas para que la relación con su mamá mejore. Cuando siente que recae, se recuerda a sí misma todo lo que ha logrado mejorar.

Sesión 5. Cierre del proceso

La consultante considera que se encuentra en el punto 9 de la escala, pero puede llegar al 10 por sus propios medios. Sugirió que la terapia finalice para poner en práctica lo aprendido.

Se le reconoció el hecho de que en cada sesión realizó sus tareas e incluso las llevó más lejos de lo que se le proponía. Se le preguntó qué fue lo que le ayudó de la terapia, y respondió que *le ayudó poder hablar con alguien que la entendiera y le diera ideas*. Considera que *se lleva la habilidad de hablar con su mamá, de identificar recursos, de hablar consigo misma y la disciplina para el gimnasio*.

Segundo Caso

Sesión 1. Exploración del motivo de consulta

Consultante femenina de 22 años, habitante del municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México. Cuenta con bachillerato concluido y se dedica al comercio de ropa de segunda mano. Cohabita con ambos padres, su hermana mayor y su hermano más pequeño. Tiene un novio que estudia la carrera de Químico Farmacéutico Biólogo en la FES Zaragoza.

Decidió acudir a terapia porque la relación con su novio ha cambiado y ello la hace sentir insegura. Considera que su problema inició en enero, cuando a su novio le cambiaron el horario en la escuela (actualmente asiste en el turno vespertino). Debido a que ya no se ven con la misma frecuencia, ambos creen que el otro puede conocer a alguien más y terminar la relación, Ello es motivo de peleas frecuentes. El novio propuso verse por las mañanas, lo cual ha reducido las peleas.

El caso se atendió mediante el *Modelo de Milán* (Capítulo 1 de esta Tesis), con apoyo de un equipo compuesto por el supervisor y tres compañeros de la residencia.

Se le plantearon diversas reflexiones a considerar en los siguientes días, tales como: ¿Qué necesita para sentirse más segura respecto a la continuidad de su relación? y “en la distancia también hay amor”.

Sesión 2. Inicio de la intervención

La consultante comentó que el fin de semana se enfermó y le pidió a su novio que no se vieran para no contagiarlo. Él aprovechó para irse a ver a un primo, lo cual le provocó inseguridad ante la posibilidad de que pueda encontrar a otra persona e iniciar

una relación con ella. No obstante, refiere que luego de aliviarse se han estado viendo por las mañanas e incluso planean hacer ejercicio juntos.

Se le plantearon las siguientes reflexiones: Son una pareja en evolución constante, de parte de ambos. *¿De dónde sale la idea de que el contacto constante con su novio le da seguridad? Lo que está ocurriendo, ¿le ha pasado en otras relaciones o hay algo en particular con su pareja actual? ¿Qué le puede ayudar de su terapeuta y del equipo?*

La consultante comentó que sus relaciones anteriores fueron “feas” sic sin especificar en qué forma, y que al tener ahora una relación sana no sabe qué hacer.

Sesión 3. Desarrollo de la intervención

La consultante habló de su relación anterior, la cual tuvo lugar al inicio de la pandemia por COVID 19. Anduvo por espacio de tres meses con un muchacho, quien le hacía comentarios denigrantes acerca de su aspecto físico. Ello le produjo ansiedad, redujo su círculo de amigos y lloraba la mayor parte del tiempo, por lo que decidió terminar con esa pareja.

Se concedió a sí misma la oportunidad de salir con un chico nuevo, pero su exnovio le seguía mandando mensajes telefónicos diciendo que por su aspecto nadie la iba a querer. Dos meses después decidió terminar con el novio.

El exnovio que la juzgaba por su físico la llevó a dudar completamente de sí misma, y ahora, su pareja actual le brinda confianza y tienen una buena comunicación.

Se le devolvieron las siguientes reflexiones:

Ha logrado darse cuenta de lo que no quiere y lo que ya no está dispuesta a aceptar en sus relaciones. Si alguien vuelve a tratar de hacerle daño, aunque sea de forma encubierta o indirecta, ahora sabe cómo actuar. Tiene redes de apoyo que la cuidan y la quieren. ¿Qué aprendizaje tuvo de todo esto que paso? ¿Será necesario reaprender las interacciones de pareja?

Sesión 4. Continuación

La consultante mencionó que ha tenido días buenos y días malos, por ratos se motiva y por ratos se siente desmotivada, pero ha ido comprendiendo que ella misma puede motivarse. Asimismo, está aprendiendo a “filtrar” sic los comentarios negativos.

En su relación actual encuentra confianza y mayor comunicación de las que tuvo con parejas anteriores. Se le preguntó qué le proporciona para su vida la relación que tiene actualmente. Respondió que existe comunicación y confianza, y se le reconoció

que ella ha trabajado para que existan ambos aspectos. Se le reconoció también que el constante diálogo con ella misma le sirve para conocerse, evolucionar y construirse constantemente.

Se le devolvieron las siguientes reflexiones: dudar de lo que se hace, o de quién se es, no necesariamente son cosas malas, pues representan un medio de autorreflexión y autoconocimiento. Ha estado desarrollando “una voz fuerte” en el sentido de autodirigirse hacia lo que desea y apartarse de lo que no le beneficia, ¿es necesario continuar con la terapia?

Sesión 5. Cierre del proceso

La consultante informó que se siente lista para finalizar el proceso terapéutico. Tras preguntarle si considera que hay alguna cosa que pueda mejorarse por parte de quien le otorgó el servicio, respondió que su proceso terapéutico se realizó de forma óptima con resultados satisfactorios, dando por terminada la intervención. Al principio le costaba trabajo hablar acerca de sí misma, situación que cambió favorablemente durante la terapia, al sentirse comprendida.

En esta última sesión, ella mencionó que a diferencia de otros procesos terapéuticos en donde se le prescribían tareas sin tomar en cuenta lo que sentía, en este fue primordial explorar sus necesidades.

Conforme se atendieron pacientes en las diferentes sedes, se observó la forma de trabajar de otros terapeutas, identificando que cada uno conduce sus sesiones de manera diferente, con un factor común facilitador del desenlace óptimo en los procesos terapéuticos: *la habilidad para hacerle notar a los consultantes que se comprendía su situación y la forma como se sentían*. Es decir, la empatía estuvo presente en cada uno de los terapeutas de la residencia, de manera distinta, pudiendo ellos ser menos o más sensibles a la problemática de las personas que atendieron (como se describirá en los capítulos 1 y 2).

Otro aspecto esencial de la formación que se adquirió es el haber identificado que el hecho de no patologizar ni tener una postura normativa ayuda a construir una relación sólida entre el terapeuta y su cliente, ya que de otro modo los consultantes abandonan su proceso terapéutico o no colaboran realizando las tareas que se les proponen, y en consecuencia, los objetivos planteados no se logran.

De ahí surgió el interés por evaluar el proceso de empatía en terapeutas.

Ahora bien, tras una revisión de las principales bases de datos de habla hispana (Dialnet, Scielo, Latindex, Redalyc, etc) se encontró que los instrumentos en lengua española disponibles para medir la competencia de las experiencias, creencias, ideas y

INTRODUCCIÓN

sentimientos del paciente, así como para comunicarle que se le comprende (Empatía), que se han desarrollado en los últimos cinco años están dirigidos a público en general o a personal médico.

Lo reportado en párrafos anteriores motivó la construcción y validación de la *Escala de Empatía Terapéutica* (EMPATER).

En el primer capítulo se revisan aspectos esenciales de los modelos de Terapia Sistémica de Milán y Terapia Centrada en Soluciones, que se aprendieron durante la residencia y se utilizaron para atender los casos ya reportados. En el segundo capítulo se revisan aspectos teóricos de la Empatía, identificando posturas, detallando investigaciones previas y dando testimonio de que los instrumentos disponibles no resultan útiles para evaluar el constructo en terapeutas mexicanos. En el tercer capítulo se hace una reflexión concisa sobre la importancia de la medición y la investigación en el campo de la Psicoterapia. Finalmente, se describen los dos estudios realizados, y los resultados que cada uno produjo con la correspondiente discusión.

MODELOS SISTÉMICOS EN TERAPIA

Existen incontables definiciones acerca de lo que es la Psicoterapia, aunque todos los modelos buscan producir cambios en las vidas de las personas. En este capítulo se exponen dos de las diferentes escuelas sistémicas con que, durante la residencia, se aprendió a trabajar: Terapia Sistémica de Milán y Terapia Centrada en Soluciones (Selvini, et al, 1988; Boscolo y Bertrando, 1996; Cecchin, Et Al, 1997; Reséndiz, 2010; Bertrando, 2011; Rober, 2017; Bollás & Muñoz, 2021).

El humano promedio nace, crece, madura, se reproduce, envejece y muere. Durante su existencia, hace demasiados esfuerzos para saciar sus ambiciones, muchas veces sin importarle el daño que pueda ocasionar a otros seres vivos o al planeta donde habita. La humanidad ha padecido sanguinarias guerras, tantas que no existe un libro de historia donde puedan narrarse todas ellas; crueles delitos y abusos se cometen a diario pese a los esfuerzos para impedirlos. Las religiones, las ideologías, las clases sociales, las nacionalidades. . . nunca faltan motivos para que numerosos individuos se lastimen mutuamente.

Muchos han intentado averiguar lo que sucede en las mentes de las personas, el papel que juegan la sociedad y la familia en el desarrollo de la personalidad y en el aprendizaje del comportamiento, incluso la dimensión espiritual de la existencia y si la vida posee un verdadero sentido. También se ha debatido acerca de las formas en que la mente puede enfermarse, y la forma en que han de ser abordadas dichas alteraciones. Las preguntas planteadas para resolver las interrogantes del ser humano no han obtenido respuestas satisfactorias mediante disciplinas como la Filosofía o la Medicina, así nació la Psicología y más tarde la Psicoterapia. Ambas intentan responder a todas aquellas interrogantes y muchas otras, buscando siempre el bienestar de las personas. Dentro de la Psicoterapia, uno de los enfoques es la Terapia Sistémica.

1. MODELOS SISTÉMICOS EN TERAPIA

Las escuelas Sistémicas de terapia consideran que no existe una realidad única, sino que cada persona construye la propia (Bollas & Muñoz, 2021; Martorell, 1996). No se tiene un concepto de normalidad, por lo que tampoco se establecen formas correctas de pensar, ni pautas específicas de comportamiento que deban seguir los individuos para que se les considere mentalmente sanos. De hecho, no se toman como patológicos los motivos que lleven a las personas a terapia, se asume que son producto de intentos de solución bien intencionados, aunque poco útiles, o formas de mantener cierta estabilidad en el ambiente con que interactúan.

También se considera que el individuo constituye un sistema junto con el problema que enfrenta y las maneras como intenta resolverlo. Además, forma parte de otros sistemas como la familia, la escuela, el ambiente de trabajo y la sociedad. Por lo tanto, se admite una causalidad circular en lugar de lineal, asumiendo que cada comportamiento responde a la influencia que la persona recibe por parte de otros miembros del sistema, y a su vez influye en la manera como ellos actúan.

Un pilar de la Terapia Sistémica es la *Cibernética* de primer y segundo orden (Wiener, 1988; Keeney, 1994; Martorell, 1996). Al escuchar hablar de Cibernética, puede pensarse inmediatamente en computadoras o en robots, pero el concepto resulta mucho más amplio. Este campo también se ocupa de los sistemas, apoyándose en el concepto de *Retroalimentación* o la ya mencionada *causalidad circular*, lo cual implica que el resultado o producto de un proceso influye en dicho proceso para que siga generando nuevos resultados que sean semejantes.

Un segundo pilar de este enfoque lo constituyen las ideas del Doctor Milton H. Erickson (Eguiluz, 2004), psiquiatra estadounidense que consideraba que cada persona cuenta con recursos suficientes para afrontar y resolver sus problemas, siendo la hipnosis un medio para acceder a dichos recursos. Si bien, poseía formación psicoanalítica, se caracterizaba por prescribir acciones específicas a sus clientes. Prefería desarrollar intervenciones específicas para cada persona.

Otro pilar lo constituye Gregory Bateson (Ochoa, 1995), quien hacia 1952 comenzó a investigar aspectos de la comunicación, centrándose particularmente en la clasificación e interpretación de mensajes, y en las paradojas que se pueden generar. Halló que la paradoja se produce si existen dos mensajes opuestos, de manera que, sin importar lo que se haga, se estarán incumpliendo dichos mensajes.

Para 1954, Bateson decidió asociarse con Don Jackson, quien previamente había estudiado con Harry Stack Sullivan (Bateson, 1991). Ambos estudiaron la comunicación de personas diagnosticadas con esquizofrenia, y la forma como interactuaban con sus familiares. Desarrollaron la Teoría del doble vínculo, aludiendo a los mensajes paradójicos como activadores del síntoma. Posteriormente se incorporaron al proyecto John Weakland y Jay Haley.

En 1959 se fundó el Mental Research Institute (MRI), y para 1961 se incorporó Paul Watzlawick (Ochoa, 1995; Eguiluz, 2004). En 1962 concluyeron que la Teoría del doble vínculo brinda explicaciones acerca de cómo se detonan o exacerban los signos y síntomas de la esquizofrenia, pero no es suficiente para conocer su Etiología. Así pues, se decantaron por teorizar de forma más general acerca de la comunicación humana, estudiándola mediante el trabajo clínico. Ese mismo año, Nathan Ackerman y Don Jackson fundaron la revista *Family Process*.

Tras identificar que los problemas psiquiátricos ocurrían en buena medida por la forma como los pacientes interactuaban con sus familias, y dada la imposibilidad de observar directamente los procesos mentales, decidieron que la terapia había de centrarse en aspectos interaccionales de los individuos con los contextos en que se desenvuelven: la escuela, el trabajo, y principalmente la familia.

A continuación, se exponen algunas características de las dos escuelas sistémicas con que se abordaron los casos reportados anteriormente: Terapia de Milán y Centrada en Soluciones.

1.1. Terapia Sistémica de Milán

El modelo de Milán fue creado en Italia, durante la segunda mitad del siglo XX. Durante su desarrollo, ha atravesado por diversas fases a saber: Psicoanalítica, Estratégico Sistémica, Batesoniana, Constructivista, Posmoderna y Dialógica (Reséndiz, 2010). Detallar cada fase excedería los objetivos del presente trabajo, por lo cual solo se mencionan aspectos esenciales.

Concibieron a la familia como un sistema que se autogobierna y se corrige a sí mismo mediante reglas constituidas en el tiempo por ensayo y error, determinando lo que se permite y lo que no se permite en la relación de cada integrante con los demás. De ahí, se desprende que aquellas familias en donde existe un miembro con una patología diagnosticada, el comportamiento patológico contribuye a mantener dichas reglas (Selvini et al., 1988). Siendo así, basta con modificar las reglas para que desaparezca la conducta sintomática.

La piedra angular de las primeras fases del modelo es el concepto de *juego familiar*. El juego familiar se va desarrollando a lo largo de varios años, consolidándose en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que regulan la forma como interactúan entre sí los diversos miembros de la familia. Puede heredarse de una generación a las siguientes. No obstante, deja de ser adaptativo cuando exige a los integrantes tareas que ya no son acordes con el momento del desarrollo por el que se transita. Así, el síntoma puede ser producto de la falta de congruencia entre la necesidad de nuevas

1. MODELOS SISTÉMICOS EN TERAPIA

interacciones y las creencias inmutables de los familiares, quienes se aferran a las viejas pautas.

La **fase Psicoanalítica** comenzó hacia 1967, cuando Mara Selvini Palazzoli viajó a Nueva York para dar una conferencia. Ahí conoció a Luigi Boscolo y a Gianfranco Cecchin, a quienes invitó a formar un equipo para atender a mujeres bulímicas y anoréxicas (Selvini Et Al, 1999). De vuelta en Italia, se unieron con Giuliana Prata y otros colaboradores de Selvini. Los resultados de dicha fase fueron poco alentadores debido a que las terapias eran demasiado largas y con pocos indicios de mejoría en las pacientes con quienes trabajaron. Debido a ello, no se hablará más al respecto.

La **fase Estratégico-Sistémica** comenzó hacia 1971, cuando Selvini, Prata, Cecchin y Boscolo decidieron adoptar ideas provenientes del modelo de terapia breve del Mental Research Institute (Reséndiz, 2010). Comenzaron a establecer con las familias contratos de diez sesiones mensuales, lo que permitió que durante el tiempo que transcurría entre una sesión y otra las familias se reconfiguraran.

El equipo estaba compuesto por dos hombres y dos mujeres (op cit). Trabajaron con instalaciones similares a las del MRI: una sala con asientos suficientes para todas las personas que asistieran a terapia, así como un terapeuta hombre y una terapeuta mujer, quienes atendían a los pacientes. El resto del equipo observaba detrás de un espejo en la habitación contigua. Las sesiones se estructuraron de la siguiente forma:

1. Presesión.- Si era la primera entrevista, se comentaban los datos obtenidos al concertar la cita. Si era subsecuente, se leía el acta de la sesión anterior.
2. La sesión misma.- Se conducía de acuerdo con los procedimientos que se describen más adelante. Si el equipo detrás del espejo notaba algo de importancia, lo comunicaba mediante un teléfono.
3. Discusión.- Los dos terapeutas salían de la sala donde estaba la familia para dialogar con sus colegas sobre lo acontecido en la sesión y decidir cómo terminarla.
4. Conclusión de la sesión.- Los terapeutas regresaban con la familia para dar un mensaje final.
5. Redacción del acta.- El equipo elaboraba un acta de sesión, donde se especificaba lo acontecido y las reacciones observadas, así como nuevas hipótesis.

En este modelo, la evaluación no solo se encamina a conocer el juego familiar, sino también la función que el síntoma puede desempeñar dentro de la familia (generalmente evitar que se produzca un cambio necesario, pero que alteraría el sistema en su totalidad). Entre las principales cuestiones que se formulaba el grupo original de Milán están las siguientes: *¿Cómo es percibido el problema por cada miembro de la familia?, ¿cómo*

percibe las relaciones entre otros dos integrantes?, ¿por qué el problema surgió ahora y no en otro momento?, ¿qué conductas o hechos preceden a la aparición del síntoma? O ¿qué le sucedería a la familia si el problema desaparece? (Reséndiz, 2010).

En 1980, Selvini, Prata, Cecchin y Boscolo publicaron el artículo “Hipótesis, Neutralidad y Circularidad. Tres guías para la conducción de la sesión” (Selvini et al, 1980). En seguida se definen brevemente tales conceptos.

1. Las **hipótesis** son explicaciones tentativas sobre lo que ocurre en el sistema familiar, conjeturas acerca de aspectos interaccionales de la familia o del individuo con otras personas. Sirven de guía para formular preguntas. Integran los datos aportados por la familia con las observaciones y conocimientos previos del terapeuta. Teniendo en cuenta que son meramente especulativas, se pueden modificar a medida que se va obteniendo más información. Aunque se confirmen, no se deben confundir con la realidad. La intervención se planifica con base en las hipótesis verificadas.
2. Se denomina **neutralidad** a la posición que adopta el terapeuta de no tomar partido por ninguno de los integrantes de la familia, con lo que evita pasar a formar parte del juego familiar y se mantiene capaz de introducir algo nuevo que genere los cambios necesarios. Ser neutral conlleva ausencia de confrontación, lo que permite que la familia acceda a soluciones eficaces con menor resistencia. Conlleva también la curiosidad por explorar nuevos puntos de vista en cada uno de los miembros.
3. Se llama **circularidad** a la capacidad del terapeuta para confirmar o rechazar una hipótesis a partir de la información obtenida del trato con la familia. Se puede basar en el afecto o en la obligación. Se basa en el afecto cuando de manera selectiva se presta atención a las diferencias en las respuestas de la familia que pueden ayudar a su desarrollo como personas autónomas. Se basan en la obligación cuando más que ayudar a la autonomía de los miembros permiten aumentar la eficacia del terapeuta.

Para la **fase Batesoniana**, el grupo se había fragmentado. Prata y Selvini continuaron investigando, mientras que Boscolo y Cecchin se interesaron por la formación de terapeutas (Reséndiz, 2010). En esta fase evolucionaron las preguntas circulares, que ya no se usaron solo para conocer la interacción entre miembros, sino que comenzaron a involucrar pensamientos, ideas, emociones, etc.

1. MODELOS SISTÉMICOS EN TERAPIA

Las hipótesis comenzaron a adoptar distintos niveles de comprensión:

- En el nivel 1 se sitúa el papel del síntoma en la relación de pareja, respecto del equilibrio entre lo que se da y lo que se recibe (afecto y/o poder).
- El nivel 2 se refiere a las alianzas que se presentan en los miembros de la familia nuclear.
- El nivel 3 se refiere al papel de la familia extensa.
- El nivel 4 contempla las relaciones entre la familia e instituciones externas a la misma.

Respecto de las preguntas que se formulan, pueden clasificarse como *triádicas* (sobre alianzas), para clasificar; *explicativas*, e *hipotéticas*. Las triádicas exploran la percepción de un miembro sobre la relación entre otros dos, quienes escuchan cómo se les percibe. Ayuda a conocer cosas que los dos implicados no revelarían. Las preguntas sobre alianzas brindan información sobre la unión o cercanía entre ciertos integrantes. Las preguntas para clasificar establecen el orden que ocupan los miembros de la familia respecto a determinada cualidad. Las explicativas develan creencias, incluso secretos, respecto de por qué sucedió determinado acontecimiento. Y las preguntas hipotéticas aportan ideas sobre cómo respondería el sistema familiar ante cierto cambio.

No existe un concepto de realidad normalizada, por lo que la terapia no se realiza de forma directiva. Es decir, que en lugar de prescribir conductas fomentaban la reflexión mediante las preguntas que suscitan en las entrevistas (Eguiluz, 2004). Tampoco se pactan ni se establecen objetivos concretos, sino que se permite a la familia establecerlos de forma implícita (Ochoa, 1995). Siendo así, la tarea del terapeuta es liberar a la familia de la rigidez de su sistema de creencias, modificándolas para que se encuentre el cambio más conveniente y se establezcan patrones nuevos de comportamiento. Como todas las familias necesitan un juego familiar, no se trata de suprimirlo, sino de que se reemplace por otro menos perjudicial que regule su vida como sistema. Y si bien, el cambio se produce en lo cognitivo, repercute en otros ámbitos como el emocional, el conductual e interaccional.

La *redefinición* modifica la manera como el sistema familiar percibe al síntoma, mientras que la *connotación positiva* consiste en presentarlo como una buena causa, como un intento valioso de ayudar, aunque no haya dado fruto. Es decir, se presenta a la conducta sintomática como un intento altruista por alterar otras conductas (Reséndiz, 2010).

También existen la tarea ritualizada de los días pares e impares, y la prescripción invariable. La primera consiste en prescribir, en días separados, dos conductas opuestas o muy dispares, que habitualmente coexisten en el sistema familiar. La segunda parte de la premisa de que el problema es una falta de diferenciación entre el subsistema parental (padres) y el filial (hijos), lo que deriva en una falta de emancipación. Así, se introduce un mensaje que poco a poco los va separando para establecer límites y con ello evitar coaliciones que detonen al síntoma (Ochoa, 1995; Eguiluz, 2004).

Por aquellos años se dio el auge del Constructivismo (Bollas & Muñoz, 2021), que plantea que cada observador crea su propia realidad. Y como los datos que se obtienen mediante los sentidos tienden a ordenarse dentro de un marco preexistente, la realidad auténtica jamás se llega a conocer. De ese modo, la ciencia jamás prueba nada, sino que únicamente brinda aproximaciones parciales y subjetivas a la realidad.

La **fase Constructivista** del modelo de Milán surgió hacia 1984 (Reséndiz, 2010). Cecchin y Boscolo asistieron a una conferencia en Calgary, Canadá, titulada “Los clínicos se encuentran con los epistemólogos”. Ahí se encontraron con Karl Tomm, a quien habían conocido poco antes. Conocieron también a Humberto Maturana (pensador constructivista) y a Von Foerster (una de las personas que propusieron la cibernética de segundo orden).

Aquí el modelo adoptó definitivamente la idea de que el observador es parte del sistema, por lo que se pasó de la postura de los sistemas observados a una postura de los sistemas observantes y se comenzó a prestar mayor atención a la influencia que el terapeuta recibe de la familia, pareja o persona a la que atiende. También pusieron mayor énfasis en la capacidad que tienen las familias de autodirigirse al cambio, con una participación menos invasiva del terapeuta (Ochoa, 1995; Eguiluz, 2004).

Durante la **fase Posmoderna** se comenzaron a tomar en cuenta aspectos de género, lenguaje y construcciones sociales. Se acuñó el término “*Irreverencia*” como una tendencia del terapeuta a no limitar los conceptos, sino fomentar nuevas posibilidades para el sistema (Reséndiz, 2010).

Se denominó “*prejuicios*” al conjunto de ideas previas con que se observa la realidad, y dado que es imposible no tenerlos, el terapeuta ha de conocer los propios, que pueden incluso constituirse como herramienta terapéutica (Cecchin et al., 1997). El prejuicio es toda creencia o idea del terapeuta sobre su función en el proceso terapéutico, sobre los resultados a los que ha de llegar, sobre las formas como ha de intervenir para que el propósito de la terapia se consiga, y/o sobre la forma de ser de los pacientes antes y después de ir a terapia. Es importante que el terapeuta se dede a la tarea de conocer sus prejuicios, para que el trabajo que realiza sea profesional y de la mayor calidad. Puede considerarse, incluso, que el modelo contenga prejuicios.

1. MODELOS SISTÉMICOS EN TERAPIA

Boscolo y Bertrando (1996) advierten que cada persona y cada grupo social tienen sus propias formas de entender el paso del tiempo, y ocupan mediciones de este para planear las actividades que consideran que deben ser realizadas. Se interesaron nuevamente por el individuo, pero aclarando que existen diferencias notables entre pasar del sistema al individuo y pasar del individuo al sistema (como se hizo en las primeras fases del modelo).

La *fase Dialógica* surgió después de la muerte de Cecchin. Aquí el principal representante es Paolo Bertrando, quien se interesa por aspectos discursivos, relacionales e incluso políticos en las personas, así como la posición del terapeuta dentro del sistema y la construcción de la relación terapéutica.

Durante la Residencia se aprendió a trabajar utilizando el estilo de cada una de las etapas del modelo, profundizando en las fases posmoderna y dialógica. Vale añadir que algunas ideas de dichas fases inspiraron el tema que se aborda en esta tesis. A continuación, se exponen dichas ideas.

Bertrando (2011) considera que un terapeuta ha de entender el sufrimiento de cada uno de sus pacientes, así como la forma en que lo viven y lo expresan. Señala dos elementos terapéuticos que favorecen un impacto positivo en las vidas de los consultantes: el primero, centrarse en lo que está sintiendo la persona, no solamente aplicar el modelo; el segundo, reconocer como válida la perspectiva que tiene el cliente de su problema, en lugar de imponer el propio punto de vista.

Por su parte, Rober (2017) postula que la labor del terapeuta suele ser más efectiva cuando se muestra sensible a las necesidades e inquietudes específicas de su cliente, adaptando su intervención de acuerdo con estas últimas. Señala lo siguiente:

“Los terapeutas tienen que aprender a usarse a sí mismos para explorar las experiencias de vida narradas por los miembros de la familia y establecer conexiones empáticas con el sufrimiento de los diferentes miembros, mientras tienen presentes las potencialidades y los recursos esperanzadores” (Rober, 2017, p.4).

1.2. Terapia Centrada en Soluciones

El modelo surgió hacia 1978, cuando Steve de Shazer fundó el Brief Family Therapy Center (BFTC) en Milwaukee, Wisconsin, Estados Unidos. Destacan otros teóricos como Insoo Kim-Berg y William Hudson O'Hanlon, quien si bien, maneja el mismo estilo de terapia, no estuvo de acuerdo con la forma de trabajo de algunos integrantes del BFTC (O'Hanlon y Weiner, 1990; De Shazer, 1992; Kim Berg y Miller, 1992; Selekman, 1993).

Los principales representantes del modelo se formaron en el Mental Research Institute, pero difieren del mismo en su manera de evaluar a los pacientes, empleando el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean, de hecho, sostienen que no es necesario saber demasiado de un problema para poderlo resolver. Por el contrario, priorizan las excepciones, momentos en que la conducta problemática no se hace presente. Incluso se presta atención a las excepciones espontaneas, aquellas que la persona percibe como suerte o ajenas a su control, y aún aquellas que antes de la terapia han pasado desapercibidas (O'Hanlon & Weiner, 1990).

De Shazer (1992) considera que este tipo de terapia es ante todo un conjunto de intercambios lingüísticos. O'Hanlon y Weiner (1990) sugieren que el lenguaje permite solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad que cada persona se construye, de modo que también es un instrumento para cuestionar certezas que no ayudan a resolver problemas e introducir el cambio. Recomiendan que se utilice el lenguaje del cliente para propiciar un acercamiento empático, y para posteriormente utilizar un lenguaje diferente que incite al cambio.

Kim-Berg y Miller (1992) están de acuerdo con tres principios fundamentales:

1. Si algo no está roto, no hay que tratar de componerlo. - Es decir, que la terapia ha de centrarse únicamente en aquello que el paciente perciba como problema, respetando su visión de otras situaciones que no desea abordar aunque al terapeuta le parezcan extrañas o inquietantes.
2. Si lo que se está haciendo funciona, hacer más de lo mismo. - Es decir, mantenerse al tanto de las acciones que permiten atenuar el problema, a fin de ampliarlas y generar los cambios deseados.
3. Si no funciona, probar algo distinto. - Es decir, abstenerse de repetir aquellos intentos de solución que no han permitido alcanzar el resultado que se busca.

No se considera que el síntoma cumpla alguna función homeostática que impida el cambio. Tampoco se presta atención al concepto de resistencia, sino que se sostiene que cada persona está de alguna forma motivada para el cambio y llevar una vida mejor, aunque no necesariamente se perciba dicho cambio o el camino para lograrlo del mismo modo en que lo concibe el terapeuta.

El síntoma que presenta la persona, pareja o familia consiste en una dificultad acompañada de repetidos intentos de solución, los cuales son siempre de la misma clase a pesar de su ineficacia. Las personas suelen percibir la solución intentada como la única posible, válida o correcta, lo cual les impide poner en práctica otros recursos y hace que el síntoma prevalezca, pasando desapercibidas las ocasiones en que este no se hace presente o es menos intenso.

1. MODELOS SISTÉMICOS EN TERAPIA

Kim-Berg y Miller (1992) son acordes con Selekman (1993) al sugerir una clasificación del tipo de relación que se establece con los clientes, aclarando que no se clasifica a la persona, sino a la relación establecida. Propusieron tres categorías:

- a) Demandante. - Suele ser una persona distinta al paciente, ya sea uno de sus padres (o ambos), un pariente, un profesor o una autoridad judicial. Está empeñado en que la persona cambie, pero no tiene interés en participar de la terapia ni se considera parte de la solución. Sin embargo, pueden ser útiles debido a que conocen a profundidad las conductas que desean que el paciente cambie.
- b) Visitante. - Suele ser enviado a terapia por sus familiares o por alguna figura de autoridad. Suelen negar el problema, o lo aceptan, pero no consideran que sea algo sobre lo que tengan control, ni que la solución esté en sus manos. Conviene identificar qué consideran que debe suceder en la terapia para que la persona que los envió se de cuenta de que ya no necesitan el servicio.
- c) Cliente/comprador. - Es el tipo de paciente más deseable para los terapeutas, ya que asiste voluntariamente a la terapia y está dispuesto a emprender las acciones necesarias para que el cambio se produzca. Es posible que un visitante, e incluso un demandante se vuelva cliente si se negocia un acuerdo benéfico entre él y la persona que lo mandó a terapia.

Sea cual sea el tipo de relación, se considera que los clientes siempre tienen las habilidades y los recursos para resolver su problema, aunque no se percaten de ello. La cooperación es inevitable, de forma que todo lo que la persona mencione durante la terapia es un recurso con que cuenta. El cambio también es inevitable, y basta uno pequeño para que otros más grandes empiecen a suceder.

Las soluciones son más importantes que los problemas, por lo que durante la entrevista inicial se dedica un tiempo considerablemente reducido a conocer el problema, y el resto se destina a explorar en qué momentos dicho problema no está presente o se presenta con menor intensidad, de manera que se identifiquen las acciones que han ayudado a reducirlo.

De entre las muchas formas de preguntar, destacan dos:

1. La pregunta del milagro consiste en pedir a la persona que imagine que mientras duerme sucede un milagro y el problema se resuelve, tras lo cual se le pregunta cómo se daría cuenta de que ello ha sucedido.
2. Las preguntas escala consisten en pedir al cliente que sitúe su problema en una escala de 1 a 10, donde 1 significa que está fuera de control, y 10 implica que ya logró resolverlo. Luego de ello, se le pregunta qué hace falta para llegar al siguiente número de la escala.

También resalta la tarea de la primera sesión (O´Hanlon & Weiner, 1990). Es simplemente pedir que en los días siguientes observe y anote lo que le gustaría que siga ocurriendo en su vida.

El terapeuta se encarga de ampliar el cambio. Los objetivos de la terapia se plantean de común acuerdo con el consultante, atendiendo sus verdaderos intereses e inquietudes, más allá de lo que el terapeuta considere necesario o correcto. De manera general se busca ampliar las soluciones eficaces y resaltar aquello que a la persona, pareja o familia en cuestión le resulta satisfactorio.

Kim-Berg y Miller (1992) establecen siete criterios como guía para que los objetivos queden planteados de manera que se puedan alcanzar y que el cliente coopere para lograrlos:

1. Que constituyan algo importante para la persona
2. Que sean limitados
3. Que se trate de conductas específicas
4. Que impliquen la presencia de algo, no su ausencia
5. Que sirvan de comienzo para otros cambios mayores
6. Que sean realistas y verdaderamente se puedan alcanzar
7. Que para lograrlos haga falta un trabajo considerable

Cada sesión se deja una tarea, y los resultados se dialogan en la sesión siguiente. De Shazer (1992) propone ciertas pautas que ha de adoptar el terapeuta dependiendo de los resultados que el consultante reporte:

- Si realizó la tarea, es indicador de que se pueden seguir dejando otras tareas.
- Si modificó la tarea, dejarle tareas que sean modificables.
- Si hizo lo opuesto, dejarle de tarea lo contrario de aquello que se desea que haga.
- Si llevó a cabo la tarea de manera vaga o difusa, dejarle tareas que sean vagas o difusas.
- Si no hizo la tarea, ya no dejarle tareas. Se le pueden plantear metáforas durante las sesiones para que reflexione acerca del camino a seguir.

Es importante que el terapeuta resalte aquellas soluciones eficaces de las que sus clientes no se han percatado, o que las atribuyen a la casualidad o a la buena suerte.

1. MODELOS SISTÉMICOS EN TERAPIA

También ayuda resaltar las cualidades que se han mostrado dentro y fuera de la terapia, ya que aunque parezca que no tienen nada que ver con el problema, son recursos que pueden ayudar a resolverlo. En cuanto a las intervenciones, pueden destacarse tres (O'Hanlon & Weiner, 1990): las que actúan sobre la secuencia sintomática, las que inciden sobre el contexto que rodea dicha secuencia y las tareas de fórmula.

Las intervenciones que actúan sobre la secuencia sintomática se realizan haciendo cambios en uno de los siguientes aspectos:

- La frecuencia, momento de aparición, personas involucradas, duración y/o lugar donde se produce el síntoma.
- Añadir un elemento físico que no estaba antes.
- Conservando los elementos, pero alterando el orden secuencial en que se van presentando.
- Subdividir la secuencia en elementos más pequeños.
- Implantar una ordalía, es decir, adicionando una actividad desagradable tras la aparición del síntoma.

Las intervenciones sobre el contexto que rodea al síntoma consisten en aumentar o disminuir algo de dicho contexto para prevenir que el síntoma se haga presente.

Las tareas de fórmula, también conocidas como llaves maestras (De Shazer, 1992) son intervenciones generales que funcionan en la mayoría de los casos. Consisten en rescatar las soluciones espontáneas o desapercibidas y ampliar su uso. En caso de no hallarse soluciones que eviten que el problema se presente, se puede pedir a la persona que imagine un futuro sin el problema y lo describa con detalle, como si se tratara de una película. Incluso pueden explorarse acciones que hayan servido para resolver otro problema diferente.

En cada nueva sesión se indaga sobre los cambios ocurridos. No se pregunta si hubo cambios, sino que se asume que los hubo y se indaga cuáles fueron (O'Hanlon & Weiner, 1990). Esto se puede hacer mediante preguntas del tipo ¿qué cosas positivas han sucedido esta semana?, ¿cuáles de esos cambios le gustaría que sigan ocurriendo? Se pregunta también sobre lo que hay que hacer para que dichos cambios persistan, y cómo abordará la persona los posibles obstáculos para mantener los cambios logrados.

Ochoa (1995) añade:

“en caso de que la persona informe de que las cosas están igual o peor que en sesiones precedentes, lo más útil es que el terapeuta pida al cliente que le convenza de que el cambio es realmente necesario o deseable. Esto debe hacerse en un tono amable, exento de crítica, con objeto de no deteriorar la alianza terapéutica” (p. 117).

La terapia se termina cuando se alcanzan los objetivos planteados al inicio, o cuando el cliente considera que ya no es necesaria. En ambos casos, el terapeuta solicita que señale los aspectos más significativos del proceso, lo que aprendió, y se le alienta para que lo siga aplicando en su vida.

Vale precisar lo siguiente:

Selekmán (1993) considera que la primera y más importante intervención del terapeuta centrado en soluciones es sentir *empatía* por las personas, comprendiendo que si bien, todos sufren a causa de los problemas que les motivaron a tomar terapia, a nadie le gusta que se le diga lo que tiene que hacer. Así pues, se les ha de elogiar por acudir al servicio, explorar sus puntos de vista respecto al motivo de consulta, indagar qué es lo que desean obtener, y aceptar sus objetivos sean cuales sean.

Kim-Berg y Miller (1992) postulan que cuando el terapeuta se muestra cercano a su cliente, y dispuesto a trabajar por objetivos que realmente le interesen, es mucho más sencillo que la persona acceda a colaborar siguiendo indicaciones. Señalan lo siguiente:

“Trate de utilizar la técnica de la empatía e imagine lo difícil que debe ser estar sentado frente a usted, el terapeuta... póngase siempre del lado del paciente. No defienda a los empleadores, las leyes de tránsito, las sentencias de los jueces ni las descabelladas exigencias de los familiares” (Kimberg & Miller, 1992, p. 32).

En síntesis, se ha hecho un breve recuento sobre dos de los modelos sistémicos aprendidos en la residencia. Vale añadir que por medio de la experiencia clínica y la formación teórica se adquieren habilidades que permiten comunicarse con el cliente, conocerle, identificar sus necesidades, deseos y expectativas acerca de la terapia, y sobre todo, saber adaptar las intervenciones a cada caso en particular, siendo empático. En el siguiente capítulo se aborda tal habilidad.

LA EMPATÍA TERAPÉUTICA

En este capítulo se define a la Empatía, se exploran sus características y se detalla su importancia en el contexto terapéutico. Asimismo, se da cuenta de las controversias que existen en torno al constructo, ya que hasta el momento no se ha llegado a una postura unánime sobre cuántas dimensiones tiene ni cuáles son. También se comentan algunos estudios realizados por otras personas, las pruebas que se han elaborado para su medición, y los motivos por los que resulta necesario otro instrumento acorde con las características y necesidades de los terapeutas mexicanos.

Al respecto, Garfield (1979) señala que el elemento central de todas las formas de psicoterapia es la experiencia interpersonal que se vive entre el terapeuta y el cliente, de manera que este último adquiera mayor esperanza respecto a la posibilidad de que su situación mejore, adquiera mayor conocimiento de sí mismo y la forma como afronta el problema reorganice sus percepciones y logre modificar su comportamiento en un sentido positivo

Si una persona no está lo suficientemente agobiada por su problema, o lo bastante motivada para cambiar, difícilmente acude a terapia, y de hacerlo, la abandona a la menor dificultad que surja. Por lo mismo, si el terapeuta no goza de la confianza de su paciente, no habrá una terapia eficaz. Es preciso que el cliente perciba que se le acepta, que se le comprende, y que se pueden generar cambios respetando sus ideas, creencias, costumbres y valores (siempre que estos no deban ser modificados para alcanzar los objetivos que se plantean).

Las habilidades del psicólogo en el contexto terapéutico constituyen un recurso indispensable en el ejercicio de la psicología clínica, tan útil e importante como la experiencia y la formación teórica. Dichas habilidades facilitan el establecimiento de la relación terapéutica, ayudan a mantenerla, y permiten influir en el cliente para que siga las directivas que se le imparten. Y pese a ello, algunos terapeutas (incluidos muchos terapeutas en formación) tienden a subestimarlas.

2. LA EMPATÍA TERAPÉUTICA

Para Lozano et al. (2018), las habilidades del psicoterapeuta no son lo único que define la calidad en el servicio, pero sí influyen significativamente en los resultados del proceso.

Acorta et al. (2005) señalan que la relación que el profesional de la salud establece con sus pacientes es crucial para que el tratamiento resulte exitoso. No obstante, cada vez es más difícil establecer y mantener dicha relación, en buena medida porque los diagnósticos y tratamientos se basan en la evidencia y en la tecnología, tendiendo a pasar por alto los sentimientos del paciente a quien se atiende. La empatía sigue siendo un tema difícil de investigar, por la falta de una conceptualización clara del constructo y una definición unánime, así como también por la falta de un instrumento actualizado que coincida con las características particulares del personal de la salud en México.

Por lo anterior, es preciso explorar algunas definiciones del constructo y mencionar algunos de los trabajos que se han hecho previamente.

2.1. Concepto de Empatía

Aquí se revisan teóricos que han aportado diferentes definiciones de Empatía, y se detallan las características que cada uno ha atribuido a dicho término, para identificar posibles deficiencias en las posturas teóricas de las que parten y conservar la que más convenga como guía para el presente estudio.

Acorta et al. (2005) definen a la empatía como:

“la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar ese entendimiento al paciente” (Acorta et al., 2005, p. 57).

Asimismo, señalan que las especialidades médicas orientadas a la atención directa de pacientes (como Medicina Familiar, Psiquiatría, Ginecología o Pediatría) tienden a ser más empáticos que sus colegas orientados a la tecnología (como cirujanos, radiólogos o anestesiólogos). Por otro lado, sostienen que, en el área de la salud, las mujeres tienden a ser más empáticas que los hombres.

Asimismo, puntualizan que la empatía: a) conlleva identificar las emociones y sentimientos que uno proyecta hacia las personas, y los sentimientos o emociones que esto nos produce; consiste en captar la realidad subjetiva de otras personas, comprendiendo sus conductas, motivaciones y perspectivas acerca de la vida; y b) permite adentrarse en los sentimientos, emociones, e ideas de la otra persona, para comprenderle como es y lo que comunica. Menciona que el término empatía fue introducido en la Psicología por Lips en el siglo XX, para designar el modo más adecuado de llegar a una comprensión

profunda de los demás.

Bautista et al. (2016) exponen que los primeros estudios psicológicos acerca del tema datan de inicios del siglo XX y se atribuyen a Titchener, quien la abordó como un concepto relacionado con los sentimientos y las emociones que se experimentan frente a las vivencias ajenas.

Reconocen que, para evaluar el constructo, existen posturas unidimensionales y bidimensionales. Una postura bidimensional abarca las dimensiones cognitiva y afectiva. La cognitiva implica entender el punto de vista de la otra persona y ubicarse de forma ficticia en su posición. La afectiva se asocia con sentimientos de compasión y preocupación por la otra persona. Por el contrario, las posturas unidimensionales se centran únicamente en lo cognitivo o en lo afectivo solamente.

Mayo et al. (2019) definen a la empatía como:

“la capacidad de comprender los sentimientos y emociones de los demás, basada en el reconocimiento del otro como similar” (Mayo et al., 2019, p. 131).

Comentan que es un concepto multidimensional basado en cuatro pilares básicos que son emotivo, cognitivo, moral y conductual. Comentan también que puede estar modulada e incluso limitada por características propias de cada individuo como son la formación previa, experiencia laboral, situación emocional, género, estado civil, tenencia o no de hijos, clase social, situación familiar, etc.

Polo (2009) expresa que las sesiones psicoterapéuticas deben diseñarse de acuerdo con las características y necesidades particulares del paciente. Expone, junto con Chávez (Chávez & Polo, 2009), que terapeuta y paciente son los artistas que van moldeando una escultura, la cual no debe ser juzgada, sino comprendida y preparada en camino hacia su autoconocimiento. Los mismos autores (2006) tratan de concientizar el hecho de que, si durante la terapia el terapeuta preconice un tema específico a trabajar con el paciente, corre el riesgo de pasar por alto las necesidades de dicho paciente y centrarse en sus propias proyecciones. De ahí la necesidad de aprender a ser empático.

Distinguen tres ámbitos de la comunicación: verbal, paralingüístico y no verbal. El verbal es aquello que se expresa con palabras, el contenido de lo que se habla. El paralingüístico corresponde al tono de la voz, su velocidad y ritmo, no es lo que se dice, sino cómo se dice. Por último, el no verbal engloba aspectos como los gestos, las posiciones corporales, la forma de vestir, movimientos, miradas, etc.

2. LA EMPATÍA TERAPÉUTICA

Stein (2015, citado en Bautista et al., 2016) refiere que en el proceso de ser empático intervienen tres momentos:

- a) percibir la situación de la otra persona y sus vivencias
- b) interiorizar la vivencia del otro
- c) asumir la vivencia del otro como si fuera propia

Así pues, la empatía no consiste solamente en conocer a la otra persona, sino en comprenderla.

La palabra *Einfühlung* (Mateu et al., 2009) es predecesora de la empatía, y se utilizó haciendo referencia a la relación que las personas tienen con las obras de arte proyectando en ellas sus sentimientos. Lipps (1903, citado en Mateu et al., 2009) aplicó dicho término a la Psicología, refiriéndose a las relaciones que las personas establecen entre sí.

En 1937, Allport (Op Cit) la definió 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” (Mateu et al., 2009, p. 5).

Rogers (1975, citado en Mateu et al., 2009) apuntó que no se trata de un constructo unitario, sino un proceso que implica penetrar en el mundo perceptual privado de la otra persona y familiarizarse completamente con él, ser sensible a las intencionalidades cambiantes que fluyen en esa otra persona; vivir temporalmente en la vida del otro, moviéndose por ella con delicadeza, sin enjuiciarla, captando detalles de los que el otro apenas tiene conciencia; verificar con el otro la corrección de tales percepciones y sentirse guiado por las respuestas que se recibe de él, que el terapeuta abandone temporalmente sus opiniones y valores propios para penetrar sin prejuicios en el mundo de la otra persona.

Barrett y Lennard (1986, citados en Mateu et al., 2009) se inspiraron en el trabajo de Rogers, y más adelante concibieron a la empatía como un ciclo que consta de las siguientes etapas:

1. resonancia empática, entendida como la empatía que experimenta el terapeuta
2. empatía expresada (la que percibe el observador)
3. recepción de empatía (la que experimenta el cliente)

De ahí se derivó la construcción del Barrett- Lennard Relationship Inventory, que consta de dos versiones, una para el cliente y otra para el terapeuta.

Asimismo, Mateu et al. (2009), señalan lo siguiente:

“La empatía terapéutica es ante todo un proceso complejo que incluye diferentes dimensiones, fases, componentes, tareas y momentos. Focalizar la empatía en uno solo de estos aspectos, en lugar de entenderla como un proceso que abarca un complejo conjunto de operaciones, ha impedido su comprensión” (Mateu et al., 2009, p. 1).

Exponen también que puede haber elementos de la empatía que los investigadores todavía no descubren.

Duan y Hill (1996, citados en Mateu et al., 2009) propusieron los términos empatía intelectual para referirse a los procesos cognitivos y emociones empáticas para el aspecto afectivo de la experiencia empática. Por el contrario, Greenberg et al. (Op cit) rechazan esa dicotomía argumentando que ambos conceptos son inseparables, y que es necesario llevar a cabo investigaciones sistémicas para comprender la manera en que ambos componentes interactúan entre sí.

Mateu et al. (2009), puntualizan que el término empatía ha dado lugar a por lo menos tres constructos que pueden superponerse: como rasgo de personalidad o habilidad general, como estado situacional específico cognitivo-afectivo, y como un proceso experiencial multifásico. El supuesto de rasgo/habilidad propicia el debate sobre si la empatía puede ser aprendida, y da lugar a posibles investigaciones de su desarrollo y de por qué algunos terapeutas parecen ser más empáticos que otros. El supuesto de estado situacional cognitivo-afectivo da lugar a indagar sobre el contexto, sobre variables que influyen para que alguien se muestre menos o más empático en ciertos momentos. Por último, el supuesto de un proceso experiencial multifásico lleva a tratar de identificar procesos implicados cuando se produce o se comunica un estado empático.

Bermejo (2001, citado en Silva, 2017) sugiere que existen tres fases presentes en los actos de empatía:

“1) la identificación con la persona y con su situación; 2) la incorporación a la propia conciencia y manejo del impacto que, sobre la propia vulnerabilidad, conlleva encontrarse con la vulnerabilidad ajena; y 3) el restablecimiento de la distancia emocional que se acortó en la primer fase” (citado en Silva, 2017, p. 29).

Tras haber analizado algunas definiciones e ideas sobre el constructo, puede notarse que los distintos teóricos e investigadores poseen ideas muy diversas, pero coinciden en lo siguiente:

- Hay posturas unidimensionales, bidimensionales y multidimensionales.
- La empatía puede ser un ciclo que consta de varias fases.

2. LA EMPATÍA TERAPÉUTICA

- Los sentimientos y emociones se captan de forma intuitiva.
- No basta con entender las experiencias y sentimientos de otros, hay que hacerles notar que se le entiende (comunicarlo).
- También hay que saber identificar las emociones y sentimientos que uno proyecta hacia las otras personas.
- Un terapeuta empático comprende en lugar de juzgar. Busca conocer las características y necesidades particulares de su paciente, y diseña sus intervenciones de acuerdo con estas.
- Puede haber elementos del constructo que todavía no se descubren, y por eso es importante seguir investigando.

Los teóricos ya revisados dan a conocer numerosas definiciones de Empatía, señalan antecedentes históricos del constructo y reconocen que consta de varias dimensiones, se centran en una, o máximo dos de ellas. Asimismo, omiten el hecho de que la Empatía constituye una habilidad, y como tal, puede seguirse desarrollando.

Silva (2017) define a la empatía como:

“la capacidad de comprender los sentimientos y emociones de los demás, con base en el reconocimiento del otro como similar. Es una habilidad de los seres humanos para poder interactuar funcional y favorablemente” (Silva, 2017, p. 28).

En su definición, está considerando los aspectos conductual y cognitivo del constructo. Asimismo, explica que hay que distinguir entre empatía y simpatía, entendiendo la segunda como capacidad del observador para sentir la misma emoción que otro tiene en una acción determinada.

Puesto que la empatía no consiste en sentir lo mismo que la otra persona, sino en captarlo de la manera más cercana posible (aspecto emocional del constructo). Incluye elementos afectivos, pero también cognitivos y conductuales, por lo que puede ser enseñada y aprendida para convertirse en hábito.

Su trabajo parte de la Epistemología Cibernética, particularmente la de segundo orden, que se centra en la interacción entre el observador y su medio. La palabra Cibernética proviene del griego Kibernetes, y puede entenderse como el estudio de los sistemas. En el campo de la psicoterapia, la postura Cibernética considera que el paciente forma parte de varios sistemas, sean el familiar, el escolar, el laboral, el social, etc. Incluso la forma como se desarrollan y mantienen los problemas que le llevaron a terapia constituye un sistema. Así pues, el terapeuta y su(s) paciente(s) intercambian información de manera continua, y lo que cada uno haga durante las sesiones generará respuestas por parte de los otros. Tales respuestas, a su vez, retroalimentan a cada

integrante del sistema (incluyendo al terapeuta) para mantener cierta continuidad o propiciar el cambio.

Para Gerdes y Segal (2009, citados en Silva, 2017), la empatía es precursora de la conducta prosocial, porque al ser consciente de lo que sienten las otras personas, se emprenderán acciones orientadas a modificar la situación.

Quebradas (op cit), por su parte, propone el concepto de Empatía narrativa, refiriéndose a renunciar temporalmente a la propia postura para poder comprender la postura de la otra persona construyendo relatos mentales que justifican lo que la otra persona siente o expresa). Silva (2017) apoya y justifica este concepto argumentando que es fundamental a la hora de trabajar en contextos terapéuticos, ya que ello será un aspecto a considerar en la dinámica y organización familiar de los consultantes (manejo de las alianzas, coaliciones, establecimientos de fronteras/límites emocionales, sentimientos de animadversión o cercanía y afinidad entre los miembros del sistema familiar.

Acorde con los señalamientos anteriores, para el presente estudio se retomará el concepto de *Empatía* propuesto por Silva (2017) y su postura teórica, debido a que es la única que considera de forma explícita tres dimensiones del constructo (conductual, emocional y cognitiva). También es la única que toma en cuenta que cuando un terapeuta emite conductas o frases empáticas hacia su consultante, este le retroalimenta mediante el lenguaje y el comportamiento, de forma que puede continuar con la misma estrategia o emplear otra distinta que aumente la posibilidad de que el paciente se sienta comprendido.

Como precaución, es necesario explicar que la *Empatía* puede tener aspectos negativos, y conviene saber distinguir hasta qué punto resulta benéfico conducirse de manera empática, puesto que hacerlo excesivamente acarrea dificultades para el terapeuta e incluso para las personas con quienes interactúe. Toca profundizar en esa parte.

LaVey (1969) expone que no conviene ser comprensivo con todas las personas, sino únicamente con aquellos que hagan buen uso de la comprensión y consideración que se les tiene. De lo contrario, la persona comprensiva se volverá objeto de numerosos abusos y actos violentos. Asimismo, sugiere que hay que tratar a las personas del mismo modo en que ellos lo traten a uno, para que no le falten al respeto.

Bloom (2018) señala que algunas veces la empatía motiva a hacer el bien, pero otras veces puede propiciar actos crueles, puesto que el hecho de ser empático no significa que los demás se van a conducir de la misma manera. Considera también que, demasiada empatía, hace que la persona se vuelva insensible a las consecuencias a largo plazo de sus actos y se vuelva indiferente al sufrimiento de aquellos con los que no empatiza o por alguna circunstancia no logra hacerlo.

2. LA EMPATÍA TERAPÉUTICA

Weakland (2010) puntualiza que muchos pacientes tienden a ostentarse como víctimas, ya sea de su pareja, de sus padres, de sus maestros, de su jefe laboral o incluso de la sociedad. Por lo regular, dichos pacientes se limitan a emitir quejas en vez de actuar para que las cosas cambien. Si el terapeuta les confirma o valida dicha postura, asumirán que tienen razón en no hacer nada más que quejarse, puesto que son las otras personas quienes están equivocadas y por consiguiente deben cambiar. Etiquetar a una persona como víctima de la situación o de otras personas implica un desempoderamiento, lo cual reduce la capacidad y/o la disposición del cliente para colaborar con su terapeuta en la búsqueda e implementación de soluciones.

Salgado (2015) considera que, entre los profesionales de la salud, una cosa es entender lo que está sintiendo el paciente y otra es imaginar cómo se sentiría el profesional si estuviera en la situación de su paciente. Quienes hacen lo primero logran establecer una buena relación, que motiva al paciente a seguir el tratamiento y acatar las indicaciones. Quienes hacen lo segundo, usualmente desarrollan trastornos de ansiedad, alteraciones en el estado de ánimo y malestares gastrointestinales.

Bloom (2018) postula que:

“Tal vez el problema radique en que algunas veces confiamos demasiado en la empatía o en que la usamos de forma equivocada. Lo que deberíamos hacer entonces es colocarla en el lugar apropiado. No estar contra la empatía, sino en contra de la mala aplicación de la empatía, o reconocer que empatía más razón es una gran combinación. La empatía es como el colesterol, hay buena y mala” (Bloom, 2018, p. 290).

Hasta aquí se han revisado varias consideraciones teóricas sobre el fenómeno, identificando aspectos que pueden mejorar. Con el fin de evaluar el constructo en el ámbito terapéutico, se considera que hace falta identificar cómo se concibe y reconoce en algunos de los modelos de psicoterapia que se practican en México.

2.2. La Empatía en el contexto psicoterapéutico

En esta sección se detalla la perspectiva de teóricos y terapeutas con experiencia principalmente en el modelo sistémico y dos más (Logoterapia y Cognitivo Conductual), lo que cada uno de ellos entiende por Empatía, y que todo terapeuta puede aprender a ser empático sin importar el enfoque que practica.

Rivadeneira, et al. (2007) exponen que al terapeuta no le basta poseer determinados años de formación teórica ni de prácticas supervisadas, sino que resulta esencial haber desarrollado habilidades que fortalezcan la relación con sus pacientes. Consideran que se es empático en la medida en que:

- a) Considera al paciente como un ser humano, cuyos defectos pueden o no estar relacionados con el motivo de consulta.
- b) Comprende al paciente desde sus propios esquemas cognitivos e historia de vida particular.
- c) Adapta sus técnicas y procedimientos al estilo personal del paciente.
- d) Cuida su tono de voz y la postura física que adopta.

Puntualizan que la relación con el paciente debe estar fundamentada en el conocimiento de los paradigmas y procedimientos propios del enfoque, pero sin perder de vista los paradigmas y procedimientos de la persona con quien se está trabajando, puesto que ante todo es eso: una persona.

Para Ellis (1992), existen ciertas creencias irracionales que determinan las emociones y decisiones de la gente, influyendo en la forma como se relacionan con el ambiente circundante y los problemas que de ello se desprenden. Complementa diciendo que es fundamental ser conscientes de su existencia e irracionalidad, para cambiarlas por pensamientos más adaptativos. Si bien, habla de modificar creencias, en ninguna parte dice que el terapeuta no deba comprender genuinamente a su paciente, y tampoco dice que haya que dejar de tolerar aquellas ideas del paciente que sí resulten adaptativas.

Para Rogers (1961, citado en Gelsi, 2011) cada persona observa la realidad del mundo desde su propia perspectiva que, si bien es única, resulta compatible y complementaria con la de otros. No se trata de identificarse con el cliente, ni de imaginar cómo sería vivir lo que está viviendo, sino de vivir la experiencia del otro como si fuera propia y sin dejar de ser uno mismo. Y de hecho, en la interacción del terapeuta y el cliente, ambos resultan transformados. Así pues, resulta necesario que el terapeuta sepa identificar lo que se espera de él.

La empatía constituye la base la comunicación eficaz entre terapeuta y cliente, ya que crea seguridad, facilitando que se confíe en el terapeuta para centrarse en el aquí y el ahora y darse cuenta de lo que resulta necesario. No obstante, el terapeuta puede, sin darse cuenta, empatizar excesivamente con el cliente, y atender más su experiencia que la propia. Esto es algo que hay que evitar, porque no se puede salvar ni beneficiar a ningún paciente si se abandonan las propias necesidades.

Y a este respecto, se tienen identificadas por lo menos dos situaciones en que la empatía se constituye en un riesgo para el proceso terapéutico: la primera es cuando el terapeuta la usa para desconectarse de sus propias dificultades, o dicho de otro modo, empatiza con el otro para evadir los problemas que le aquejan. La segunda es cuando se limita a consolar a la otra persona y evita aquellas intervenciones que confronten al paciente con su problema para que verdaderamente lo resuelva.

2. LA EMPATÍA TERAPÉUTICA

Para Frankl (1989) la búsqueda del sentido de la vida constituye la esencia de esta. Si, por el contrario, no se encuentra el sentido de la vida, el poder y el placer vuelven los principales motores que guían el comportamiento de la persona, aumentando el sinsentido y la experiencia de vacío existencial. A ese respecto señala que ninguna persona debe juzgar, a menos que esté completamente segura de que en una situación similar no haría lo mismo. Por tanto, la labor del terapeuta es comprender a las personas sin juzgarles y ayudarles en el proceso de búsqueda de sentido.

Unikel (2006) señala lo siguiente:

“una de las premisas básicas del trabajo terapéutico es validar la experiencia del paciente; es decir, que lo que él o ella expresa es su verdad, y por tanto incuestionable desde su perspectiva. Este es el principio de la empatía y del encuentro con el otro. Desde esa posición intento conocer, comprender y respetar al mundo de la persona que tengo enfrente” (Unikel, 2006, p. 65).

Este teórico rescata dos aspectos comunes a todas las escuelas sistémicas: la validación de los puntos de vista de los consultantes, bajo la premisa de que cada persona construye su realidad, y la consideración de su contexto sociocultural, puesto que forma parte de determinados sistemas de los que no es posible aislarle.

Hasta aquí se ha hecho un recuento de la importancia y cómo algunos teóricos con experiencia clínica conciben y emplean la Empatía. Por lo que es preciso contar con formas de medirla para saber cuáles aspectos del constructo necesitan seguir desarrollando en su persona y con ello optimizar su labor. Ello se aborda en el capítulo siguiente.

LA MEDICIÓN EN PSICOTERAPIA

En este capítulo se abordan los conceptos de medición e investigación, su importancia para el ámbito de la Psicología, y particularmente para la Psicoterapia. Asimismo, se describen algunas escalas que se han desarrollado para medir la Empatía, sus aspectos relevantes, sus deficiencias y la necesidad de otro instrumento más adecuado para la población que aquí se pretende evaluar.

La Psicología es un campo del saber con poco tiempo de existencia (aproximadamente desde 1879 con los trabajos de Wilhelm Maximilian Wundt) en comparación con otros más longevos como la Filosofía o la Medicina (Morris & Maisto, 2005). Desde sus inicios han existido gran cantidad de teóricos con ideas muy diversas, que han derivado en incontables teorías y modelos acerca del objeto de estudio de esta disciplina y los métodos, estrategias, técnicas y procedimientos que han de ser empleados para la obtención de datos que permitan generar conocimiento propio del área (op cit).

Asimismo, la rama clínica de la Psicología es quizá en la que más teorías y modelos existen (Garfield, 1979). Algunos de ellos se centran en el inconsciente, otros en la conducta observable, otros buscan el crecimiento personal y el desarrollo de las propias cualidades, otros se centran en la interacción familiar, otros en el sentido de la vida y algunos más tratan de comprender al ser humano en forma holística. Cada uno de ellos se caracteriza por tener ideas particulares acerca de lo que se considera normal en las personas (o de que no puede establecerse un concepto de normalidad), de cómo surgen los problemas y/o patologías, de cuántas y cuáles son las formas más adecuadas de intervenir, así como la duración que han de tener los tratamientos.

A diferencia de otras disciplinas, la Psicología se caracteriza por asignar valores numéricos no solo a los aspectos conductuales de las personas, sino también a aquellos atributos que no se pueden observar de manera directa. Ello explica la necesidad de una rama que se encargue de lo anterior.

3. LA MEDICIÓN EN PSICOTERAPIA

Se denomina Psicometría a la subdisciplina de la Psicología encargada de generar teorías y modelos acerca de la medición de capacidades o cualidades conductuales, cognitivas y afectivas en los seres humanos. Sus características principales son el uso de las matemáticas para expresar atributos que no siempre se pueden observar directamente, así como la posibilidad de ser usada en prácticamente todas las ciencias sociales y de la salud.

Regularmente las personas a nivel individual constituyen el objeto de medición, aunque también pueden serlo los grupos e instituciones. En seguida se detalla por qué es importante investigar en el área y contar con instrumentos de medición.

No todas las características del ser humano se pueden apreciar a simple vista, y ello puede constituir un obstáculo para la producción de conocimiento y su posterior aplicación a mejorar aspectos de la vida cotidiana. En tales casos se recurre a la investigación, que a su vez se vale de procedimientos como la experimentación, la observación o la medición. Todos los modelos de terapia expuestos anteriormente utilizan la investigación para generar nuevas formas de intervenir, aunque difieran en los procesos que para ello utilizan.

La investigación es indagar para descubrir algo, pero mediante actividades sistemáticas, ordenadas y rigurosas que aumenten el conocimiento de un determinado tema. Es decir, que tales actividades han de ser planeadas y llevadas a cabo con profundo rigor y orden, de modo que los resultados sean válidos y confiables. Más adelante se habla de dichas propiedades.

Gracias a la investigación se conoce la historia de la humanidad, desde las culturas arcaicas hasta los países actuales. Se conocen también las etapas del desarrollo humano, las estructuras cerebrales y los diversos procesos psicológicos, además de factores asociados a temas como las relaciones de amistad, noviazgo y matrimonio; el trabajo, las enfermedades, la familia e incontables aspectos de la vida cotidiana. Puede decirse, además, que la mayor parte de los inventos y descubrimientos son producto de la investigación. Desde los anteojos, marcapasos o prótesis, pasando por la bicicleta o el motor de combustión interna, hasta el electroencefalógrafo y todas las intervenciones llevadas a cabo por profesionales de la salud.

La investigación psicológica es útil para numerosos fines: desde elaborar instrumentos que permitan medir actitudes, conductas o procesos psicológicos, generar formas de intervención para diversas problemáticas, o saber qué tan eficaz ha resultado una intervención hecha.

Puesto que todo dato científico tiene su origen más remoto en la observación, esta es la forma principal de llegar a la validación empírica de cualquier postulado que surja de un determinado modelo. Así pues, la observación constituye la base del método científico.

co y es quizá la forma más antigua de obtener información para generar conocimiento. De acuerdo con Álvarez (2019) durante el proceso de observación se puede distinguir el observador, el objeto a observar, los medios para observar, las condiciones para la observación y las interpretaciones que resulten de ella.

A diferencia de la experimentación, se puede llevar a cabo de manera metódica y sistemática para registrar comportamientos de los seres humanos y otros organismos, pero sin que exista manipulación de los mismos. Sin embargo, no todos los fenómenos psicológicos se pueden observar directamente, por lo que resulta necesario construir instrumentos de observación indirecta. En seguida se habla acerca de los mismos.

3.1. Concepto de medición

Medir es comparar una magnitud con otra de la misma clase, es registrar datos observables que representan adecuadamente los conceptos o variables que el investigador tiene en mente. En el caso de la Psicología, es también asignar cantidades a conductas o atributos de acuerdo con una serie de reglas formuladas explícitamente. Dicho de otra forma, medir es indicar cuánto de un atributo o conducta está presente. Atributo se refiere a que la medida está relacionada con una característica en particular del objeto o persona, por lo que no se mide el objeto, sino sus atributos.

Aquellas conductas o atributos para medir se denominan variables, puesto que su presencia oscila entre un conjunto de cantidades dependiendo de qué tanto hay de ella. Las variables se denominan continuas si pueden adoptar un número infinito de valores entre unidades adyacentes en su escala (por ejemplo, el peso, altura, tiempo, velocidad, etc), y se denominan discretas si no existen valores intermedios entre sus puntajes (por ejemplo, el número de hijos de una familia, el género, etc).

La medición, como elemento fundamental de la investigación cuantitativa, resulta crucial en el ámbito de la Psicología clínica, ya que permite determinar, por ejemplo, cuál tratamiento es más eficaz para reducir o contrarrestar determinado problema, si dicha forma de intervenir resulta igualmente eficaz en diferentes rangos de edades, e incluso si los resultados obtenidos se deben a las intervenciones del terapeuta o son producto de elementos ajenos al contexto terapéutico. Dicho de otro modo, en todo lo relacionado con la psicoterapia pueden formularse numerosas conjeturas o suposiciones, pero es solo mediante la investigación que puede tenerse certeza de cuáles resultan verdaderos y cuáles conviene desechar o seguir trabajando con ellos hasta obtener datos más precisos.

3.2. Características de los instrumentos de medición

Instrumento de medición es el recurso o herramienta que se utiliza para expresar numéricamente un atributo, es decir, que previamente se estableció como patrón para generar un número que expresa la relación entre el objeto de medida y el ya citado instrumento patrón. En términos sencillos, un test adecuado es aquel que registra datos observables que representan adecuadamente los conceptos o variables que el investigador tiene en mente.

De acuerdo con Flores (2021), existen elementos o situaciones que introducen errores en la medición. Algunos de los principales son los siguientes:

- a) El uso de instrumentos desarrollados en el extranjero sin haber sido validados para el contexto mexicano. Para corregirlo, es necesario que en la traducción se verifique que se mantengan los conceptos e ideas centrales, expresados en términos de uso común en la cultura donde se va a ocupar el instrumento sin que se pierda el significado original. También es útil que luego de traducir el instrumento, se retraduzca a la lengua de origen.
- b) El uso de instrumentos inadecuados para las personas a quienes se aplican. Ya sea por ocupar un lenguaje poco comprensible, o por no tener en cuenta las diferencias de género, edad, nivel académico, etc. Asimismo, hay elementos o grupos de la población que requieren instrumentos adaptados con características muy particulares, por ejemplo, personas con ceguera.
- c) Cuestiones vinculadas con los estilos personales de los participantes. - "Por ejemplo la deseabilidad social (tratar de dar una impresión favorable mediante las respuestas) o la tendencia a responder siempre de manera afirmativa.
- d) Condiciones en las que se aplica el instrumento. - Ya sea el ruido, la temperatura o la iluminación deficiente, demasiadas preguntas, poco tiempo, e incluso la aplicación virtual o telefónica. Por tanto, al aplicar, es importante no pasar por alto la comodidad de los usuarios.

Para prevenir lo anterior, hace falta estimar algunas características generales de los instrumentos de medida, entre las que resaltan las siguientes:

- a) **Precisión**, o sea la capacidad de brindar el mismo resultado en diferentes momentos, siempre que sean las mismas condiciones.
- b) **Exactitud**, es decir, que la cantidad arrojada por el instrumento sea acorde con la cantidad real que existe del mismo.
- c) **Resolución**, o sea, que la diferencia entre la cifra real del objeto y la producida por el instrumento, sea mínima.

- d) **Apreciación**, la cual se refiere a la medida más pequeña o grande que puede obtenerse mediante el instrumento.
- e) **Sensibilidad**, que es la relación de desplazamiento entre el indicador de la medida del instrumento utilizado y la medida real.
- f) **Practicidad y economía**. Tienen poco valor teórico, pero permiten elegir más fácilmente entre una opción de reactivo y otra. Por practicidad se entiende la comodidad de uso y facilidad para calificar los ítems. Por economía se entiende el costo accesible, tiempo corto de aplicación y facilidad de escrutinio.

A continuación, se hace un recuento de estudios previos acerca de la medición de la empatía en el ámbito clínico, buscando un instrumento factible de ser utilizado en el contexto de la psicoterapia en México.

3.3. Estudios sobre Empatía en prestadores de servicios de Salud Mental

Acorta et al. (2005) tradujeron al español y adaptaron para población médica mexicana la Escala de Empatía Médica de Jefferson, misma que consta de 20 reactivos diseñados para medir la empatía en sus dimensiones de “toma de perspectiva, atención con compasión y ponerse en los zapatos del paciente”; además, cada reactivo cuenta con 7 opciones de respuesta tipo Likert, donde 1 significa fuertemente en desacuerdo y el 7 fuertemente de acuerdo. Buscaron evidencias estadísticas de su confiabilidad y validez en estudiantes mexicanos de Medicina en la Universidad Autónoma de Nuevo León. Trabajaron con 1022 estudiantes de Medicina, cuya media de edad fue de 21 años; 494 de las participantes fueron mujeres, y 528 fueron hombres.

Mediante análisis factorial encontraron tres factores que corresponden a las tres dimensiones de la escala (toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para “ponerse en los zapatos del paciente”). Efectuaron también pruebas de correlación y de diferencia de medias. En cuanto a la confiabilidad, reportan que su análisis arrojó un resultado aceptable, sin especificar la cifra.

Conjeturan que las diferencias significativas en cuanto al género pueden deberse a que las mujeres sean más receptivas ante las emociones ajenas y más propensas al cuidado, mientras que los hombres tienden a buscar y ofrecer soluciones basadas en la razón. Asimismo, critican la poca importancia que se da al desarrollo de la empatía en profesionales de la salud, al no haber cursos ni talleres disponibles en el centro educativo donde efectuaron su estudio, ni acceso suficiente a sesiones de apoyo psicoterapéutico. Mencionan que, incluso, muchos docentes reprenden a los estudiantes que se muestran receptivos hacia las emociones y creencias de los pacientes, haciéndoles parecer que

3. LA MEDICIÓN EN PSICOTERAPIA

dicho trato carece de importancia.

El Instituto Gestalt de Cleveland (1999, citado en Lozano et al., 2018), cuenta con un cuestionario de su propia elaboración que evalúa doce habilidades: expresión clara, concisa y directa; enfoque en el presente, aquí y ahora; sensibilidad sensorial y conciencia corporal; conciencia emocional y su expresión adecuada; distinguir entre fenómenos observados de interpretación; conciencia de las propias intenciones y claridad para expresarlas; conciencia y respeto del momento existencial del paciente; confianza en el continuum del proceso y alianza psicoterapéutica; versatilidad para mostrar suavidad o firmeza de acuerdo a la situación; respetar y resolver situaciones emocionales con el paciente; ser atractivo sin pretender ser carismático; conciencia de la creatividad y trascendencia de su trabajo.

Beitman y Yue (2004) diseñaron un programa de formación para terapeutas que puede resultar útil para varios modelos. Dicho programa consiste en desarrollar las siguientes habilidades: escucha; intenciones y respuestas verbales del terapeuta; alianza terapéutica; razonamiento inductivo para determinar causas disfuncionales de acuerdo al enfoque psicoterapéutico utilizado; estrategias de cambio. Asimismo, utilizan formularios autoaplicables de tipo Likert para cuantificar dichas habilidades.

Lozano et al. (2018), efectuaron un estudio descriptivo transversal con el propósito de determinar el índice de confiabilidad de su instrumento.

Elaboraron 32 reactivos provisionales con opciones de respuesta tipo Likert, para luego someterlos a jueceo por parte de cuatro expertos en Psicoterapia Gestalt, a los que contactaron mediante correo electrónico. Tras el jueceo, replantearon 25 de sus ítems.

Recurrieron a un muestreo no probabilístico, ya que no les interesaba que su muestra fuera representativa de la población. Invitaron a 98 psicoterapeutas que hubieran concluido estudios de maestría en terapia Gestalt y se encontraran ejerciéndola. Solamente 51 respondieron el instrumento.

Mediante el programa SPSS construyeron una base de datos y efectuaron el análisis factorial exploratorio, logrando identificar los seis factores asociados a las fases del ciclo de la autorregulación del organismo en terapia Gestalt. Agruparon dos de los factores en la dimensión de “darse cuenta” y otros dos en la de “asimilación”. En total obtuvieron 5 dimensiones. Además, el análisis de los datos produjo un índice general de habilidades psicoterapéuticas surgido por la suma total de los 32 reactivos, indicando tres rangos: habilidades inadecuadas, medias y habilidades adecuadas.

La EPHH obtuvo un alpha de Cronbach total de $\alpha = .865$. Con un 54.58 % del total de varianza explicada en 5 factores con adecuación de muestreo pertinente ($kmo = .624$, $BartlettJiCuadrada = 879.624$, $gl = 496$, $Sig. = .000$). Lo cual les permitió identificar adecuada consistencia interna.

También encontraron que las habilidades psicoterapéuticas estuvieron fuertemente relacionadas con las subdimensiones de: Darse Cuenta ($R = .790^{**}$), Contacto ($r = .790^{**}$) y Acción ($r = .701^{**}$); medianamente con el Autodeterminación ($r = .404^{**}$) y sin correlación con la Asimilación. Se identificó relación significativa entre el Darse Cuenta con el Contacto ($r = .284^*$) y con la Acción ($r = .018$), que a su vez presenta relación con la Autodeterminación ($r = .319^*$) y esta última presentó relación significativa con la dimensión de Asimilación ($r = .342^*$). Todas estas asociaciones se presentaron en forma estadísticamente positiva, es decir, que a medida que aumenta el desarrollo de una habilidad, también aumentan las demás.

Concluyeron que su instrumento resultó con una buena consistencia interna con $\alpha = .865$ con un adecuado análisis factorial apto para ser válido y confiable en la medición de la frecuencia del uso de las habilidades psicoterapéuticas humanistas (Darse Cuenta, Contacto, Acción, Autodeterminación y Asimilación) en la práctica de procesos psicoterapéuticos que tienen lugar en la zona de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Para investigaciones futuras sugieren ampliar la muestra, así como el número de ítems para tener mayor consistencia interna y mayor confiabilidad

Para efectuar investigaciones al respecto, Mateu et al. (2009) sugieren 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. Enfatizan que, hasta el momento, casi todos los trabajos realizados sobre empatía han sido en el área anglosajona, con muy pocas aportaciones en España y América Latina. Concluyen que es necesario seguir investigando acerca de la empatía, pero con un panorama más completo que abarque la complejidad que en realidad presenta dicho constructo y tratando de integrar las diferentes posturas que al respecto existen. Asimismo, proponen incorporar elementos que a la fecha no se hayan tomado en cuenta.

Mayo et al. (2019) buscaron obtener una valoración del nivel de empatía en los médicos residentes que se encuentren realizando su especialización en un hospital docente en Lima, Perú; además de explorar las variables asociadas al nivel de empatía. Mediante un abordaje descriptivo transversal aplicaron la escala a cien médicos residentes de las especialidades de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia. Incluyeron como participante a todo médico residente del hospital, excluyendo a quienes manifestaron que no deseaban participar.

3. LA MEDICIÓN EN PSICOTERAPIA

Mencionan que la *Escala de Empatía Médica de Jefferson* ha sido validada en numerosos países hispanoparlantes, incluido el país donde se realizó su estudio. Define a la empatía con base en tres componentes: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para “ponerse en los zapatos del paciente”. Está compuesto de 20 ítems con opciones de respuesta tipo Likert, mismas que tienen un puntaje del 1 al 7, desde “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”. Tiene un puntaje mínimo de 20 y máximo de 140, siendo el nivel de empatía directamente proporcional al puntaje que se obtiene.

Asimismo, ocuparon una ficha de recolección de datos para evaluar posibles factores asociados al nivel de empatía: género, edad, estado civil, tenencia de hijos, año de residencia, años de haber egresado de la licenciatura, modalidad de ingreso a la residencia, área de especialidad y si llevó algún taller o curso relacionado a la empatía.

Con la información obtenida construyeron una base de datos en el programa Microsoft Excel y la analizaron con el programa STATA v14.0. determinaron las medidas de tendencia central y la variabilidad de las variables, así como los cuartiles 25, 50 y 75, indicando qué puntajes menores o iguales al cuartil 25 denotan empatía baja, de 26 a 75 denotan empatía media, y de 76 a 100 denotan empatía alta. Efectuaron el test de Shapiro-Wilk para buscar normalidad en los resultados, y al no hallarla, recurrieron a pruebas no paramétricas. Usaron la U de Mann-Whitney para las variables dicotómicas, la prueba de Kruskal-Wallis para variables politómicas y la Chi-cuadrada para los cuartiles, así como la prueba de Correlación de Spearman para las variables continuas, considerando un $p < 0.05$ como significativo.

El 52 % de los encuestados correspondieron al género femenino, una amplia mayoría 84 % fueron solteros, y 91 % no tenían hijos. En cuanto al puntaje total obtenido, se observa que la media fue de 112,88 con desviación estándar de 14,51, la mediana resultó ser 115 y el coeficiente alfa de Cronbach fue 0,82. El 50 % pertenecen a medicina interna, 26 % a cirugía, 10 % a gineco-obstétrica y 14 % a pediatría. El 90 % de los encuestados no llevaron talleres o cursos de empatía durante su formación previa. Como dato de importancia, los residentes de pediatría obtuvieron los puntajes más altos de empatía, sin que se hayan obtenido evidencias de correlación con alguna variable sociodemográfica.

Usaron el test de correlación de Spearman para evaluar la relación entre la edad y puntaje total de los participantes, resultando en una correlación negativa débil ($\rho = -0,029$), que no resultó estadísticamente significativa ($p = 0,7676$).

Tras clasificar los puntajes del nivel de empatía en Bajo, Medio y Alto y compararlos con las otras variables en el estudio, ninguna se asoció significativamente a alguna categoría, excepto a los años de egresado, la cual contó con $p = 0,013$.

Para estudios futuros sugieren evaluar la empatía como un proceso evolutivo, utilizando diseños longitudinales. También sugieren evaluar el nivel de empatía luego de una intervención educativa en la materia.

Carlozzy et al. (2002, citados en Olivera et al., 2011) puntualizan que las definiciones de empatía difieren entre sí por el modelo terapéutico que las postula, lo cual hace imposible encontrar una definición en común. Gran parte de los psicólogos humanistas se apegan a las ideas de Carl Rogers (1975, citado en Olivera et al., 2011), quien relaciona la empatía con sentir las emociones de otro, como si fuera esa misma persona (para Rogers no basta con que el psicoterapeuta capte los sentimientos y pensamientos de su paciente, sino que debe ser capaz de comunicarlo).

Olivera et al. (2011), señalan que si bien, los diversos instrumentos sobre empatía parten de diferentes definiciones y marcos conceptuales, muchos de ellos obtienen entre sí altos índices de validez concurrente. Ahora bien, muy pocos se han construido específicamente para el ámbito psicoterapéutico, y casi todos están orientados a medir la empatía del paciente, pasando por alto la del psicoterapeuta.

Barret y Lennard (1962, citados en Olivera et al., 2011) se basaron en las ideas de Carl Rogers para elaborar la *Escala Barrett- Lennard Relationship Inventory* (BLRI), la cual es respondida por el paciente para evaluar a su terapeuta. Contiene una subescala de empatía y cuenta con evidencia empírica que prueba una correlación positiva entre los niveles de empatía del terapeuta y los resultados de la terapia.

Bohart et al. (2002, citados en Olivera et al., 2011) construyeron una versión modificada de la Escala Barrett- Lennard, la cual puede ser autoaplicada por el terapeuta. Sin embargo, aclararon que su versión de la escala no predice el resultado de la terapia ni correlaciona con instrumentos que responden los pacientes para evaluar al terapeuta.

García (2017) efectuó un estudio descriptivo, no experimental, de tipo transversal, en 53 pasantes de licenciatura en Psicología que prestaron servicio social en el programa de apoyo psicológico por teléfono de la Facultad de Psicología de la UNAM. Buscó identificar qué aspectos de la Empatía predominan en los terapeutas del centro de atención telefónica. Utilizó la *Escala Multidimensional de Empatía: Escala de Apreciación y Sensibilización Emocional* (EASE) de Díaz, Andrade y Nadelsticher. Encontró que los terapeutas prestadores de servicio social en el call center de la UNAM presentan puntajes altos de empatía, distribuidos de manera uniforme entre sus dos dimensiones: afectiva y cognoscitiva.

3. LA MEDICIÓN EN PSICOTERAPIA

Respecto de la escala, reporta que los autores consideran que para la comprensión del constructo Empatía es necesario considerar e integrar sus dimensiones, por lo cual utilizaron lo afectivo y lo cognitivo como dimensiones a medir, teniendo en cuenta las conductas en que estas dimensiones se manifiestan. Ello concuerda con la definición propuesta por Silva (2017, p. 32).

La presente escala se ha adaptado por lo menos dos veces, la primera para su uso en población con un rango de edad distinto al del primer estudio (Andrade y Zacarías, 2015) y la segunda para su uso en otro país (Méndez et al., 2011). En seguida se dan a conocer datos sobre dichas adaptaciones.

Andrade y Zacarías (2015) pudieron identificar que la Escala Multidimensional de Empatía no resulta apta para población infantil ni adolescente, debido a su extensión y el lenguaje utilizado. Así pues, decidieron hacer una adaptación. Trabajaron en cuatro escuelas primarias, reuniendo una muestra no probabilística de 204 participantes, 99 niños y 105 niñas de entre 10 y 13 años. Su media fue de 11.49 y su desviación estándar fue de 0.73. De la muestra, 45.6 % cursaban quinto de primaria y 54.4 % sexto grado en escuelas públicas de la ciudad de Colima.

Encontraron la misma cantidad de dimensiones que en la escala original, pero con un número disminuido de reactivos. Los resultados de los análisis de consistencia interna reportaron un coeficiente *alfa* de 0.86.

Por su parte, Méndez et al. (2011) consideran que, dada la necesidad de diagnosticar y mejorar las deficiencias en el funcionamiento psicológico, un objetivo valioso ha sido desarrollar instrumentos con aplicaciones clínicas. Realizaron una adaptación de la *Escala Multidimensional de Empatía* para su uso en población estadounidense.

Tradujeron la escala y sometieron su traducción a juicio por parte de dos estudiantes universitarios nacidos en México, quienes actualmente residen en los Estados Unidos. Posteriormente administraron el instrumento a 131 estudiantes hombres y 344 mujeres.

La escala se analizó por separado utilizando el método de componentes principales con una solución de rotación varimax. Solamente se aceptaron aquellos factores con valores propios superiores a 1,0 y con al menos tres coeficientes de ítem con valores absolutos superiores a 0,4. El análisis arrojó cuatro factores después de los cuales, la varianza explicada disminuyó considerablemente. La proporción de varianza explicada por cada uno de los cuatro factores fue de 21 %, 14 %, 5,9 % y 3,2 %. El primer factor, Compasión Empática extrajo 13 ítems de tres subescalas de la escala mexicana original. El segundo y cuarto factor consistieron en seis ítems Indiferencia y seis Perturbación, respectivamente. El tercer factor, Empatía cognoscitiva, se compuso de siete elementos. Los factores Compasión Empática, Indiferencia a los demás, Empatía cognoscitiva y Perturbación propia les arrojaron coeficientes *alfa* de 0.91, 0.79, 0.85 y 0.79, respec-

tivamente.

Comentan además que el factor Empatía Cognoscitiva no había sido identificado en escalas desarrolladas en los Estados Unidos, lo cual puede deberse a diferencias culturales. Explican que, a medida que avanza la investigación sobre el constructo en los diferentes países, pueden irse encontrando nuevos y más diversos factores.

De acuerdo con Lozano et al. (2018), los instrumentos para medir habilidades psicoterapéuticas son una guía objetiva para mantener e incrementar la calidad del trabajo del terapeuta, independientemente del modelo terapéutico con que se trabaje. Permiten obtener retroalimentación sobre las habilidades que ya se poseen y aquellas que conviene seguir desarrollando. Pueden usarse a nivel individual, grupal o institucional. Además, promueven la ética en el desempeño de la labor, al fomentar la capacitación permanente.

Bautista et al. (2016) mencionan que existe gran cantidad de instrumentos disponibles para medir el constructo, pero están desarrollados en Europa o Estados Unidos, por lo que, si se buscan escalas desarrolladas para las características y necesidades de la población mexicana, las referencias son escasas. Como único ejemplo para adultos mexicanos señalan a la *Escala Multifactorial de Empatía* de Díaz-Loving, Andrade Palos y Nadelsticher.

Lozano et al. (2018), señalan que existe poca literatura sobre la evaluación de habilidades psicoterapéuticas. Si la búsqueda se reduce a estudios efectuados en países de habla hispana, las investigaciones son aún más escasas; y si se buscan estudios hechos con población mexicana, la información empírica es casi inexistente.

De acuerdo con Norcross (2002, citado en Mateu et al., 2009), en 2002 la APA informó en su documento *“Psychotherapy Relations that Work”* que la empatía constituye una variable importante para que se produzca el cambio terapéutico y es necesario respaldarla empíricamente.

Para Olivera et al. (2011), la empatía es una de las variables máspreciadas, estudiadas e investigadas en el contexto psicoterapéutico. Sin embargo, es difícil de abordar porque no hay un consenso sobre su definición conceptual y los diferentes teóricos la entienden de manera distinta. Esto ha dado lugar a muchas posturas. Ante la diversidad de opiniones, muchos investigadores se centran en uno solo de los aspectos, ya sea el cognitivo, el afectivo o el conductual, y efectúan sus estudios con base a uno solo de ellos, aportando evidencias que si bien, constituyen información valiosa, incrementan la polémica que hay en torno al constructo. De hecho, en casi todos los artículos publicados se alude a la multiplicidad de definiciones con que cuenta el término.

Ahora bien, muchos de los instrumentos disponibles se elaboraron hace varias décadas, por lo que el tiempo transcurrido puede hacer que la población actual tenga carac-

3. LA MEDICIÓN EN PSICOTERAPIA

terísticas diferentes a las originales y ello vuelve cuestionable la validez y la confiabilidad de tales instrumentos. Asimismo, casi todos ellos han sido diseñados en países angloparlantes, los cuales tienen características geográficas, sociales, culturales, económicas, históricas y políticas distintas a las de la población que se pretende evaluar en el presente estudio.

Tomando en cuenta que los estudios previos aseveran la importancia de la empatía como habilidad fundamental para el establecimiento de la relación terapéutica y logro de metas planteadas con los pacientes, y la falta de un instrumento adecuado para su medición en psicoterapeutas mexicanos, resulta necesaria la construcción de un nuevo instrumento compatible con las características de la población que en el presente estudio se busca medir.

Hasta aquí se ha hablado sobre la importancia de la medición y la investigación en el campo de la Psicoterapia. Y si bien, en todos los modelos terapéuticos se investiga para conocer si las intervenciones realmente contribuyen a resolver los problemas de los pacientes, cada enfoque realiza sus investigaciones de manera particular. Por ejemplo, la Terapia Cognitivo Conductual recurre casi siempre a procedimientos cuantitativos, mientras que los demás enfoques prefieren abordar cualitativamente los fenómenos que estudian.

Dado que todos los modelos tienden a investigar la eficacia de sus intervenciones, y que tienen presente la importancia de la Empatía, se tomó la decisión de construir un instrumento compatible con los siete enfoques más practicados en México (Fernández, 2017): Psicoanálisis, Psicodinámico, Cognitivo Conductual, Humanista, Existencial, Transpersonal y Sistémico. En seguida se da cuenta de los dos estudios efectuados en el presente trabajo, para la construcción y validación de la *Escala de Empatía Terapéutica EMPATER*.

METODOLOGÍA

La Empatía tiene incontables definiciones y se ha teorizado de muchas formas distintas, dando lugar a controversias sobre cuántas y cuáles son las dimensiones que integran al constructo, así como la forma de observarla y evaluarla. Por consiguiente, los instrumentos consultados para medir el nivel de empatía de profesionales de la salud mental (Acorta et Al., 2005; Mateu et al., 2009; Méndez et al., 2011; Olivera et al., 2011; Andrade & Zacarías, 2015; Bautista et al., 2016; Lozano et al., 2018) obedecen a una teoría en específico y/o están diseñados para un modelo terapéutico en particular.

Fernández (2017) señala que la Psicoterapia es uno de los servicios derivados de la investigación en humanidades y ciencias más importantes del siglo XX, siendo el Psicoanálisis, la Terapia Cognitivo Conductual, las Terapias con orientación Humanista o Existencial, y las Terapias Sistémicas, algunos de los más practicados en América Latina, aunque también se realizan otros tipos de abordaje psicoterapéutico. La mayoría de los psicoterapeutas son personas egresadas de la carrera de Psicología, y aunque no en todas las regiones se considera a los estudios de Posgrado y la Certificación de competencias como requisitos para ejercer la disciplina, constituyen sellos de calidad.

Si bien, la Residencia en Terapia Familiar posee un carácter profesionalizante, profundizando en el aprendizaje del Enfoque Sistémico, forma parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (2023), que tiene como Misión:

“Preparar para la investigación, la docencia y la práctica profesional de alto nivel a hombres y mujeres que desarrollen capacidades de pensamiento complejo y crítico, para la creación y recreación de conocimiento. Así como formar profesionales en Psicología con sentido ético y compromiso con la realidad social, que contribuyan al desarrollo de la psicología como ciencia, y coadyuven en la identificación y solución de problemas nacionales” (UNAM, 2023).

Y como Visión:

“Mantener el mejor sistema de Posgrado en Psicología del país, en términos de su calidad, diversidad, y en respuesta a los requerimientos de la investigación, la educación superior y los sectores productivo, social y gubernamental. Esta visión también implica formar psicólogos especializados capaces de generar métodos, técnicas y procedimientos para la evaluación, diagnóstico, intervención y prevención en las áreas aplicadas, e innovar mediante su participación directa en proyectos de investigación y de la intervención in situ” (UNAM, 2023).

Todo ello, aunado a lo expuesto en los capítulos 1 al 3 de esta Tesis, motivó la elaboración de la *Escala de Empatía Terapéutica (EMPATER)*, misma que demandó que se llevaran a cabo dos estudios. El primero, con el objetivo de producir reactivos y que los mismos fueran evaluados por personas expertas en psicometría y/o en psicoterapia, a fin de depurar la escala y eliminar aquellos ítems que no fueran útiles para medir el constructo. El segundo, con el propósito de que aquellos reactivos que obtuvieron un dictamen favorable por parte de los jueces se aplicaran a una muestra representativa de psicoterapeutas mexicanos, para determinar sus propiedades psicométricas.

A continuación, se proporcionan detalles acerca de ambos estudios.

4.1. Estudio 1. Escala de Empatía Terapéutica (EMPATER). Validez de Contenido

En capítulos anteriores se expuso la importancia que tiene la Empatía en Psicoterapia, puesto que permite a los terapeutas establecer relaciones de confianza y cooperación con los clientes, de manera que expongan abiertamente sus problemas, necesidades e inquietudes, y pongan en práctica las sugerencias que se les hacen en cada sesión, logrando cumplir sus objetivos. También se expuso la relevancia de la medición en el ámbito terapéutico, y la necesidad de contar con un instrumento válido y confiable que evalúe el constructo en psicoterapeutas mexicanos.

Para cumplir lo anterior, es indispensable que el instrumento esté compuesto de reactivos acordes con las dimensiones del constructo, que sus ítems sean entendibles para la población a que se dirigen, y que aporten información veraz sobre hasta qué punto el participante posee las características que se están evaluando. Una forma de corroborar dichas propiedades en los ítems del instrumento es recurriendo al conocimiento y experiencia de otros profesionales. Es decir, seleccionar un grupo de personas expertas en el constructo que se desea medir, solicitándoles que analicen el contenido y expresen su opinión sobre el mismo.

Blanco (2015) hace hincapié en la necesidad e importancia de que los nuevos instrumentos, o las adaptaciones de otro ya existente, se sometan al juicio de personas expertas y se cuantifique su dictamen para determinar estadísticamente hasta qué punto los reactivos son útiles para medir el constructo deseado. Por su parte, Galicia et al. (2017) expresan que la validación por expertos puede realizarse haciendo uso de los adelantos tecnológicos y herramientas virtuales disponibles, lo cual aminora los costos y reduce el tiempo que se invierte para tal propósito. En ello consiste este primer estudio.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el índice de validez de contenido de la Escala de Empatía Terapéutica?

Objetivo

Determinar si los reactivos de la Escala de Empatía terapéutica son apropiados para medir el constructo, de acuerdo con los criterios establecidos por Fleiss en su índice Kappa (Pedrosa et al., 2013).

Constructo Empatía

Silva (2017) recomienda las siguientes definiciones:

- **Definición conceptual.**- Se entiende por Empatía la habilidad para ponerse en el lugar de la otra persona, comprendiendo sus experiencias, creencias, ideas y sentimientos, así como para comunicarle que se le comprende.
- **Definición operacional.**- Se integró una escala con 54 reactivos que consideran tres dimensiones del constructo: cognitiva (18 reactivos), conductual (18 reactivos) y emocional (18 reactivos).

Cognitiva. Es el conocimiento que posee el terapeuta de las ideas y creencias del paciente con que trabaja, y aceptación de las mismas aunque no concuerden con las propias. Por ejemplo, el reactivo 19: “logro ver los problemas de mis pacientes como ellos lo hacen”.

Emocional. Es la identificación que hace el terapeuta de los sentimientos del paciente con quien trabaja, y el reconocimiento que se hace de los mismos como válidos. Por ejemplo, el reactivo 25: “me regocijo cuando mis pacientes se sienten bien”.

Conductual. Es la comunicación que hace el terapeuta hacia su paciente mediante acciones, prescripciones o intervenciones. Por ejemplo, el reactivo 15: “le comunico a mis pacientes las fortalezas que descubro en ellos”.

4. METODOLOGÍA

4.1.1. Método

Participantes

De manera no probabilística e intencional se invitó a cinco personas para que fungieran como jueces de las características del instrumento (Tabla 1). Sus edades oscilaron entre 33 y 56 años de edad ($M = 34, DE = 10.406$), con experiencia laboral de entre 3 y 34 años ($M = 12, DE = 12.720$).

Tabla 1. Datos Académicos y Laborales de los jueces

Número de Juez	Edad	Género	Grado Académico	Ámbito de competencia			Años ejerciendo	Sector donde labora	
				Docencia	Investigación	Psicoterapia		Público	Privado
1	56	Mujer	Doctorado	X	X	X	34	X	
2	29	Mujer	Doctorado	X	X		5	X	
3	38	Hombre	Maestría	X		X	9	X	
4	36	Mujer	Doctorado	X	X		3		X
5	33	Mujer	Maestría	X		X	7		X

En apego al Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010), se dio a conocer a los jueces el propósito del estudio, se les aseguró la confidencialidad de sus datos personales, laborales y académicos, y se les ofreció comunicarles los resultados en caso de que lo desearan. Asimismo, se buscó proceder conforme a las bases generales del ya citado código, principalmente en lo que atañe al respeto a los derechos y a la dignidad de las personas.

Instrumento

La Escala de Empatía Terapéutica (EMPATER) es un instrumento elaborado para medir la competencia de los psicoterapeutas mexicanos para entender al consultante en cuanto a sus experiencias, ideas y sentimientos, así como para comunicarle que se le comprende (Silva, 2017).

Se construyó con 54 reactivos, distribuido en tres categorías (conductual, emocional y cognitiva). Cada reactivo fue evaluado en los siguientes aspectos: 1) Dimensión a la que los jueces consideran que pertenece el reactivo; 2) pertinencia es decir, si el reactivo es importante en relación al constructo; 3) representatividad, alude a valorar si el reactivo es acorde a su dimensión); 4) claridad, reconoce si el reactivo es comprensible para la población a la que va dirigido; y 5) relevancia, es decir, si el ítem aporta información objetiva sobre qué tanto el participante posee dicha característica). Los aspectos se cuantificaron en un nivel nominal, indicando si el reactivo cumple o no con el criterio señalado (Apéndice A).

Procedimiento

Se envió por escrito una invitación a las cinco personas expertas para que participaran en la evaluación de los reactivos, indicándoles que podían abandonar el estudio en cualquier momento si así lo decidían. Luego de haber aceptado, se les proporcionó por correo electrónico un formato elaborado en Microsoft Word 365 (Apéndice A), donde se les dieron a conocer los propósitos del estudio, las definiciones del constructo y sus dimensiones. Así, se les solicitó evaluar los reactivos tomando en cuenta cinco aspectos: dimensión, pertinencia, representatividad, claridad y relevancia.

Todos los aspectos se cuantificaron en un nivel nominal; el primero de ellos, reconocimiento de la dimensión a que pertenece el reactivo, tuvo cuatro opciones de respuesta (conductual, emocional, cognitiva, ninguna), mientras que para los cuatro aspectos restantes hubo dos opciones de respuesta (sí cumple con ello / no cumple con ello). Asimismo, se dio oportunidad a los expertos de que expresaran, en formato libre, sugerencias u observaciones adicionales. Luego de haber respondido el formato, los jueces lo devolvieron por correo electrónico.

Análisis de datos

Se conformó una base de datos en el programa SPSS versión 26. Se procedió a calcular la validez del instrumento mediante la Razón de Validez de Contenido CVR, el Índice de Validez de Contenido CVI (Tristán, 2008), la confiabilidad mediante Kappa de Fleiss (Pedrosa et al., 2013), así como eliminar reactivos que a juicio de los expertos y análisis estadístico, no contribuyeran a los propósitos de la escala.

4.1.2. Resultados

Con base en el modelo de Lawshe y las modificaciones hechas por Tristán (2008), en cada uno de los cinco aspectos señalados se calculó el acuerdo entre jueces por cada reactivo, y por último se obtuvo la validez de contenido en cada aspecto. Se procedió a eliminar aquellos ítems que resultaron inaceptables por su CVR bajo de acuerdo con el criterio < 60 (Tristán, 2008). También se eliminaron aquellos que fueron calificados de manera unánime por los jueces como no pertenecientes a ninguna dimensión, puesto que carecían de valor para los propósitos del instrumento. En total fueron descartados 12 reactivos (tabla 2).

Se calcularon nuevamente los CVI para cada aspecto evaluado por los jueces (tabla 3).

Como puede observarse, los puntajes obtenidos reflejan que los reactivos que se conservan son relevantes para medir objetiva y cuantitativamente el constructo, característicos de la dimensión a que cada uno pertenece, comprensibles para la población a que van dirigidos y pueden aportar información respecto al desempeño de los psicoterapeutas en la variable que se mide.

4. METODOLOGÍA

Tabla 2. Descripción de la tabla.

Número de ítem	Enunciado	Motivo de eliminación
2	Cuando es necesario, tengo un buen sentido de humor para apoyar a la intervención	No representativo
3	La empatía aumenta mi éxito como terapeuta	No representativo
4	Cuando atiendo a mis pacientes, me planteo su forma de ver las cosas	No pertenece a ninguna dimensión
5	Siento que las experiencias personales de mis pacientes son relevantes para la terapia	Poco claro
6	Actúo empáticamente porque es esencial en la psicoterapia	No pertenece a ninguna dimensión
11	Siento que las molestias psicológicas de mis pacientes se relacionan con lo que está pasando en sus vidas	Poco claro
18	Aplico intervenciones específicas para ayudar a mis pacientes a resolver sus problemas	No pertinente
20	Disfruto del arte y leo textos distintos a mi profesión	No pertinente, no representativo, poco claro
21	Promuevo que mis pacientes apliquen a sus problemas lo trabajado en terapia	No pertenece a ninguna dimensión
28	Me intereso por mis pacientes para que sean más afortunados	Poco claro
37	Razono la forma de ayudar a los pacientes que se hacen daño	No pertinente, poco claro
53	Cuando noto que se aprovechan de mis pacientes, siento ganas de protegerlos	No representativo
TOTAL DE REACTIVOS ELIMINADOS		12

4.1 Estudio 1. Escala de Empatía Terapéutica (EMPATER). Validez de Contenido

Tabla 3. Índices de Validez de Contenido tras eliminar los reactivos inaceptables

Aspecto evaluado	Índice de Validez de Contenido
Pertinencia	0.97
Representatividad	0.96
Claridad	0.84
Relevancia	0.92

Posterior a este análisis, se procedió al cálculo del índice *kappa de Fleiss* (tabla 4).

Tabla 4. Índice Kappa general de la escala de Empatía terapéutica

Kappa	Error Estándar	Z	Valor de P	Nivel de confianza más bajo 95 %	Nivel de confianza más alto 95 %
0.643	0.034	-	0	0.576	0.710

Respecto al índice Kappa de Fleiss, Elorza (2008) establece que se considera buena si los valores se encuentran entre .40 y .75, por lo que el puntaje obtenido ($K = .64$, $P = .000$) denota que los expertos que revisaron el instrumento se hallan de acuerdo en la mayor parte de los aspectos evaluados, y si el instrumento se somete a verificación por parte de otras personas instruidas en la materia, se pueden obtener evaluaciones semejantes.

Y respecto a cada una de las dimensiones (tabla 5), se obtuvo lo siguiente:

Tabla 5. índices Kappa por categoría

Categoría	Probabilidad condicional	Kappa	Error estándar	Z	Valor de P	Nivel de confianza más bajo 95 %	Nivel de confianza más alto 95 %
Conductual	0.795	0.674	0.049	13.806	0	0.578	0.769
Emocional	0.849	0.744	0.049	15.247	0	0.648	0.84
Cognitiva	0.619	0.524	0.049	10.735	0	0.428	0.619
Ninguna	0	-0.019	0.049	-0.398	0.691	-0.115	0.076

En lo conductual, lo emocional y lo cognitivo hay un grado significativo de acuerdo entre los jueces sin que pueda afirmarse que es producto del azar, por lo que cada sección de la prueba puede servir para realizar mediciones de la parte del constructo que representa. En cuanto a los valores obtenidos para la categoría 4 (no perteneciente a ninguna dimensión) se esperaba obtener un puntaje reducido, ya que se eliminaron los reactivos que, por unanimidad, los jueces determinaron como no útiles para el instrumento.

4. METODOLOGÍA

La escala quedó entonces con un total de 42 reactivos, de los cuales 14 corresponden a la dimensión conductual, 13 a la emocional y a 15 la cognitiva.¹

4.1.3. Discusión

Como se mostró en el capítulo 3, los instrumentos disponibles en México para evaluar Empatía suelen estar dirigidos a personal médico o a público en general, y en la mayoría de los casos constituyen adaptaciones de otros desarrollados en países angloparlantes. La carencia de escalas elaboradas específicamente para medir el constructo Empatía en psicoterapeutas mexicanos motivó la construcción de la escala EMPATER.

En el presente estudio se buscó conocer si, a criterio de personas expertas en Psicometría y/o en Psicoterapia, los reactivos de la Escala de Empatía Terapéutica son acordes con las bases teóricas del constructo que se pretende medir, ya que no todas las características de las personas se perciben a simple vista, y es necesario observarlas de forma indirecta mediante instrumentos de medición.

Los textos vigentes concuerdan en que no basta con solamente traducir los reactivos de pruebas ya existentes, ni aplicarlas sin más a otra población. Resulta indispensable asegurarse de que el instrumento que se ocupa es adecuado para las características particulares del tipo de población a que se aplica. Respecto de ello, García y Zanatta (2022) exponen que generar un nuevo instrumento a partir de la teoría conlleva procedimientos y gastos muy semejantes a los que supone la adaptación de pruebas que ya existen. Ello da prueba de la pertinencia del estudio presente.

El hecho de que solamente se tuvieron que suprimir 12 items, de los 54 que originalmente componían la escala, indica que estos fueron redactados de manera óptima y acorde con los criterios establecidos para la elaboración de reactivos (Reidl et al., 2020). Luego de haber eliminado los reactivos no pertinentes, las tres dimensiones conservan cantidades semejantes de items, variando solamente por uno o dos de ellos. Al mantenerse las tres dimensiones (conductual, emocional y cognitiva), se observa concordancia con la perspectiva multidimensional propuesta por Silva (2017).

De igual manera, los reactivos que se conservaron tras haber realizado los análisis estadísticos, respaldan lo propuesto por diversos autores (Acorta et al., 2005; Cosacov, 2007; Mateu et al., 2009; Consuegra, 2010; Weakland, 2010; Salgado, 2015; Bautista et al., 2016; Mayo et al., 2019) en cuanto al hecho de que la empatía terapéutica se hace presente al buscar conocer las necesidades y características particulares de cada paciente, comunicarles que se les comprende, y elegir intervenciones adecuadas para

¹Acosta, M. J.L. y Flores, H. L.M. (2023). Evidencias de validez de contenido de una escala de empatía para psicoterapeutas mexicanos. *Revista Alternativas en Psicología*, 27 (51), 57 – 68.

cada caso particular.

Una de las fortalezas del estudio radica en la construcción, por parte de profesionales mexicanos, de una escala pensada especialmente para el contexto terapéutico mexicano. Conjuntamente, se trata de un instrumento dirigido a psicoterapeutas, quienes de acuerdo con Beitman y Yue (2004), no siempre son evaluados de manera objetiva en cuanto a sus habilidades.

Ahora bien, la obtención de validez de contenido resulta necesaria, más no suficiente para poder asegurar que un instrumento mide lo que se pretende en la población para la que ha sido elaborado. Es necesario obtener evidencia de otras formas de validez.

Se sabe que demasiadas preguntas pueden fatigar a las personas que contestan la prueba, haciendo que sus respuestas sean diferentes a lo que contestarían en otras circunstancias. No obstante, García y Zanatta (2022) sugieren que se conserve una cantidad considerable de reactivos antes de proceder a la siguiente aplicación, puesto que en los análisis subsecuentes se puede llegar a eliminar gran parte de ellos, lo cual fue considerado en esta primera versión del instrumento.

Se cumplió el objetivo, ya que el instrumento posee concordancia entre sus reactivos y los aspectos teóricos en los que se basan, es acorde a las tres dimensiones del constructo, comprensible para la población a la que va dirigido y puede aportar información objetiva sobre qué tanto los terapeutas mexicanos poseen dichas características.

Una vez que se obtuvo de forma cuantitativa la validez de contenido del instrumento, es conveniente obtener validez por parte de la población a la que va dirigido para conocer el comportamiento estadístico de los puntajes que se obtengan en los ítems, así como nuevas evidencias de validez, y determinar la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas si se les examina en distintas ocasiones con el presente instrumento.

4.2. Estudio 2. Validez y Confiabilidad de la Escala de Empatía Terapéutica EMPATER

Si bien, la escala fue depurada mediante el juicio de personas expertas y los análisis estadísticos pertinentes, conservando únicamente aquellos reactivos que satisficieron las condiciones de pertinencia, representatividad, claridad y relevancia, ello no basta para comenzar a utilizar el instrumento. Es necesario tener certeza de que lo señalado por los jueces se cumple en la población a la que va dirigida la prueba.

4. METODOLOGÍA

La Secretaría de Salud (2022) menciona en México residen 129 millones de habitantes, de los cuales, 307 592 son Psicólogos titulados (0.23 % de la población). Cada año, 15 millones de personas (11.62 % de quienes habitan en territorio nacional) solicitan atención por parte de Psicólogos y otros profesionales de la salud mental. Sin embargo, las personas que se encuentran recibiendo atención oportuna constituyen menos del 12 % de la población.

Espinosa et al. (2018) aclaran que los mexicanos suelen acudir a terapia casi siempre cuando se hallan en crisis, luego de haber intentado soluciones aparentes que no dieron el resultado deseado. Y, aun así, hay personas que ni siquiera estando en crisis se deciden a tomar terapia, ya que consideran que no produce beneficios, y prefieren recurrir a sus amigos, a ministros religiosos (sacerdotes, pastores, etc.), a prácticas esotéricas o desahogarse en redes sociales.

Todo ello pone de manifiesto la necesidad e importancia de que los Psicoterapeutas se conduzcan con Empatía hacia las personas que atienden.

Ahora bien, en México se practican una gran variedad de enfoques terapéuticos, tales como Psicoanálisis, Cognitivo Conductual, Humanista, Transpersonal, Gestalt o Sistémico, entre otros. Y si, por un lado, cada modelo cuenta con bases epistemológicas precisas y formas particulares de evaluar e intervenir, todos comparten características como el hecho que sus procedimientos son resultado de varios ensayos y correcciones previas, que son estudiados y analizados por expertos, y que buscan generar cambios en las vidas de las personas.

Beitman y Yue (2004) puntualizan que las posibles definiciones de psicoterapia están influidas por los paradigmas del modelo de donde provienen, y que lejos de permitir llegar a un consenso, tales paradigmas han generado confusión y pugna entre las diversas escuelas. Martorell (1996), por su parte, expresa que las disputas entre modelos terapéuticos se deben principalmente a sus practicantes actuales, no a los precursores, y su incompatibilidad es solo aparente.

Y a propósito de lo anterior, el propio Martorell señala:

“Freud cambia más veces sus posiciones de acuerdo a los datos que observa que lo que están dispuestos a hacer muchos freudianos; Skinner cita a Freud con más acierto y respeto que la mayoría de los conductistas; Maslow se desmarca abiertamente de los psicólogos humanistas que se declaren anti freudianos y anti conductistas, y finalmente, por no extendernos más, Bateson dedica unas páginas ejemplares al Psicoanálisis, combinando la exigencia con el reconocimiento, mostrando una actitud que pocas veces se encuentra en sus seguidores, incluyendo entre ellos a algunos autores de renombre” (Martorell, 1996, p. 12).

López (2004; 2012), resalta la importancia de que los terapeutas exploren los aportes de otros enfoques distintos al que regularmente practican, no necesariamente para cambiar de modelo, sino para contar con un panorama más amplio de cómo surgen los problemas de las personas y lo que se puede hacer para resolverlos.

Así pues, el hecho de que existan barreras clínicas y epistemológicas que separan a las distintas escuelas de psicoterapia, no significa que dichas barreras no se puedan trascender. Por lo ya expuesto, se decidió integrar la muestra con terapeutas de distintos enfoques. Pero como es imposible evaluar a todas aquellas personas de nacionalidad mexicana que ejercen la psicoterapia, se recurrió a obtener una muestra que por su tamaño y características (Reidl et al., 2020) fuera representativa de dicha población. En seguida se detallan los hallazgos.

4.2.1. Método

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas (Confiabilidad, Validez y Estructura Factorial) de la *Escala de Empatía Terapéutica EMPATER*?

Objetivo

Aportar evidencia de la validez, estructura factorial y confiabilidad de la escala.

Participantes

La muestra se constituyó en apego al criterio de tener un tamaño igual a 5 veces el número de reactivos (Abad et al., 2006). Se trabajó con 230 participantes, con edades entre los 22 y los 81 años ($M = 37.93$, $DE : 10.81$) todos ellos habitantes de la República Mexicana, o mexicanos que residen en el extranjero. Asimismo, cuentan con licenciatura en Psicología ya concluida, y/o estudios de posgrado en psicoterapia, así como experiencia ejerciendo tal profesión. De las personas que participaron, 153 se identifican como mujeres y 77 como hombres. Nadie reportó identificarse con un género distinto a los anteriores, aunque sí se les dio esa opción. Quienes accedieron a participar, llevan ejerciendo entre 1 y 47 años ($M = 8$, $DE = 9.141$).

Los participantes habitan en 28 diferentes estados de la república, y seis de ellos radican en el extranjero, pero poseen nacionalidad mexicana (tabla 6).

4. METODOLOGÍA

Tabla 6. Número de participantes por cada Entidad Federativa

Ubicación	Frecuencia	Porcentaje
Aguascalientes	1	0.4
Baja California	4	1.7
Ciudad de México	90	38.5
Chihuahua	9	3.8
Coahuila	2	0.9
Colima	2	0.9
Durango	5	2.1
Estado de México	41	17.5
Guanajuato	2	0.9
Hidalgo	4	1.7
Jalisco	7	3
Michoacán	1	0.4
Morelos	2	0.9
Nayarit	2	0.9
Nuevo León	17	7.3
Oaxaca	2	0.9
Puebla	6	2.6
Querétaro	1	0.4
Quintana Roo	2	0.9
San Luis Potosí	5	2.1
Sinaloa	4	1.7
Sonora	2	0.9
Tabasco	1	0.4
Tamaulipas	1	0.4
Tlaxcala	2	0.9
Veracruz	3	1.3
Yucatán	5	2.1
Zacatecas	1	2.1
Vive en el extranjero	6	2.6
Total	230	100

4.2 Estudio 2. Validez y Confiabilidad de la Escala de Empatía Terapéutica
EMPATER

En cuanto al nivel educativo, algunos participantes poseen la licenciatura concluida, otros cuentan con formación adicional a su licenciatura (diplomados, seminarios, etc.), algunos otros poseen especialidad, otros maestría, y otros más tienen doctorado (tabla 7).

Tabla 7. Escolaridad de los participantes

Grado académico	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura concluida	22	9.4
Licenciatura concluida y formación adicional (Diplomado, Seminarios, etc.)	33	14.1
Especialidad concluida	92	39.3
Maestría Concluida	72	30.8
Doctorado concluido	15	6.4
Total	230	100

Asimismo, 64 personas (27.8 % de la muestra) se encuentran cursando algún grado educativo (tabla 8).

Tabla 8. Grado académico que están cursando los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	166	70.9
Especialidad	15	6.4
Maestría	35	15
Doctorado	18	7.7
Total	230	100

Nota: No se incluyó la licenciatura porque todos los terapeutas que participaron en el estudio se encuentran titulados de ese nivel.

4. METODOLOGÍA

En cuanto al modelo que se utiliza, reportaron los siguientes: Psicoanálisis o Psicodinámico, Cognitivo Conductual, Humanista/existencialista, Transpersonal, Gestalt, Sistémico, y algunos más reportaron practicar otro modelo sin especificar cuál (tabla 9).

Tabla 9. Modelos psicoterapéuticos que utilizan los participantes

Modelo	Frecuencia	Porcentaje
Psicoanálisis o Psicodinámico	36	15.4
Cognitivo Conductual	91	38.9
Humanista/Existencialista	10	4.3
Transpersonal	7	3
Gestalt	4	1.7
Sistémico	57	24.4
Otro	29	12.4
Total	230	100

Nota. En la categoría “otro” se contemplan todos aquellos modelos no especificados.

Acerca del sitio donde laboran los participantes, 65 laboran en el sector público (27.8 %), 41 en alguna institución privada (17.5 %) y 124 de forma independiente (53 %). Asimismo, 59 prestan sus servicios de manera presencial (25.2 %), 23 los prestan en línea (9.8 %) y 152 combinan ambas modalidades (65 %).

Instrumento

La Escala EMPATER mide la habilidad para ponerse en el lugar de la otra persona, comprendiendo sus experiencias, creencias, ideas y sentimientos, así como para comunicarle que se le comprende. Consta de 42 reactivos, distribuidos en tres categorías: 14 corresponden al conocimiento que posee el terapeuta de las ideas y creencias del paciente con que trabaja, y aceptación de las mismas, aunque no concuerden con las propias (dimensión cognitiva), 13 a la identificación que hace el terapeuta de los sentimientos del paciente con quien trabaja, y el reconocimiento que se hace de los mismos como válidos (dimensión emocional), y 15 a la comunicación que hace el terapeuta hacia su paciente mediante acciones, prescripciones o intervenciones (dimensión conductual). Tiene formato de respuesta tipo Likert, con cinco opciones de respuesta: Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre, Siempre. El puntaje máximo es de 210, y el mínimo es de 42. Estuvo precedida por la sección de datos sociodemográficos.

Procedimiento

Se elaboró un formulario en Google con los 42 reactivos de la escala.

Se consultaron Memorias de Congresos de Psicología realizados en los últimos cinco años. Se recurrió a diversas agrupaciones como el Círculo Psicoanalítico Mexicano, el Instituto Mexicano de Psicooncología, el Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual, la Asociación Mexicana de Psicoterapia Gestalt, la Sociedad Mexicana de Psicología, la Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia, entre otras. También se contactó a docentes, alumnos y egresados de las residencias en Medicina Conductual, Psicología de las Adicciones, Psicoterapia para Adolescentes y Terapia Familiar, mismas que forman parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM. Se invitó a todas las personas contactadas a que respondieran el cuestionario, y se les solicitó que lo enviaran a sus colegas.

En apego a lo estipulado en los artículos 47 al 49, y 61 al 69 del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010), se obtuvo por escrito el consentimiento informado de los participantes, donde se les dio a conocer el propósito del estudio, se les explicó que no existen riesgos para su salud ni para su integridad, se les aseguró la confidencialidad de sus datos y se les ofreció comunicarles los resultados en caso de que lo deseen. Asimismo, se buscó proceder con total apego a las bases generales del ya citado código, principalmente en lo que atañe al respeto a los derechos y a la dignidad de las personas.

Análisis de datos

Se efectuaron las siguientes pruebas estadísticas:

1. *Análisis de Asimetría y Curtosis*, para saber si los datos obtenidos presentaban una distribución normal; se calculó la curtosis y la asimetría, tomando como aceptable en ambos casos un rango de -2 a 2 (Garza, 2014).
2. Discriminación de reactivos mediante prueba *T de Student para muestras independientes*, a fin de identificar si cada ítem distingue entre los puntajes mínimos y los máximos.
3. *Prueba de KMO y Esfericidad de Bartlett*, para conocer si es viable que los ítems de la prueba se agrupen en factores.
4. *Análisis Factorial Exploratorio*, con el fin de conocer los agrupamientos en factores que existen en el instrumento; Para integrar cada factor se consideraron tres criterios: a) tener al menos tres reactivos, b) que la carga factorial de los ítems fuera mayor a 0.400, y c) coherencia conceptual.

4. METODOLOGÍA

5. *Prueba de correlación de Pearson* entre los reactivos de cada uno de los factores, considerando que, al formar parte del mismo factor, se obtengan correlaciones significativas entre sí.
6. Análisis de Confiabilidad con el *coeficiente Alpha de Cronbach*

4.2.2. Resultados

Asimetría y curtosis

Con el propósito de identificar si los datos obtenidos presentaban una distribución normal. Se eliminaron diez ítems: 3, 5, 9, 12, 29, 30, 32, 33, 34 y 35, por hallarse fuera del rango aceptado, ya sea en curtosis o en asimetría (tabla 10). La escala quedó con 32 reactivos.

Discriminación de reactivos

Agrupados los datos en una distribución normal, se procedió al siguiente análisis, consistente en saber si existe discriminación entre los puntajes bajos y altos de cada reactivo. Todos los ítems se recodificaron tomando en cuenta sus percentiles 25 y 75. Posteriormente se aplicó la *prueba t de Student* para muestras independientes, en la cual todos discriminaron entre el puntaje máximo y el mínimo con una probabilidad de error al 0.00 (Apéndice B). La escala quedó entonces con 32 reactivos que discriminan significativamente.

Prueba de KMO y Esfericidad de Bartlett

Silva (2017) reconoce tres dimensiones del constructo Empatía: conductual, cognitiva y emocional, por lo cual se buscó evidencia cuantitativa de que dicha variable pueda medirse en esos tres factores. Se aplicaron las pruebas de adecuación de media Kaiser Meyer Olkin ($KMO = 0.836$) y Esfericidad de Bartlett ($X^2 = 2269.050, gl = 496, p = 0.000$). Los puntajes obtenidos muestran que los reactivos pueden ser agrupados en factores, y por ello es viable que se continúe con el análisis factorial.

Prueba de comunalidades

Los puntajes obtenidos en los reactivos son consideradas variables, puesto que varían dentro de un conjunto de valores. La varianza que se obtiene puede explicarse por factores comunes o por factores específicos (Aiken, 2003). En el primer caso se denomina comunalidad, es decir, aquella porción de varianza que distintas variables poseen en común y sus valores pueden ir de 0 a 1 (Martínez et al., 2014). En el estudio se encontró que las comunalidades van de 0.447 a 0.715, lo cual indica que un porcentaje de la varianza mayor o igual a 40 % se deben a elementos en común de los reactivos y por lo tanto es viable que se constituyan en factores.

Tabla 10. Reactivos eliminados tras el análisis de Asimetría y Curtosis

Reactivo	Enunciado	Motivo de eliminación	
		Curtosis	Asimetría
3	Siento que, para el tratamiento, es necesario comprender los sentimientos de mis pacientes y sus familiares	-1.733	2.93
5	Reconocer el estado emocional de mis pacientes mejora la relación terapéutica	2.1	2.93
9	Trato de ayudar a los pacientes porque sé que es importante para ellos	2.03	4.97
12	Pongo atención al lenguaje no verbal de mis pacientes para entender lo que piensan	-1.486	2.84
29	Me interesa saber cómo se sienten mis pacientes	2.82	7.68
30	Disfruto cuando logro que mis pacientes se sientan mejor	2.56	6.13
32	Considero válido que los pacientes lloren de felicidad	2.15	6.35
33	Si mis pacientes lloran, siento que es válido que lo hagan	14.9	224.56
34	Al plantear objetivos terapéuticos, tomo en cuenta la perspectiva de mis pacientes	2.69	10.89
35	Me intereso en lo que comunica mi paciente	2.26	4

El análisis factorial expresó primero las comunalidades de los reactivos, mismas que se encuentran dentro del rango pertinente (Tabla 11).

4. METODOLOGÍA

Tabla 11. Comunalidades

Reactivo	Inicial	Extracción
Reactivo1	1	0.51
Reactivo2	1	0.564
Reactivo4	1	0.593
Reactivo6	1	0.452
Reactivo7	1	0.532
Reactivo8	1	0.524
Reactivo10	1	0.586
Reactivo11	1	0.46
Reactivo13	1	0.545
Reactivo14	1	0.474
Reactivo15	1	0.585
Reactivo16	1	0.563
Reactivo17	1	0.447
Reactivo18	1	0.617
Reactivo19	1	0.608
Reactivo20	1	0.675
Reactivo21	1	0.585
Reactivo22	1	0.673
Reactivo23	1	0.653
Reactivo24	1	0.628
Reactivo25	1	0.715
Reactivo26	1	0.681
Reactivo27	1	0.707
Reactivo28	1	0.582
Reactivo31	1	0.644
Reactivo36	1	0.572
Reactivo37	1	0.679
Reactivo38	1	0.733
Reactivo39	1	0.661
Reactivo40	1	0.624
Reactivo41	1	0.583
Reactivo42	1	0.632

Si se entiende a la varianza como una medida de dispersión de los datos respecto a su promedio, indicada por la suma de cuadrados de las desviaciones estándar, y dividida entre el número de veces que se midió la variable (Aiken, 2003), puede aprovecharse para explicar cuantitativamente la cohesión y/o la discrepancia entre un conjunto de factores y el modelo teórico que subyace. En tal caso se denomina varianza explicada, e indica que la variación con respecto a la media aritmética es producto de los factores presentes. A continuación, se muestra la varianza explicada obtenida en cada componente (Tabla 12).

4.2 Estudio 2. Validez y Confiabilidad de la Escala de Empatía Terapéutica
EMPATER

Tabla 12. Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	7.543	23.572	23.572	7.543	23.572	23.572
2	2.037	6.366	29.938	2.037	6.366	29.938
3	1.908	5.962	35.899	1.908	5.962	35.899
4	1.489	4.654	40.554	1.489	4.654	40.554
5	1.452	4.537	45.09	1.452	4.537	45.09
6	1.298	4.056	49.146	1.298	4.056	49.146
7	1.189	3.717	52.863	1.189	3.717	52.863
8	1.108	3.463	56.327	1.108	3.463	56.327
9	1.063	3.321	59.648	1.063	3.321	59.648
10	0.982	3.069	62.717			
11	0.929	2.903	65.62			
12	0.878	2.742	68.362			
13	0.863	2.698	71.06			
14	0.823	2.573	73.633			
15	0.734	2.293	75.926			
16	0.724	2.261	78.187			
17	0.634	1.983	80.17			
18	0.619	1.934	82.104			
19	0.595	1.861	83.964			
20	0.547	1.709	85.673			
21	0.526	1.643	87.316			
22	0.52	1.626	88.941			
23	0.5	1.563	90.505			
24	0.433	1.353	91.858			
25	0.423	1.321	93.179			
26	0.394	1.231	94.41			
27	0.35	1.094	95.503			
28	0.336	1.049	96.552			
29	0.301	0.94	97.492			
30	0.29	0.906	98.398			
31	0.269	0.841	99.239			
32	0.244	0.761	100			

Método de extracción: análisis de componentes principales

4. METODOLOGÍA

Análisis Factorial Exploratorio

El Análisis Factorial Exploratorio se realizó mediante el método de componentes principales con rotación Varimax de los 32 reactivos, tras lo cual quedaron aglutinados en tres factores (tabla13). Se conservaron aquellos ítems que cumplieron con los criterios de tener al menos tres reactivos, carga factorial de los ítems mayor a 0.400, y coherencia conceptual.

El primer factor conservó catorce reactivos, aluden al conocimiento y aceptación del terapeuta sobre las ideas y creencias del paciente. El factor 2 conservó siete reactivos, aluden a la identificación y reconocimiento que hace el terapeuta de los sentimientos del paciente. El tercer factor conservó once reactivos, hacen referencia a la comunicación del terapeuta hacia su paciente mediante acciones o prescripciones.

Una vez obtenidos los factores, es necesario identificar si los reactivos de cada factor correlacionan significativamente entre sí, con el propósito que a continuación se explica.

4.2 Estudio 2. Validez y Confiabilidad de la Escala de Empatía Terapéutica
EMPATER

Tabla 13. Matriz de componente rotado

Número de reactivo	Enunciado	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1	Identifico los sentimientos de mis pacientes	0.711		
2	Si comprendo los sentimientos de mis pacientes, les ayudo mejor	0.607		
4	Cuando mis pacientes desvían la conversación del motivo de consulta, intento comprender el motivo”	0.548		
6	Hago lo posible por mostrar apertura a las emociones e ideas de mis pacientes	0.523		
7	Conozco la forma de pensar mis pacientes	0.541		
10	Soy consciente de que poner atención al lenguaje no verbal de mis pacientes ayuda a mejorar la relación	0.413		
14	”Durante las sesiones, estoy al tanto de las emociones de mis pacientes”	0.521		
19	Logro ver los problemas de mis pacientes como ellos lo hacen	0.538		
20	Le prescribo a mis pacientes tareas acordes con su forma de ver el problema	0.405		
21	”Me doy cuenta cuando mis pacientes están tristes, aunque no me lo digan”	0.485		
22	”Aunque todos somos distintos, siento que puedo ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes”	0.548		
24	Identifico los estados de ánimo de mis pacientes	0.711		
37	Al prescribir una tarea, les pregunto a mis pacientes si están de acuerdo con ella”	0.491		
38	Acepto las diferencias entre la percepción de mi paciente y la mía	0.536		
13	Me preocupan las cosas malas que le pasan a mis pacientes		0.607	
16	Me incomoda cuando alguien le falta al respeto a mis pacientes		0.591	
23	Adeco mis intervenciones a la forma como mis pacientes perciben su situación		0.405	
25	Me regocijo cuando mis pacientes se sienten bien		0.69	
27	Me place cuando mis pacientes son felices		0.641	
36	”Cuando mis pacientes están disgustados, siento un fuerte impulso de ayudarles”		0.654	
39	Me conmueven aquellos pacientes que son tratados injustamente por alguien		0.655	
11	La relación que llevo con mis pacientes es fundamental para los resultados del tratamiento			0.557
15	Le comunico a mis pacientes las fortalezas que descubro en ellos			0.568
17	”Me es esencial conocer las relaciones de mis pacientes con sus familiares, porque son cruciales para la terapia”			0.577
18	Le hago preguntas a mis pacientes de manera que llevo a conocer su visión del problema			0.535
26	Utilizo un lenguaje semejante al de mis pacientes			0.417
31	”Por momentos, reproduzco el lenguaje corporal de mi paciente para que sienta que tenemos cosas en común”			0.477
40	”Durante el proceso, le manifiesto a mis pacientes que los estoy comprendiendo”			0.504
41	Identifico en qué etapa del ciclo vital se encuentran mis pacientes			0.557
42	A lo largo del proceso, le manifiesto a mis pacientes que los acepto”			0.445
8	Siento que las emociones de mis pacientes tienen relación con sus molestias psicológicas			0.466
28	Me comunico con mis pacientes usando palabras que les resulten entendibles			0.416

4. METODOLOGÍA

Prueba de correlación de Pearson

A continuación, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre los reactivos de cada factor, puesto que, al medir la misma dimensión del constructo, puntajes altos en un ítem deben producir puntajes altos en los otros. Magnusson (1998) advierte que, si por un lado es importante que los reactivos de un mismo factor correlacionen entre sí, también es necesario que discriminen. Es decir, aunque estén midiendo lo mismo, cada uno evalúa un aspecto particular de la dimensión a la que pertenece.

Clark (1980) explica que no hay un acuerdo total respecto a qué coeficiente de correlación es el mínimo que se puede aceptar, pues cada teórico propone el que considera adecuado. Por otra parte, estudios realizados en estudiantes mexicanos de la Licenciatura en Psicología (Álvarez, 2019; Rosas, 2019) señalan un puntaje de 0.30 como el mínimo aceptable para conservar los reactivos sometidos a este análisis.

Beitman y Yue (2004) aclaran que cada enfoque terapéutico tiene formas propias de entender la situación de los consultantes y manifestarles que se les está comprendiendo. Varios modelos pueden coincidir en unas cosas y discordar en otras. Por tanto, identificaron elementos comunes a varios modelos de psicoterapia.

Como se verá más adelante, se conservaron aquellos ítems que alcanzaron un coeficiente de correlación igual o superior a 0.30, resultaron significativos en un nivel de 0.1, o la actitud representada en el enunciado posee relevancia teórica y coherencia conceptual por ser común a los diferentes modelos terapéuticos con que se trabajó.

Se obtuvo lo siguiente:

4.2 Estudio 2. Validez y Confiabilidad de la Escala de Empatía Terapéutica
EMPATER

Tabla 14. Correlaciones del factor 1

		1	2	4	6	7	10	14	19	20	21	22	24	37	38
1) Identifico los sentimientos de mis pacientes	Correlación de Pearson														
	Sig. (bilateral)														
	N														
2) Si comprendo los sentimientos de mis pacientes, les ayudo mejor	Correlación de Pearson	.370**													
	Sig. (bilateral)	0													
	N	230													
4) Cuando mis pacientes desvían la conversación del motivo de consulta, intento comprender el motivo	Correlación de Pearson	.311**	.252**												
	Sig. (bilateral)	0	0												
	N	230	230												
6) Hago lo posible por mostrar apertura a las emociones e ideas de mis pacientes	Correlación de Pearson	.206**	.220**	.143*											
	Sig. (bilateral)	0.002	0.001	0.03											
	N	230	230	230											
7) Conozco la forma de pensar mis pacientes	Correlación de Pearson	.247**	.302**	.287**	.201**										
	Sig. (bilateral)	0	0	0	0.002										
	N	230	230	230	230										
10) Soy consciente de que poner atención al lenguaje no verbal de mis pacientes ayuda a mejorar la relación	Correlación de Pearson	.158*	0.123	.226**	.156*	0.08									
	Sig. (bilateral)	0.016	0.063	0.001	0.018	0.228									
	N	230	230	230	230	230									
14) Durante las sesiones, estoy al tanto de las emociones de mis pacientes	Correlación de Pearson	.238**	.251**	.383**	.293**	.216**	.321**								
	Sig. (bilateral)	0	0	0	0	0.001	0								
	N	230	230	230	230	230	230								
19) Logro ver los problemas de mis pacientes como ellos lo hacen	Correlación de Pearson	.356**	.298**	.348**	.170**	.404**	.237**	.372**							
	Sig. (bilateral)	0	0	0	0.01	0	0	0							
	N	230	230	230	230	230	230	230							
20) Le prescribo a mis pacientes tareas acordes con su forma de ver el problema	Correlación de Pearson	.350**	.227**	.204**	.207**	.166*	0.067	.252**	.388**						
	Sig. (bilateral)	0	0.001	0.002	0.002	0.012	0.311	0	0						
	N	230	230	230	230	230	230	230	230						
21) Me doy cuenta cuando mis pacientes están tristes, aunque no me lo digan	Correlación de Pearson	.288**	.324**	.171**	.184**	.392**	0.128	.285**	.376**	.257**					
	Sig. (bilateral)	0	0	0.009	0.005	0	0.052	0	0	0					
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230					
22) Aunque todos somos distintos, siento que puedo ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes	Correlación de Pearson	.217**	.277**	.266**	.244**	.482**	.227**	.380**	.561**	.216**	.469**				
	Sig. (bilateral)	0.001	0	0	0	0	0.001	0	0	0.001	0				
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230				
24) Identifico los estados de ánimo de mis pacientes	Correlación de Pearson	.441**	.288**	.227**	.223**	.388**	.206**	.314**	.444**	.242**	.530**	.520**			
	Sig. (bilateral)	0	0	0.001	0.001	0	0.002	0	0	0	0	0			
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230			
37) Al prescribir una tarea, les pregunto a mis pacientes si están de acuerdo con ella	Correlación de Pearson	.148*	.214**	.216**	.214**	0.127	-0.001	.281**	0.125	.255**	0.046	0.129	0.086		
	Sig. (bilateral)	0.025	0.001	0.001	0.001	0.054	0.99	0	0.057	0	0.49	0.051	0.194		
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230		
38) Acepto las diferencias entre la percepción de mi paciente y la mía	Correlación de Pearson	.159*	0.11	.382**	.384**	.229**	.225**	.366**	.267**	.160*	.223**	.289**	.259**	.292**	
	Sig. (bilateral)	0.016	0.097	0	0	0	0.001	0	0.015	0.001	0	0	0	0	
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

4. METODOLOGÍA

Los reactivos significativos o con correlación mayor o igual a 0.30 fueron el 1, 4, 6 y 14. Se mantuvieron los ítems 7, 24 y 38 por ser comunes a los modelos terapéuticos que constituyeron la muestra.

Tabla 15. Correlaciones del Factor 2

		13	16	23	25	27	36	39
13) Me preocupan las cosas malas que le pasan a mis pacientes	Correlación de Pearson							
	Sig. (bilateral)							
	N							
16) Me incomoda cuando alguien le falta al respeto a mis pacientes	Correlación de Pearson	.427**						
	Sig. (bilateral)	0						
	N	230						
23) Adecuo mis intervenciones a la forma como mis pacientes perciben su situación	Correlación de Pearson	.251**	0.122					
	Sig. (bilateral)	0	0.064					
	N	230	230					
25) Me regocijo cuando mis pacientes se sienten bien	Correlación de Pearson	.222**	.215**	.212**				
	Sig. (bilateral)	0.001	0.001	0.001				
	N	230	230	230				
27) Me place cuando mis pacientes son felices	Correlación de Pearson	.249**	.167*	.164*	.610**			
	Sig. (bilateral)	0	0.011	0.013	0			
	N	230	230	230	230			
36) Cuando mis pacientes están disgustados, siento un fuerte impulso de ayudarles	Correlación de Pearson	.412**	.310**	.242**	.358**	.404**		
	Sig. (bilateral)	0	0	0	0	0		
	N	230	230	230	230	230		
39) Me conmueven aquellos pacientes que son tratados injustamente por alguien	Correlación de Pearson	.340**	.435**	.219**	.287**	.386**	.491**	
	Sig. (bilateral)	0	0	0.001	0	0	0	
	N	230	230	230	230	230	230	

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Los reactivos significativos o con correlación mayor o igual a 0.30 fueron el 13, 25, 27, 36 y 39. Se mantuvo el reactivo 23 porque es común a los diversos enfoques terapéuticos con que se realizó el presente estudio.

4.2 Estudio 2. Validez y Confiabilidad de la Escala de Empatía Terapéutica
EMPATER

Tabla 16. Correlaciones del Factor 3

		11	15	17	18	26	31	40	41	42	8	28
11) La relación que llevo con mis pacientes es fundamental para los resultados del tratamiento	Correlación de Pearson											
	Sig. (bilateral)											
	N											
15) Le comunico a mis pacientes las fortalezas que descubro en ellos	Correlación de Pearson	.193**										
	Sig. (bilateral)	0.003										
	N	230										
17) Me es esencial conocer las relaciones de mis pacientes con sus familiares, porque son cruciales para la terapia"	Correlación de Pearson	.262**	.195**									
	Sig. (bilateral)	0	0.003									
	N	230	230									
18) Le hago preguntas a mis pacientes de manera que llevo a conocer su visión del problema	Correlación de Pearson	.282**	.325**	.280**								
	Sig. (bilateral)	0	0	0								
	N	230	230	230								
26) Utilizo un lenguaje semejante al de mis pacientes	Correlación de Pearson	.147*	.164*	.171**	.174**							
	Sig. (bilateral)	0.026	0.013	0.009	0.008							
	N	230	230	230	230							
31) Por momentos, reproduzco el lenguaje corporal de mi paciente para que sienta que tenemos cosas en común"	Correlación de Pearson	.132*	.171**	.198**	0.1	.277**						
	Sig. (bilateral)	0.045	0.009	0.003	0.13	0						
	N	230	230	230	230	230						
40) Durante el proceso, le manifiesto a mis pacientes que los estoy comprendiendo"	Correlación de Pearson	0.103	.352**	.279**	.251**	.151*	.237**					
	Sig. (bilateral)	0.121	0	0	0	0.022	0					
	N	230	230	230	230	230	230					
41) Identifico en qué etapa del ciclo vital se encuentran mis pacientes	Correlación de Pearson	.303**	.292**	.343**	.351**	.205**	0.05	.319**				
	Sig. (bilateral)	0	0	0	0	0.002	0.454	0				
	N	230	230	230	230	230	230	230				
42) A lo largo del proceso, le manifiesto a mis pacientes que los acepto"	Correlación de Pearson	.238**	.270**	.260**	.232**	.162*	.162*	.429**	.371**			
	Sig. (bilateral)	0	0	0	0	0.014	0.014	0	0			
	N	230	230	230	230	230	230	230	230			
8) Siento que las emociones de mis pacientes tienen relación con sus molestias psicológicas	Correlación de Pearson	.166*	0.082	.253**	.180**	0.072	0.06	0.127	.131*	0.124		
	Sig. (bilateral)	0.012	0.214	0	0.006	0.277	0.367	0.054	0.048	0.061		
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230		
28) Me comunico con mis pacientes usando palabras que les resulten entendibles	Correlación de Pearson	0.068	.200**	.203**	.192**	.369**	.203**	.174**	.203**	.130*	0.063	
	Sig. (bilateral)	0.306	0.002	0.002	0.003	0	0.002	0.008	0.002	0.05	0.344	
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Los ítems significativos o con correlación mayor o igual a 0.30 fueron el 15 y el 17. Se mantuvieron los reactivos 18, 26, 28, 31 y 42 por resultar comunes a los modelos terapéuticos practicados por los participantes del estudio.

4. METODOLOGÍA

Luego de realizar los diferentes análisis estadísticos, la Escala de Empatía Terapéutica EMPATER quedó con 20 reactivos, de los cuales 7 corresponden al factor cognitivo (conocimiento que posee el terapeuta de las ideas y creencias del paciente con que trabaja, y aceptación de las mismas aunque no concuerden con las propias), 6 al factor emocional (identificación que hace el terapeuta de los sentimientos del paciente con quien trabaja, y el reconocimiento que se hace de los mismos como válidos) y 7 al factor conductual (comunicación que hace el terapeuta hacia su paciente mediante acciones, prescripciones o intervenciones).

Confiabilidad general y por factor

Entendiendo a la confiabilidad como la propiedad psicométrica de obtener resultados semejantes en dos aplicaciones del mismo instrumento al mismo grupo de personas, Celina y Campo (2005) establecen un puntaje mayor o igual a 0.70 como el valor mínimo aceptable.

Mediante el citado coeficiente, se obtuvo la confiabilidad de cada factor. Para el cognitivo, $\alpha = 0.806$. Para el emocional, $\alpha = 0.758$. Para el conductual, $\alpha = 0.818$. Asimismo, se calculó la confiabilidad total de la escala, hallando que $\alpha = 0.854$. Así pues, los valores obtenidos superan al puntaje mínimo aceptable y la escala se considera confiable.

Por último, considerando los 20 reactivos de la escala y con la finalidad de evaluar el nivel de empatía de los participantes, se obtuvieron los puntajes máximo y mínimo. La puntuación de la escala va de 20 a 100, siendo 67 el mínimo y 100 el máximo. Se obtuvo una media de 86.23 con una desviación estándar de 6.76.

Se calcularon los mismos estadísticos por cada una de las dimensiones, encontrando que para la dimensión Conductual (7 items), el puntaje mínimo fue 22 y el máximo fue 35. Se obtuvo una media de 30.50 con una desviación estándar de 2.52. Para la dimensión Emocional (6 items), el puntaje mínimo fue 16 y el máximo fue 30. Se obtuvo una media de 25.56 con una desviación estándar de 3.00. Para la dimensión Cognitiva, el puntaje mínimo fue 22 y el máximo fue 35. Se obtuvo una media de 30.18 con una desviación estándar de 2.84. En términos generales, los terapeutas de esta muestra presentan altos niveles de Empatía Conductual y Cognitiva, seguida por la Emocional.

4.2.3. Discusión

Se cumplió el objetivo del estudio, ya que se cuenta con una escala integrada por 20 reactivos útiles para evaluar el conocimiento que adquiere el terapeuta de las ideas y creencias de sus consultantes, la identificación que hace de los sentimientos de las personas a quienes atiende, y la manifestación de lo anterior mediante acciones, prescripciones o intervenciones.

Como se explicó en el marco teórico, la empatía facilita que se establezca una relación de confianza y colaboración entre el terapeuta y sus consultantes, lo cual aumenta la posibilidad de que se alcancen los objetivos terapéuticos que se establecen en cada proceso. Si, por el contrario, el terapeuta no identifica las características de la Empatía en su trabajo o no las desarrolla, pueden perderse las alianzas terapéuticas con deserción de pacientes y desprestigio de la profesión.

La falta de consenso en torno al constructo de Empatía hace que existan numerosas perspectivas sobre cuántas dimensiones lo integran y la forma como se manifiesta. Estas dependen en gran medida del enfoque terapéutico con que se trabaja. Cada modelo de Terapia (Transpersonal, Sistémico, Cognitivo Conductual, etc.) posee sus propias bases epistemológicas, por lo que se centra en aspectos diferentes de las personas, concibe los problemas de forma distinta y ha diseñado intervenciones muy particulares (Beitman & Yue, 2004; Martorell, 1996). No obstante, todos ellos tienen en común el hecho de que para ejercerlos se requiere formación especializada, y que todos buscan generar cambios en las personas para que se resuelva el problema por el que acuden a terapia.

Lo anterior motivó la presente investigación, donde se construyó una escala válida y confiable, con una muestra integrada por terapeutas de diferentes modelos y que prestan sus servicios en diferentes ámbitos de la sociedad, puesto que de esa manera se pueden trascender las barreras epistemológicas y clínicas que separan a los diversos enfoques, construyendo una forma objetiva de evaluar qué tan empático es y se muestra el terapeuta ante sus clientes, e indicar formas específicas en que la empatía terapéutica puede aumentar o seguirse desarrollando.

Respecto de los instrumentos anteriores, se observaron las siguientes semejanzas y diferencias.

En cuanto a la Escala de Jefferson (Acorta et al., 2005), coinciden en tener 20 reactivos agrupados en 3 dimensiones que si bien, están rotuladas de forma distinta, miden aspectos muy parecidos. Difieren en el tipo de población a que están dirigidas y en que la escala EMPATER va más allá de evaluar la competencia. no se limita a evaluar qué tan hábil es el profesional para reconocer los sentimientos de los usuarios, sino también es la pericia con que logra que el paciente se percate de que se le comprende.

Respecto de la Escala de Habilidades Psicoterapéuticas Humanistas EHPH (Lozano et al., 2018), tuvo 5 dimensiones mientras que EMPATER cuenta con tres. No obstante, la muestra del presente estudio fue mucho mayor, y apegada al paradigma de contar con un tamaño cinco veces mayor al número de ítems (230 participantes), mientras la EHPH tan solo tuvo 51 participantes para 35 reactivos (habría sido recomendable un mínimo de 175 personas), y únicamente invitaron a terapeutas Gestálticos. En otras palabras, el EHPH, muestra dificultades en la validez porque no explican de dónde

4. METODOLOGÍA

parten sus dimensiones.

La Escala Multidimensional de Empatía (García, 2017), posee cuatro dimensiones, pero diseñadas para la población en general. Si bien, ya se utilizó para evaluar a personas que otorgan servicios psicoterapéuticos, dicha muestra estuvo integrada por pasantes de licenciatura, quienes poseen poca experiencia en el ámbito. La escala EMPATER, al estar construida en una muestra de profesionales con licenciatura concluida, e incluso con estudios de posgrado, que llevan varios años otorgando sus servicios, puede aportar datos más precisos en torno al constructo en la población a que va dirigida.

Las principales fortalezas del estudio son las propiedades psicométricas (Validez y Confiabilidad) que se obtuvieron para la escala EMPATER. La confiabilidad basada en la consistencia interna de los resultados, muestran que se obtuvieron índices de confiabilidad entre considerados como elevados (ver resultados), indicando que los psicoterapeutas evaluados son consistentes a través de los diferentes ítems que forman parte de cada una de las dimensiones elaboradas para medir empatía. Respecto a la validez de constructo obtenida con el análisis factorial, se aprecia que en esta primera fase de desarrollo existe congruencia conceptual entre los tres factores obtenidos reafirmando la validez de constructo de los ítems tal y como fueron evaluados.

Se esperaba que tras calcular los índices de correlación por factor se eliminaran algunos reactivos, debido a las diferencias teóricas que existen entre los modelos de terapia con que se trabajó. No obstante, los que se conservaron son útiles para los enfoques con que se integró la muestra, observándose concordancia con la postura integrativa de Beitam y Yue (2004) y de López (2004; 2012).

Tales propiedades hacen posible que la escala se ocupe para estudios que a futuro se realicen con psicoterapeutas mexicanos. Asimismo, permitirá que aquellos terapeutas que practican los enfoques con que se constituyó la muestra (Psicoanálisis, Psicodinámico, Cognitivo Conductual, Humanista, Existencial, Transpersonal, Sistémico y Gestalt) identifiquen formas de manifestar mayor empatía en lo conductual, lo emocional y lo cognitivo, fortaleciendo con ello las alianzas terapéuticas que establecen e incrementando la posibilidad de que se logren aquellos cambios que lo usuarios de servicios psicoterapéuticos desean obtener.

Dado que la muestra estuvo integrada por terapeutas de 8 familias de modelos terapéuticos, los reactivos que se mantuvieron tras haber realizado los análisis estadísticos demuestran que la definición conceptual del constructo y las definiciones conceptuales de las dimensiones del instrumento son comprendidas y aplican para todos aquellos enfoques de Psicoterapia.

El instrumento se fue depurando mediante las pruebas estadísticas a las que se sometió, con lo cual se retiraron de la escala aquellos ítems que no sirven para realizar

una medición objetiva y libre de sesgo. De los 42 reactivos con que se inició este segundo estudio, la prueba se redujo a 20. En cuanto a los factores encontrados en el análisis (conductual, cognitivo y emocional), se encuentra concordancia teórica con la definición conceptual del constructo:

“Capacidad de comprender los sentimientos y emociones de los demás, con base en el reconocimiento del otro como similar. Es una habilidad de los seres humanos para poder interactuar funcional y favorablemente” (Silva, 2017).

Finalmente, los reactivos presentes en la versión definitiva de la escala (Apéndice C) mostraron tener consistencia interna favorable.

A pesar de que puede ser difícil la comparación del instrumento obtenido en este estudio con los otros instrumentos para medir empatía, lo obtenido demuestra que esta nueva escala puede medir el constructo de una manera multidimensional manteniendo los principios psicosociales con las propiedades psicométricas adecuadas.

Si bien, se sabe que instrumentos con demasiados ítems pueden fatigar a las personas que contestan la prueba, haciendo que sus respuestas sean diferentes a lo que contestarían en otras circunstancias (García & Zanatta, 2022), la versión definitiva de la escala EMPATER (Apéndice C) consta de 20 reactivos, por lo cual no se considera que pueda producir fatiga en las personas que a futuro lo respondan. Tampoco se considera erróneo que, a futuro, la escala se aplique junto con otros instrumentos.

Finalmente, se debe tener en cuenta que estos resultados no se pueden generalizar a la población en general, sino que reflejan lo sucedido con una muestra de especialistas en psicoterapia, y para corroborar la estructura de la nueva escala de empatía, se podrían hacer comparaciones con otras muestras y confirmar los hallazgos obtenidos en el presente estudio mediante un Análisis Factorial Confirmatorio.

REFERENCIAS

- Abad, F., Garrido, J., Olea, J. y Ponzoda, V. (2006). *Introducción a la Psicometría*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Acorta, A., González, J., Tavitas, S., Rodríguez, F. y Hojat, M. (2005) Validación de la Escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Revista Salud Mental*. 28(5), 57- 63.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252808>
- Acosta, M. J.L. y Flores, H. L.M. (2023). Evidencias de validez de contenido de una escala de empatía para psicoterapeutas mexicanos. *Revista Alternativas en Psicología*, 27 (51), 57 – 68.
- Aiken, L. (2003) *Tests psicológicos y evaluación*. Pearson.
- Álvarez, S. (2019). *Escala de Eficacia del Manual de Metodología Observacional Análisis Factorial Exploratorio* [Tesis de licenciatura]. UNAM.
- Andrade, P. y Zacarías, X. (2015). *Adaptación de la Escala Multidimensional de Empatía para Preadolescentes* [Memorias de congreso]. Congreso mexicano de Psicología, Ciudad de México, México. 1667 - 1669.
https://www.researchgate.net/publication/285589657_Adaptacion_de_la_Escala_Multidimensional_de_Empatia_para_Preadolescentes
- Bautista, G., Tánori, J., Valdés, A. y Vera, J. (2016). Propiedades psicométricas de una escala para medir empatía en estudiantes de secundaria en México. *Revista actualidades investigativas en educación*, 16(3), 1 - 20.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/25959>
- Bateson, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Lohlé-Lumen.
- Beitman, B. y Yue, D. (2004). *Psicoterapia. Programa de formación*. Masson.

REFERENCIAS

- Bertrando, P. (2011). *El terapeuta dialógico. El diálogo que conmueve y transforma*. Pax.
- Blanco, F. (2015). *Adaptación de la Escala de Conducta Infantil (CBCL 1 1/2 - 5) de Achenbach y Rescorla a población mexicana*. [Tesis de Licenciatura]. UNAM.
- Bloom, P. (2018). *Contra la empatía. Argumentos para una compasión racional*. Taurus.
- Bollás, B y Muñoz, L. (2021). *Curso Intensivo de preparación para aspirantes al posgrado de psicología: Residencia Terapia Familiar*. Grupo Avance.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Paidós
- Cecchin, G., Ray, W. y Lane, G. (1997). *The cybernetics of prejudices in the practice of psychotherapy*. Karnac Books.
- Celina, H. y Campo, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (4), 572 – 580.
<https://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf>
- Chávez, B. y Polo, M. (2006). *Los duelos en la familia*. MC Editores.
- Chávez, B. y Polo, M. (2009). *Psicoterapia transpersonal de la expresión emotiva y la imaginaria*. Thanatos.
- Clark, D. (1980). *Investigación cuantitativa en Psicología. Del diseño experimental al reporte de investigación*. Oxford University.
- De Shazer, S. (1992). *Claves para la solución en terapia breve*. Paidós
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. Pax.
- Elizarras, J. (2023). *Municipio de Nezahualcóyotl*. Ayuntamiento de Nezahualcóyotl.
- Ellis, A. (1992). *Razón y emoción en psicoterapia*. Desclee De Brouwer.
- Elorza, H. (2008). *Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y de la salud*. Cengage Learning.
- Espinosa, M., Zavaleta, J. y Mendoza, D. (2018). Los mexicanos no van al psicólogo. *Revista UNAM Global*, 2 (23), 1.
<https://unamglobal.unam.mx/la-importancia-de-la-salud-mental/>

REFERENCIAS

- Fernández, H. (2017). Psicoterapia en un mundo emergente. El paisaje de América Latina. *Revista de Clínica Psicológica*, 26(3), p. 255 – 260.
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281953368002.pdf>
- Flores, R. (2021). *Propiedades psicométricas de la Escala Calidad de Vida en pacientes sobrevivientes con cáncer (QOL- CSV) en población mexicana*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Latina- UNAM.
- Frankl, V. (1989). *El hombre en busca de sentido*. Herder.
- Galicia, A., Balderrama, J. y Edel, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Revista Apertura de la Universidad de Guadalajara*, 9 (2), p. 44-53.
www.udgvirtual.udg.mx/apertura/index.php/apertura/article/view/993
- García, V. (2017). *Terapeutas de Call Center UNAM. Empatía durante la intervención* [Tesis de licenciatura]. UNAM.
- García, D. y Zanatta, M. (2022). Evidencias de validez de contenido de un instrumento de estilos de identidad profesional en psicólogos. *Alternativas en Psicología*. 38 (48), p. 157-171. <https://www.alternativas.me/attachments/article/274/Alternativas%20en%20Psicología%2048%20-%20Febrero%20-%20Julio%202022.pdf>
- Garfield, S. (1979). *Psicología clínica. El estudio de la personalidad y la conducta*. El manual moderno.
- Garza, B. (2014). *Estadística y probabilidad*. Pearson.
- Gelsi, P. (2011). Transferencia y empatía. *Revista Ciencias Psicológicas*, 51(1), 117 – 122. <https://www.redalyc.org/pdf/4595/459545427009.pdf>
- Gobierno de México. (2023). *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2023*. Estado de México. Nezahualcóyotl. Gobierno de México.
- Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Paidós.
- Kim-Berg, I. y Miller, S. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol*. Gedisa.
- LaVey, A. (1969). *La Biblia Satánica*. Roca.
- López, J. (2004). *Las maneras y las estrategias de preguntar de los diversos modelos de psicoterapia*. Escuela de Psicoterapia Combinada Breve.

REFERENCIAS

- López, J. (2012). *Las tendencias integrativas en psicoterapia*. Escuela de Psicoterapia Combinada Breve.
- Lozano, J., Castro, A., Vidaña, M. y González, M. (2018). Indicadores de fiabilidad de la escala de habilidades psicoterapéuticas humanistas EHPH en psicoterapeutas de Ciudad Juárez. *Revista Psicología Iberoamericana*, 26 (2), 54 – 67.
- Magnusson, D. (1998). *Teoría de los Test*. Trillas.
- Martínez, M., Hernández, M. y Hernández, J. (2014). *Psicometría*. Alianza.
- Martorell, J. (1996). *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos*. Pirámide.
- Mateu, C., Campillo, C., González, R., y Gómez, O. (2009). La empatía psicoterapéutica y su revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (1), 1 – 18. <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4081>
- Mayo, G., Quijano, E., Ponce, D. y Ticse, T. (2019). Utilización de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en residentes que realizan su especialización en un hospital peruano. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82 (2), 131 – 140. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v82n2/a06v82n2.pdf>
- Méndez, R., Graham, R., Blocker, H., Harlow, J. y Campos, A. (2011). Construct Validation of Mexican Empathy Scale Yields a Unique Mexican Factor. *Acta de investigación psicológica. Psychological Research Records*, 1(3), 381 – 401. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322011000300002
- Morales, J. (2022). Globalidad, violencia e inseguridad: seguridad pública en el municipio de Ciudad Nezahualcóyotl. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma Metropolitana plantel Iztapalapa*, 33(73), p. 185-205. <https://revistaiztapalapa.izt.uam.mx/index.php/izt/article/view/131/223>
- Morris, C. y Maisto, A. (2005). *Introducción a la Psicología*. Pearson.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder.
- O'Hanlon, W. y Weiner, M. (1990). *En busca de soluciones*. Paidós.
- Olivera, J., Braun, M. y Roussos, A. (2011). Instrumentos Para la Evaluación de la Empatía en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(2), 121 – 132. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281922823003>

REFERENCIAS

- Pedrosa, I., Suárez, J., y García, E. (2013). Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación. *Revista Acción Psicológica*. 10 (2), 3 – 18. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344033718006>
- Polo, M. (2009). *La estructura psíquica de la psicoterapia transpersonal de la expresión emotiva y la imagería*. Thanatos.
- Reidl, L., Reyes, V., y Pool, W. (2020). *Medición en ciencias sociales*. AMAPSI.
- Reséndiz, G. (2010) Modelo de Milán: 1969- 2009. *Psicoterapia y familia*, 23(1), 30 – 39.
- Rivadeneira, C., Dahab, J. y Minici, A. (2007). La relación terapéutica en Terapia Cognitivo Conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 10(1), 1 – 10. <https://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-relacion-terapeutica-en-terapia-cognitivo-conductual.pdf>
- Rober, P. (2017). Integrar la Persona del Terapeuta en la Supervisión: El Método del Diálogo Interno del Terapeuta. *Family Process*, 56(2), 1 - 15.
- Rosas, J. (2019). *Escala de Eficacia del Manual de Metodología Observacional Análisis Factorial Confirmatorio* [Tesis de licenciatura]. UNAM.
- Salgado, M. (2015). Manejo de la empatía en la interconsulta. Perspectivas en Psicología. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 12 (1), 44 – 51. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483557806006>
- Secretaría de Salud. (2022). *Programa de acción específico en salud mental y adicciones 2020 – 2024*. Gobierno de México.
- Selekman, M. (1993). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Gedisa.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hipotetización – Circularidad – Neutralidad: tres guías para el conductor de la sesión. *Family Proces*, 19(3), 3 – 12.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y contraparadoja*. Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S. y Sorentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Paidós.
- Silva, M. (2017). *Calidad de vida en las familias, empatía y terapia familiar*. En Hernández, J., Barbosa, J. y Muñoz, I. (Compiladores) *Calidad de vida, inclusión social y bienestar humano* (p. 23 – 44). UNERMB.

REFERENCIAS

- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Tristán, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Revista Avances en medición*, 6 (1), 37 – 48. https://www.humanas.unal.edu.co/lab_psicometria/application/files/9716/0463/3548/VOL_6._Articulo4.Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf
- Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. (29 de octubre de 2023). *Misión y Visión*. <https://psicologia.posgrado.unam.mx/mision-y-vision/>
- Unikel, A. (2006). La empatía y su relación con el diálogo socrático. *Revista mexicana de Logoterapia*, 16(6), 64 – 83. http://www.asil.com.ar/_bibliografia/bases_26.php
- Weakland, J. (2010). That was then; this is now— some further thoughts. *Journal of Systemic Therapies*, 29(4), 1 – 9.
- Wiener, R. (1988). *Cibernética y sociedad*. Sudamericana.

APÉNDICES



Apéndice A.
Formato para jueces



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Residencia en Terapia Familiar
FES Zaragoza

Validez de contenido: Juicio de expertos - Escala de Empatía
del terapeuta

Fecha: _____

Folio: _____

En el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, Residencia en Terapia Familiar, se está efectuando una investigación con el propósito de construir una escala que mida la empatía de los terapeutas.

A continuación se le solicitan algunos datos personales y laborales. La información que brinde es confidencial y solo con fines de investigación y manejo estadístico.

Datos personales

Grado académico: () Licenciatura () Especialidad () Maestría ()
Doctorado

Edad: _____ años

Sexo: () Hombre () Mujer

Datos laborales

Ocupación: () Docente () Investigador () Terapeuta

Lugar donde se desempeña: () Institución pública () Institución privada

Antigüedad en la ocupación que desempeña: _____ años

INSTRUCCIONES:

Se solicita su colaboración para conocer su punto de vista acerca de la pertinencia y utilidad de los reactivos planteados. Para ello se presentan las definiciones del constructo (Empatía, con tres dimensiones), acorde con las cuales valorará cada uno.

Empatía

Definición conceptual.- Se entiende por **Empatía** la habilidad para ponerse en el lugar de la otra persona, comprendiendo sus experiencias, creencias, ideas y sentimientos, así como para comunicarle que se le comprende (Silva, 2019).

Definición operacional.- Considerando diversos instrumentos existentes (Acorta, González, Tavitas, 2005; Martínez, 2012; Díaz, Andrade y Nadelsticher, 2017, en García, 2017; Lozano, 2018), se integró una escala con 54 reactivos que consideran aspectos cognitivos, conductuales y emocionales.

Cognitiva.- Es el conocimiento que posee el terapeuta de las ideas y creencias del paciente con que trabaja, y aceptación de las mismas aunque no concuerden con las propias.

Emocional.- Es la identificación que hace el terapeuta de los sentimientos del paciente con quien trabaja, y el reconocimiento que se hace de los mismos como válidos.

Conductual.- Es la comunicación que hace el terapeuta hacia su paciente mediante acciones, prescripciones o intervenciones.

En seguida se le presenta un formato que contiene los reactivos del instrumento. Se le pide que: indique a cuál dimensión corresponde cada reactivo (cognitiva, emocional o conductual), y sus características anotadas en las siguientes columnas. Exponga su punto de vista de las características colocando (✓) en caso de estar de acuerdo, y en caso de no estar de acuerdo, coloque (X).

Reactivo	Enunciado	Dimensión a la que considero que pertenece	Considero que el reactivo está relacionado con el constructo a medir	Considero que el reactivo es representativo de la dimensión del constructo	Considero que el reactivo está bien redactado, es claro y el lenguaje es pertinente	Considero que el reactivo es relevante para la escala	Observaciones
1	Identifico los sentimientos de mis pacientes						
2	Cuando es necesario, tengo un buen sentido de humor para apoyar a la intervención						
3	La empatía aumenta mi éxito como terapeuta						
4	Cuando atiendo a mis pacientes, me						

	planteo su forma de ver las cosas						
5	Siento que las experiencias personales de mis pacientes son relevantes para la terapia						
6	Actúo empáticamente porque es esencial en la psicoterapia						
7	Si comprendo los sentimientos de mis pacientes, les ayudo mejor						
8	Siento que, para el tratamiento, es necesario comprender los sentimientos de mis pacientes y sus familiares						
9	Cuando mis pacientes desvían la conversación del motivo de consulta, intento						

	comprender el motivo						
10	Reconocer el estado emocional de mis pacientes mejora la relación terapéutica						
11	Siento que las molestias psicológicas de mis pacientes se relacionan con lo que está pasando en sus vidas						
12	Hago lo posible por mostrar apertura a las emociones e ideas de mis pacientes						
13	Conozco la forma de pensar mis pacientes						
14	Siento que las emociones de mis pacientes tienen relación con sus molestias psicológicas						
15	Trato de ayudar a los pacientes						

	porque sé que es importante para ellos						
16	Soy consciente de que poner atención al lenguaje no verbal de mis pacientes ayuda a mejorar la relación						
17	La relación que llevo con mis pacientes es fundamental para los resultados del tratamiento						
18	Aplico intervenciones específicas para ayudar a mis pacientes a resolver sus problemas						
19	Pongo atención al lenguaje no verbal de mis pacientes para entender lo que piensan						
20	Disfruto del arte y leo textos						

	distintos a mi profesión						
21	Promuevo que mis pacientes apliquen a sus problemas lo trabajado en terapia						
22	Me preocupan las cosas malas que le pasan a mis pacientes						
23	Durante las sesiones, estoy al tanto de las emociones de mis pacientes						
24	Le comunico a mis pacientes las fortalezas que descubro en ellos						
25	Me incomoda cuando alguien le falta al respeto a mis pacientes						
26	Me es esencial conocer las relaciones de mis pacientes con sus familiares, porque son cruciales para la terapia						
27	Le hago preguntas a						

	mis pacientes de manera que llego a conocer su visión del problema						
28	Me intereso por mis pacientes para que sean más afortunados						
29	Logro ver los problemas de mis pacientes como ellos lo hacen						
30	Le prescribo a mis pacientes tareas acordes con su forma de ver el problema						
31	Me doy cuenta cuando mis pacientes están tristes, aunque no me lo digan						
32	Aunque todos somos distintos, siento que puedo ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes						
33	Adeco mis intervenciones a la forma						

	como mis pacientes perciben su situación						
34	Identifico los estados de ánimo de mis pacientes						
35	Me regocijo cuando mis pacientes se sienten bien						
36	Utilizo un leguaje semejante al de mis pacientes						
37	Razono la forma de ayudar a los pacientes que se hacen daño						
38	Me place cuando mis pacientes son felices						
39	Me comunico con mis pacientes usando palabras que les resulten entendibles						
40	Me interesa saber cómo se sienten mis pacientes						

41	Disfruto cuando logro que mis pacientes se sientan mejor						
42	Por momentos, reproduzco el lenguaje corporal de mi paciente para que sienta que tenemos cosas en común						
43	Considero válido que los pacientes lloren de felicidad						
44	Si mis pacientes lloran, siento que es válido que lo hagan						
45	Al plantear objetivos terapéuticos, tomo en cuenta la perspectiva de mis pacientes						
46	Me intereso en lo que comunica mi paciente						
47	Cuando mis pacientes						

	están disgustados, siento un fuerte impulso de ayudarles						
48	Al prescribir una tarea, les pregunto a mis pacientes si están de acuerdo con ella						
49	Acepto las diferencias entre la percepción de mi paciente y la mía						
50	Me conmueven aquellos pacientes que son tratados injustamente por alguien						
51	Durante el proceso, le manifiesto a mis pacientes que los estoy comprendiendo						
52	Identifico en qué etapa del ciclo vital se encuentran mis pacientes						
53	Cuando noto que se aprovechan de						

Apéndice B. Tablas de discriminación de reactivos mediante la prueba T de Student

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Reactivo1	Se asumen varianzas iguales	18.870	.000	-41.300	228	.000	-1.052	.025	-1.102	-1.002
	No se asumen varianzas iguales			-58.280	152.000	.000	-1.052	.018	-1.088	-1.017

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo2	Se asumen varianzas iguales	55.843	.000	- 49.844	228	.000	-1.074	.022	-1.117	-1.032
	No se asumen varianzas iguales			- 36.682	80.000	.000	-1.074	.029	-1.132	-1.016

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo4	Se asumen varianzas iguales	226.552	.000	- 24.784	228	.000	-1.292	.052	-1.395	-1.189
	No se asumen varianzas iguales			- 30.102	136.000	.000	-1.292	.043	-1.377	-1.207

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo6	Se asumen varianzas iguales	24.934	.000	- 74.729	228	.000	-1.033	.014	-1.061	-1.006
	No se asumen varianzas iguales			- 44.217	59.000	.000	-1.033	.023	-1.080	-.987

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo7	Se asumen varianzas iguales	107.480	.000	- 12.588	228	.000	-1.369	.109	-1.583	-1.155
	No se asumen varianzas iguales			- 36.951	205.000	.000	-1.369	.037	-1.442	-1.296

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Reactivo8	Se asumen varianzas iguales	70.125	.000	- 37.300	228	.000	-1.109	.030	-1.168	-1.051
	No se asumen varianzas iguales			- 38.627	118.000	.000	-1.109	.029	-1.166	-1.052

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo10	Se asumen varianzas iguales	106.913	.000	- 47.012	228	.000	-1.107	.024	-1.154	-1.061
	No se asumen varianzas iguales			- 26.547	55.000	.000	-1.107	.042	-1.191	-1.024

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo11	Se asumen varianzas iguales	315.304	.000	- 37.799	228	.000	-1.209	.032	-1.272	-1.146
	No se asumen varianzas iguales			- 24.158	66.000	.000	-1.209	.050	-1.309	-1.109

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Reactivo13	Se asumen varianzas iguales	314.259	.000	- 22.172	228	.000	-1.500	.068	-1.633	-1.367
	No se asumen varianzas iguales			- 26.688	135.000	.000	-1.500	.056	-1.611	-1.389

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo14	Se asumen varianzas iguales	46.532	.000	- 53.428	228	.000	-1.063	.020	-1.103	-1.024
	No se asumen varianzas iguales			- 38.568	78.000	.000	-1.063	.028	-1.118	-1.008

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo15	Se asumen varianzas iguales	374.955	.000	- 30.745	228	.000	-1.294	.042	-1.377	-1.211
	No se asumen varianzas iguales			- 23.503	84.000	.000	-1.294	.055	-1.404	-1.185

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo16	Se asumen varianzas iguales	264.573	.000	- 22.587	228	.000	-1.509	.067	-1.640	-1.377
	No se asumen varianzas iguales			- 22.391	113.000	.000	-1.509	.067	-1.642	-1.375

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo17	Se asumen varianzas iguales	477.197	.000	- 34.060	228	.000	-1.261	.037	-1.334	-1.188
	No se asumen varianzas iguales			- 26.777	87.000	.000	-1.261	.047	-1.355	-1.168

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo18	Se asumen varianzas iguales	53.000	.000	- 55.919	228	.000	-1.065	.019	-1.102	-1.027
	No se asumen varianzas iguales			- 33.843	61.000	.000	-1.065	.031	-1.127	-1.002

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Reactivo19	Se asumen varianzas iguales	163.890	.000	- 15.409	228	.000	-1.342	.087	-1.513	-1.170
	No se asumen varianzas iguales			- 37.063	195.000	.000	-1.342	.036	-1.413	-1.270

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo20	Se asumen varianzas iguales	131.976	.000	- 16.201	228	.000	-1.476	.091	-1.655	-1.296
	No se asumen varianzas iguales			- 26.127	165.000	.000	-1.476	.056	-1.587	-1.364

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Reactivo21	Se asumen varianzas iguales	72.574	.000	- 23.523	228	.000	-1.174	.050	-1.272	-1.075
	No se asumen varianzas iguales			- 38.350	166.000	.000	-1.174	.031	-1.234	-1.113

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo22	Se asumen varianzas iguales	72.749	.000	- 15.271	228	.000	-1.259	.082	-1.421	-1.096
	No se asumen varianzas iguales			- 37.379	196.000	.000	-1.259	.034	-1.325	-1.192

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo23	Se asumen varianzas iguales	154.302	.000	- 23.029	228	.000	-1.257	.055	-1.364	-1.149
	No se asumen varianzas iguales			- 32.182	151.000	.000	-1.257	.039	-1.334	-1.179

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo24	Se asumen varianzas iguales	23.365	.000	- 35.020	228	.000	-1.068	.031	-1.128	-1.008
	No se asumen varianzas iguales			- 53.561	160.000	.000	-1.068	.020	-1.108	-1.029

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo25	Se asumen varianzas iguales	434.191	.000	- 34.729	228	.000	-1.250	.036	-1.321	-1.179
	No se asumen varianzas iguales			- 26.300	83.000	.000	-1.250	.048	-1.345	-1.155

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Reactivo26	Se asumen varianzas iguales	135.644	.000	- 22.002	228	.000	-1.258	.057	-1.371	-1.145
	No se asumen varianzas iguales			- 31.666	154.000	.000	-1.258	.040	-1.337	-1.180

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo27	Se asumen varianzas iguales	303.518	.000	- 37.793	228	.000	-1.206	.032	-1.269	-1.143
	No se asumen varianzas iguales			- 24.411	67.000	.000	-1.206	.049	-1.304	-1.107

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo28	Se asumen varianzas iguales	17.433	.000	- 79.219	228	.000	-1.026	.013	-1.052	-1.001
	No se asumen varianzas iguales			- 55.526	75.000	.000	-1.026	.018	-1.063	-.989

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo31	Se asumen varianzas iguales	30.853	.000	- 12.616	228	.000	-1.990	.158	-2.301	-1.679
	No se asumen varianzas iguales			- 32.636	199.000	.000	-1.990	.061	-2.110	-1.870

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo36	Se asumen varianzas iguales	225.312	.000	- 17.936	228	.000	-1.523	.085	-1.690	-1.355
	No se asumen varianzas iguales			- 32.429	175.000	.000	-1.523	.047	-1.615	-1.430

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo37	Se asumen varianzas iguales	326.252	.000	- 21.329	228	.000	-1.569	.074	-1.714	-1.424
	No se asumen varianzas iguales			- 20.239	108.000	.000	-1.569	.078	-1.722	-1.415

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo38	Se asumen varianzas iguales	167.859	.000	- 38.420	228	.000	-1.159	.030	-1.218	-1.099
	No se asumen varianzas iguales			- 28.548	81.000	.000	-1.159	.041	-1.239	-1.078

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo39	Se asumen varianzas iguales	439.525	.000	- 25.959	228	.000	-1.407	.054	-1.514	-1.300
	No se asumen varianzas iguales			- 26.649	117.000	.000	-1.407	.053	-1.511	-1.302

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Reactivo40	Se asumen varianzas iguales	92.411	.000	- 30.901	228	.000	-1.157	.037	-1.231	-1.084
	No se asumen varianzas iguales			- 29.066	107.000	.000	-1.157	.040	-1.236	-1.078

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Reactivo41	Se asumen varianzas iguales	382.860	.000	- 28.319	228	.000	-1.341	.047	-1.434	-1.248
	No se asumen varianzas iguales			- 22.263	87.000	.000	-1.341	.060	-1.461	-1.221

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Reactivo42	Se asumen varianzas iguales	309.392	.000	- 23.202	228	.000	-1.433	.062	-1.554	-1.311
	No se asumen varianzas iguales			- 21.070	103.000	.000	-1.433	.068	-1.568	-1.298

Apéndice C. Versión definitiva de la Escala de Empatía Terapéutica EMPATER

Instrucciones: A continuación, se le pide responder algunos enunciados. No hay respuestas buenas ni malas, es su opinión. Por favor seleccione la opción que mejor refleje su manera de actuar.

Reactivo	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Identifico los sentimientos de mis pacientes					
Cuando mis pacientes desvían la conversación del motivo de consulta, intento comprender el motivo					
Hago lo posible por mostrar apertura a las emociones e ideas de mis pacientes					
Conozco la forma de pensar mis pacientes					
Durante las sesiones, estoy al tanto de las emociones de mis pacientes					
Identifico los estados de ánimo de mis pacientes					
Acepto las diferencias entre la percepción de mi paciente y la mía					
Me preocupan las cosas malas que le pasan a mis pacientes					

Adecuo mis intervenciones a la forma como mis pacientes perciben su situación					
Me regocijo cuando mis pacientes se sienten bien					
Me place cuando mis pacientes son felices					
Cuando mis pacientes están disgustados, siento un fuerte impulso de ayudarles					
Me conmueven aquellos pacientes que son tratados injustamente por alguien					
Le comunico a mis pacientes las fortalezas que descubro en ellos					
Me es esencial conocer las relaciones de mis pacientes con sus familiares, porque son cruciales para la terapia					
Le hago preguntas a mis pacientes de manera que llego a conocer su visión del problema					
Utilizo un lenguaje semejante al de mis pacientes					
Me comunico con mis pacientes usando palabras que les resulten entendibles					
Por momentos, reproduzco el lenguaje corporal de mi paciente para que sienta que tenemos cosas en común					

A lo largo del proceso, le manifiesto a mis pacientes que los acepto					
----------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

Los primeros siete reactivos, corresponden al conocimiento que posee el terapeuta de las ideas y creencias del paciente con que trabaja, y aceptación de las mismas aunque no concuerden con las propias (dimensión cognitiva). Los siguientes seis reactivos corresponden a la identificación que hace el terapeuta de los sentimientos del paciente con quien trabaja, y el reconocimiento que de los mismos como válidos (dimensión emocional). Los siete últimos reactivos corresponden a la comunicación que hace el terapeuta hacia su paciente mediante acciones, prescripciones o intervenciones (dimensión conductual).

Se otorga un punto por cada respuesta “Nunca”, dos puntos por cada respuesta “Casi nunca”, tres puntos por cada respuesta “A veces”, cuatro puntos por cada respuesta “Casi siempre” y cinco puntos por cada respuesta “Siempre”.

El puntaje mínimo para la parte cognitiva es de 7, y el máximo 35.

El puntaje mínimo para la parte emocional es 6, y el máximo 30

El puntaje mínimo para la parte conductual es 7, y el máximo 35

El puntaje total mínimo obtenible es de 20, y el máximo es de 100