

Carlota E.
Martín
Sanz



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Entrenamiento de la empatía en terapia focalizada en la emoción: el papel de la compasión del terapeuta

Autor: Carlota E. Martín Sanz
Director: Rafael Jódar Anchía

Entrenamiento de la empatía en terapia focalizada en la emoción: de la empatía a la compasión



MADRID | Enero 2025

Agradecimientos

Después de este arduo camino recorrido durante estos años, camino de luces y sombras, de lágrimas y alegrías pero sobre todo lleno de compasión que me han enseñado la inevitable y maravillosa interdependencia en la que vivimos en este mundo quiero dar las en primer lugar a mí siempre incansable director de este trabajo Rafa Jódar, gracias por acompañarme estos años de lucha, duda, incertidumbre, cambios... gracias por no perder nunca la paciencia conmigo, por adaptarte a mi lado, a los vuelcos que ha dado mi vida durante estos años, por estar siempre comprensivo a las subidas y las bajadas. Por todo el esfuerzo y el tiempo que has invertido en que este trabajo salga a la luz, por todas las oportunidades que me has ofrecido. Gracias por esas conversaciones en las que se pasaban las horas hablando sobre este tema y me hacían brillar los ojos de ilusión. Gracias por darme tu apoyo en los momentos en los que casi me rindo, pero sobre todo, por no perder nunca la fe en mí y en que este trabajo pudiera salir adelante.

A mi marido Yuri, porque si hay alguien en el mundo que ha estado siguiendo bien de cerca las lágrimas de alegría y de tristeza que ha generado este trabajo en mí, ha sido él. Gracias por todo el amor que me has dado durante este camino, el cual ha sido el motor que he mantenido en marcha este proyecto. Gracias infinitas por tu generosidad, dándome el tiempo, el espacio y el ánimo que necesitaba para sacar este trabajo adelante. Gracias por tantos abrazos, por tantas alegrías celebradas, y por recordarme una y mil veces que esto tenía sentido. Gracias por ser mi compañero de vida; por sostenerme tantas veces, por hacerme dudar, por abrazar cada una de esas dudas y hacerme sentir inmensamente afortunada de tenerte a mi lado. Gracias por tus traducciones, por tus consejos, por tu confianza en mí. Ojalá pueda acompañarte en esta vida con tanto amor y paciencia como tú me has acompañado a mí.

Y gracias a mi hijo Kyran, por darme su amor incondicional y recordarme que es este amor incondicional es lo único que importa. Gracias por regalarme tantas mañanas de sábados y domingos para que mamá se fuese escribir. Y por recibirme siempre a la vuelta con un abrazo y una sonrisa que hacía que poco importase las malas rachas y los

datos perdidos. Gracias por recordarme cada día, que el amor es lo que más importa en este mundo. Ojalá pueda ser la mamá que mereces tener.

Gracias a mis tíos Justi y Pedro, sin los cuales no habría llegado a ser quien soy. Gracias por hacerme el corazón grande, por sostener todos estos años de estudios, por financiar mi curiosidad siempre incansable, por haber sido refugio en la tormenta, y celebrar mis logros, por permitirme y acrecentar la sensibilidad que siempre he tenido. Por tantas horas al teléfono sintiendo con cada palabra de ánimo un abrazo en el que descansar. Gracias por ser ejemplo de lo que es verdaderamente la compasión y por haberme regalado esta compasión durante todos estos años. Gracias por tantos fines de semana regalándome un amor tan dulce y lleno de cuidado. Gracias por aceptarme tal y como soy y creer en mí.

Gracias a mi tita del alma (Manoli) quién me enseñó a ser libre y a descubrir que no había frontera que me parase. Te llevo en mi corazón aunque ya no estés aquí. Porque sé que la chispa que me empuja hacer lo imposible es la fe que has tenido siempre en que llegaría donde yo quisiera. Tú me has enseñado lo que es la compasión sabia y valiente que a veces implica decir que no.

Gracias a mi familia elegida; Violeta, Sandro, Sandra y Eva. Sois el amor alegre que me devuelva el camino una y otra vez. Gracias infinitas por vuestra ayuda tanto física como del alma. Gracias por los viajes compartidos llenos de risas, amor y comprensión en los que nunca faltaban conversaciones profundas que me daban la clave para seguir con este trabajo. Gracias por seguir ahí pase lo que pase. Por tanto amor compartido, por ser familia elegida. Por cada inmersión, cada paseo por el campo con Kyrito, por celebrar con sushi, por cada receta compartida, por cada consejo de estética y por volar junto a mi alma con las cosas misteriosas de la vida.

Gracias a César, compañero de caminos compasivos, siempre dispuesto a echar una mano desde la distancia, aunque siempre cerquita en el corazón. No tengo palabras suficientes para agradecerte todo lo que he aprendido a tu lado y toda la amable ayuda que jamás dudaste ni un segundo en regalarme. Gracias por las conversaciones de horas

que parecían minutos y que hacía que todo se sintiera más ameno, menos importante. Gracias por devolverme a lo verdaderamente importante. Ojalá todo el esfuerzo realizado por este trabajo te lleve al Dewachen.

Gracias Teresita, por siempre saber que iba a lograrlo. Por recordarme que la compasión siempre merece la pena. Por cuidarme y acompañarme todos esos años de descubrimiento personal. Gracias por abrirme la puerta hacia la naturaleza básica de mi mente. Porque gracias a tu inmensa amabilidad, hoy sigo recorriendo este camino de tratar de beneficiar a todos los seres. Gracias por cada libro, por cada té de primera cosecha con chocolate “del bueno”, gracias por tanta generosidad. Gracias por descubrirme a Ken y guiarme en mi crecimiento personal y espiritual.

Gracias a mi madre y a mi abuela, por enseñarme la compasión Ying y Yang. Por hacer que esté segura de mí misma en todas las decisiones que tomo. Por ser maestras de la vida en cuanto a comprender el sufrimiento que asola a los seres humanos. Por enseñarme lo que es de verdad luchar por lo que una quiere.

Gracias a mis pacientes, por enseñarme grandes lecciones de vida en cada sesión. Vosotros habéis sido inspiración constante en este trabajo. Gracias también a mis alumnos, que con vuestras preguntas habéis hecho que me pregunte una y otra vez, encontrando cada respuesta más y más profundas y descubrir que al final todo acaba en la importancia del amor. Gracias a Karma Tenpa, por darme un lugar libre y lleno de amor en el que simplemente ser, por todo lo que me has enseñado sobre la vida, el sufrimiento y la compasión. Es importante señalar aquí la inmensa generosidad y buen hacer de Mentxu Martín-Aragón, quien con sus excelsos conocimientos sobre focusing, ha permitido poder tener esta sección de entrenamiento, construida y guiada por ella.

Gracias a todos aquellos que de mil maneras me habéis acompañado en este camino, Blanca, Esther, María Jesús, María G., Cris, Pepe, Darya, Sara, Vicen, Anita, Ana, Darty, Primito, Tito Luis, Bea y Julio, Miguel Ángel y Eli.

Gracias a todos aquellos que me habéis enseñado que la compasión es el camino.

Resumen

El estudio de la empatía ha tenido una larga y remarcable historia a través de los años debido a su importancia en cuanto a factor decisivo dentro del éxito en los resultados terapéuticos (Elliott et al., 2018; Nienhuis et al., 2018). No obstante, en los últimos años se ha observado un merecido auge de la compasión como mediador y facilitador de aspectos clave del bienestar en general, y de las habilidades empáticas en particular. La compasión parece incrementar la regulación emocional, la felicidad, la autoestima, el rendimiento ante el desgaste de la empatía, la precisión empática y los comportamientos de autocuidado, entre otros. Estas dimensiones, a su vez, contribuyen directamente a la manifestación de la empatía en los terapeutas (Bebeau et al., 2016; Lamonthe et al., 2016; Luberto et al., 2018), así como con resultados terapéuticos (Hunt et al., 2021; Grepmair et al., 2007; Vivino et al., 2009; Sinclair et al., 2016; Singh et al., 2020).

El objetivo de este trabajo es estudiar el papel que la compasión de los terapeutas ejerce en la mejora de la empatía de terapeutas en formación. Para ello, se diseña un ensayo controlado aleatorizado que compara los resultados de un programa de formación en empatía apoyado en técnicas de compasión con un programa de entrenamiento en empatía control (acompañado por técnicas de Focusing).

El apartado teórico de la tesis revisa en dos capítulos dedicados a la empatía (capítulo 1) y la compasión (capítulo 2), recorriendo en ambos capítulos la definición y operacionalización de los constructos, el papel que juegan en el proceso de la psicoterapia y los programas de entrenamiento que consiguen promoverlas. En la sección empírica, se presentan seis estudios en la parte empírica de la tesis: Para realizar este estudio, se realizan previamente un estudio piloto para evaluar el cambio tras un programa de formación en empatía (estudio 1), y estudios de validación de instrumentos psicométricos para medir compasión (estudio 2, 3 y 4) y empatía (estudio 5). La parte empírica de esta tesis culmina con un estudio piloto de ensayo clínico (estudio 6), analizando el impacto de un estudio piloto de un entrenamiento online para incrementar la empatía,

comparándose dos condiciones: en un grupo en entrenamiento en empatía será potenciado por formación en cultivo de la compasión (Jinpa, 2015), mientras que en la condición de control, el entrenamiento en empatía será potenciado con ejercicios de Focusing o enfoque corporal (Gendlin, 2008). Nuestros resultados apuntan a que un entrenamiento en empatía y compasión mejora varios aspectos de la empatía, de la regulación emocional y la presencia terapéutica.

El primer estudio constituye una investigación pionera al evaluar los cambios logrados tras un entrenamiento en empatía, con el fin de incluir esta formación en un formato online en el último estudio. Tras el entrenamiento, se encuentran mejoras en empatía en diversas puntuaciones (toma de perspectiva, reducción en el malestar personal, aumento en el interés por las vivencias, así como en un mayor número de respuestas de sugerencias de proceso y observaciones de proceso). Los estudios 2, 3 y 4 muestran evidencia de validez factorial, convergente, divergente e invarianza factorial del cuestionario de Sussex-Oxford de compasión hacia otros (SOCS-O) (Gu et al., 2020). La estructura de cinco factores original se confirma en la adaptación que aquí presentamos, encontrando también una buena consistencia interna.

El último estudio piloto (estudio 6), ensayo controlado aleatorizado, muestra que únicamente el grupo que recibe el entrenamiento en empatía y compasión presenta tamaños en efecto entre moderados y grandes, y cuyo intervalo de confianza excluye el cero, encontrándose mejoras en la presencia terapéutica (versión del terapeuta), regulación emocional, perspectiva y comprensión empática (TECA), entendimiento empático (EU), y un menor malestar empático (IRI).

Se discuten las implicaciones que estos resultados tienen para la investigación y la formación de terapeutas.

Abstract

The study of empathy has had a long and remarkable history over the years due to its importance as a decisive factor in the success of therapeutic outcomes (Elliott et al., 2018; Nienhuis et al., 2018). However, in recent years, compassion has deservedly gained prominence as a mediator and facilitator of key aspects of overall well-being, and particularly of empathic skills. Compassion appears to enhance emotional regulation, happiness, self-esteem, resilience against empathy fatigue, empathic accuracy, and self-care behaviors, among other benefits. These dimensions, in turn, directly contribute to the manifestation of empathy in therapists (Bebeau et al., 2016; Lamonthe et al., 2016; Luberto et al., 2018), as well as to therapeutic outcomes (Hunt et al., 2021; Grepmaier et al., 2007; Vivino et al., 2009; Sinclair et al., 2016; Singh et al., 2020).

The objective of this work is to study the role that therapists' compassion plays in improving the empathy of trainee therapists. To this end, a randomized controlled trial is designed to compare the outcomes of an empathy training program supported by compassion techniques with a control empathy training program (accompanied by Focusing techniques).

The theoretical section of the thesis is divided into two chapters dedicated to empathy (Chapter 1) and compassion (Chapter 2), covering the definition and operationalization of these constructs, their role in the psychotherapy process, and training programs aimed at promoting them. The empirical section presents six studies: first, a pilot study evaluates changes following an empathy training program (Study 1). Validation studies of psychometric instruments to measure compassion (Studies 2, 3, and 4) and empathy (Study 5) are also conducted. The empirical section culminates in a pilot clinical trial (Study 6), analyzing the impact of an online empathy training program designed to enhance empathy. Two conditions are compared: in one group, empathy training is supplemented with compassion cultivation training (Jinpa, 2015), while in the control group, empathy training is enhanced with Focusing or body-centered exercises

(Gendlin, 2008). Our results suggest that training in empathy and compassion improves various aspects of empathy, emotional regulation, and therapeutic presence.

The first study constitutes a pioneering investigation into the changes achieved following empathy training, aiming to incorporate this training into an online format for the final study. Post-training, improvements in empathy are observed across several measures (perspective-taking, reduction of personal distress, increased interest in others' experiences, and a greater number of process suggestions and process observations). Studies 2, 3, and 4 provide evidence of factorial, convergent, divergent, and factorial invariance validity of the Sussex-Oxford Compassion for Others Questionnaire (SOCS-O) (Gu et al., 2020). The original five-factor structure is confirmed in the adaptation presented here, which also shows good internal consistency.

The final pilot study (Study 6), a randomized controlled trial, shows that only the group receiving empathy and compassion training achieves moderate-to-large effect sizes, with confidence intervals excluding zero. Improvements are found in therapeutic presence (therapist version), emotional regulation, perspective-taking and empathic understanding (TECA), empathic understanding (EU), and reduced empathic distress (IRI). The implications of these results for therapist training and research are discussed.

Índice

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	4
ABSTRACT	6
ÍNDICE DE TABLAS	10
ÍNDICE DE FIGURAS	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO 1.- EMPATÍA	21
1.- DEFINICIÓN DE EMPATÍA Y SU OPERACIONALIZACIÓN	21
1.1 Origen y evolución del concepto	22
1.2. Conceptualización del proceso empático en la Terapia Focalizada en la Emoción ..	31
2.- ASOCIACIÓN DE LA EMPATÍA CON LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS	34
2.1. El impacto de la empatía en los resultados terapéuticos.....	35
2.2. Mecanismos mediacionales del efecto de la empatía sobre los resultados terapéuticos	36
2.3.- Factores facilitadores en la empatía en el contexto terapéutico	39
3.- PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO DE LA EMPATÍA.....	41
3.1. Entrenamiento en empatía	42
3.2. Estudios sobre programas de entrenamiento en empatía	46
CAPÍTULO 2. COMPASIÓN HACIA LOS DEMÁS	48
1. DEFINICIÓN DE COMPASIÓN HACIA OTROS Y SU OPERACIONALIZACIÓN	48
2. ASOCIACIÓN DE LA COMPASIÓN EXPERIMENTADA POR EL TERAPEUTA CON LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS	53
2.1. MECANISMOS MEDIACIONALES: ¿AFECTA LA COMPASIÓN A OTROS PROCESOS INTERMEDIOS QUE	
PROMUEVEN A SU VEZ EL CAMBIO EN SÍNTOMAS Y BIENESTAR?.....	55
2.1.2 La compasión promueve la regulación emocional.....	56
2.1.3 La compasión promueve la Alianza Terapéutica	59
2.1.4- La compasión del terapeuta rebaja la defensividad del paciente y promueve la exploración.	
.....	59
2.1.5- La compasión del terapeuta propicia la transformación emocional de memorias emocionales	
desadaptativas.	60
2.2. FACTORES FACILITADORES DE LA COMPASIÓN EN PSICOTERAPIA	64
3.- PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO DE LA COMPASIÓN	68
3.1. PROTOCOLO DE ENTRENAMIENTO EN COMPASIÓN, DE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA COMPASIÓN	
(CBCT).	69
3.2. EL ENTRENAMIENTO EN COMPASIÓN SOSTENIDA (<i>SUSTAINABLE COMPASSION TRAINING</i> ; SCT).....	71
3.3. EL ENTRENAMIENTO EN COMPASIÓN BASADA EN APEGO (<i>ATTACHMENT-BASED COMPASSION TRAINING</i> ;	
ABCT).....	72
3.4. EL ENTRENAMIENTO EN MEDITACIÓN DE AMABILIDAD AMOROSA (<i>LOVING KINDNESS MEDITATION</i> ; LKM) ...	72
3.4. LA TERAPIA FOCALIZADA EN LA COMPASIÓN (CFT).....	73
3.5. ENTRENAMIENTO EN EL CULTIVO DE LA COMPASIÓN.	74
CAPÍTULO 3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y PROPUESTA DE LOS PROGRAMAS DE	
ENTRENAMIENTO.....	76
CAPÍTULO 4: ESTUDIOS EMPÍRICOS	92
PARTE 1. ENTRENAMIENTO EN SINTONIZACIÓN EMPÁTICA	94
ESTUDIO 1: ESTUDIO PILOTO SOBRE EL ENTRENAMIENTO PRESENCIAL EN SINTONIZACIÓN	
EMPÁTICA	94
MÉTODO	94

RESULTADOS	97
Discusión	100
PARTE 2 VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SUSSEX-OXFORD DE COMPASIÓN HACIA OTROS (SOCS-O)	103
ESTUDIO 2. VALIDEZ FACTORIAL, CONVERGENTE Y DIVERGENTE DEL CUESTIONARIO SUSSEX-OXFORD DE COMPASIÓN HACIA OTROS (SOCS-O)	103
MÉTODO	103
Procedimiento	105
Análisis de Datos	105
RESULTADOS	106
Discusión	111
ESTUDIO 3: INVARIANZA FACTORIAL DEL SUSSEX-OXFORD DE COMPASIÓN HACIA OTROS (SOCS-O)	116
MÉTODO	116
RESULTADOS	116
DISCUSIÓN	118
PARTE 3: ESTUDIO PILOTO COMPLETAMENTE ALEATORIZADO	120
ASIGNACIÓN	120
ANÁLISIS	120
RECLUTAMIENTO	120
ESTUDIO 4: VALIDEZ DIVERGENTE DEL SOCS	121
MÉTODO	121
RESULTADOS	123
Discusión	126
ESTUDIO 5: VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EMPATÍA PERCIBIDA DE BARRET	128
MÉTODO	128
RESULTADOS	130
Discusión	133
ESTUDIO 6: ESTUDIO PILOTO DEL EFECTO DE UN ENTRENAMIENTO ONLINE PARA INCREMENTAR LA EMPATÍA	136
MÉTODO	137
RESULTADOS	144
Discusión	155
CONCLUSIÓN FINAL	162
REFERENCIAS	167
ANEXOS	181
ANEXO 1. INSTRUMENTOS:	185
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO FASE 1	190
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO FASE 2	193
ANEXO 4. INSTRUCCIONES PARA EVOCAR AUTOCRÍTICA DE WELTON	195
ANEXO 5; PROGRAMA DE EMPATÍA	196
ANEXO 6; PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN COMPASIÓN PARA FACILITAR LA EMPATÍA DEL TERAPEUTA	202
ANEXO 7; PROGRAMA FOCUSING	244
ANEXO 6; TAREAS POR PAREJAS DE LOS ENTRENAMIENTOS	254

Índice de tablas

TABLA 1. RESPUESTAS EMPÁTICAS Y NECESIDADES DE PROCESAMIENTO EMOCIONAL	33
TABLA 2. TEMAS Y PRÁCTICAS DE CADA SEMANA EN EL PROGRAMA DE FORMACIÓN ONLINE DE SINTONIZACIÓN	
EMPÁTICA AL AFECTO	81
TABLA 3. INTEGRACIÓN DE LOS TRES PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO, SEMANA A SEMANA.....	87
TABLA 4. MEDIDAS DE EMPATÍA (IRI) ANTES Y DESPUÉS DEL ENTRENAMIENTO	97
TABLA 5. INTENCIONES DE RESPUESTA ANTES Y DESPUÉS DEL ENTRENAMIENTO	98
TABLA 6. RESPUESTAS EMPÁTICAS EMPLEADAS, ANTES Y DESPUÉS DEL ENTRENAMIENTO	98
TABLA 7. RESPUESTAS AMODALES ANTES Y DESPUÉS DEL ENTRENAMIENTO	99
TABLA 8. AJUSTE PARA LOS 3 MODELOS, COMPASIÓN HACIA OTROS (SOCS-O)	106
TABLA 9. SATURACIONES DE CADA ÍTEM EN EL FACTOR CORRESPONDIENTE.	108
TABLA 10. CORRELACIONES ENTRE LOS INSTRUMENTOS EMPLEADOS	110
TABLA 11. DIFERENCIA ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN COMPASIÓN HACIA OTROS	111
TABLA 12. COMPARACIÓN DE MODELOS EN LA INVARIANZA FACTORIAL	117
TABLA 13. INDICADORES DE CONSISTENCIA INTERNA PARA LAS ESCALAS DE COMPASIÓN HACIA OTROS (SOCS-o)	121
TABLA 14. CORRELACIONES DE PEARSON ENTRE LAS MEDIDAS DEL ESTUDIO	125
TABLA 15. INDICADORES DE CONSISTENCIA INTERNA PARA LA ESCALA DE EMPATÍA IRI.....	128
TABLA 16. INDICADORES DE CONSISTENCIA INTERNA PARA LA ESCALA DE EMPATÍA TECA	129
TABLA 17. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LAS MEDIDAS DE EMPATÍA DEL ESTUDIO	130
TABLA 18. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LAS MEDIDAS DE COMPRENSIÓN EMPÁTICA Y PRESENCIA	131
TABLA 19. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LAS MEDIDAS DE COMPRENSIÓN EMPÁTICA Y AUTOCRÍTICA DEL "PACIENTE"	131
TABLA 20. MODELO DE REGRESIÓN MÚLTIPLE POR PASOS, CON PRESENCIA COMO VARIABLE DEPENDIENTE, Y VARIABLES DE EMPATÍA COMO VARIABLES INDEPENDIENTES	132
TABLA 21. CONSISTENCIA INTERNA DE LOS INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME EMPLEADOS EN EL ESTUDIO 6, EN MOMENTO INICIAL Y TRAS EL ENTRENAMIENTO	139
TABLA 22. RESULTADOS DE LOS MODELOS LINEALES MIXTOS CON GRUPO Y TIEMPO COMO FACTORES FIJOS, TERAPEUTA COMO VARIABLE ALEATORIA	145
TABLA 23. RESULTADOS DE LOS MODELOS LINEALES MIXTOS, CON GRUPO Y TIEMPO (EFECTOS FIJOS) Y TERAPEUTA (EFECTO ALEATORIO). CAMBIOS EN COMPASIÓN.....	150
TABLA 24. RESULTADOS DE LOS MODELOS LINEALES MIXTOS, CON GRUPO Y TIEMPO (EFECTOS FIJOS) Y TERAPEUTA (EFECTO ALEATORIO). CAMBIOS EN EMPATÍA EXPRESADA.....	152
TABLA 25. TAMAÑO DEL EFECTO INTRAGRUPO (CAMBIO DESPUÉS DEL PROGRAMA RESPECTO A VALORES INICIALES).	153
TABLA 26. TAMAÑO DEL EFECTO INTERGRUPO	154

Índice de Figuras

FIGURA 1. DIAGRAMA CONSORT DEL ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO	120
FIGURA 2. CAMBIO EN PRESENCIA (VERSIÓN DEL TERAPEUTA) EN LOS DOS GRUPOS DE ENTRENAMIENTO	147
FIGURA 3. CAMBIO EN REGULACIÓN EMOCIONAL (DIFICULTADES ATENCIONALES) EN LOS DOS GRUPOS DE ENTRENAMIENTO.....	147
FIGURA 4. CAMBIO EN REGULACIÓN EMOCIONAL (DIFICULTADES DE REGULACIÓN) EN LOS DOS GRUPOS DE ENTRENAMIENTO.....	148
FIGURA 5. CAMBIO EN EMPATÍA (COMPRENSIÓN EMPÁTICA) EN LOS DOS GRUPOS DE ENTRENAMIENTO	149
FIGURA 6. CAMBIOS EN COMPRENSIÓN EMPÁTICA (VERSIÓN TERAPEUTA) EN LOS DOS GRUPOS DE ENTRENAMIENTO	149

Introducción:

“El amor y la compasión son necesidades, no lujos,
sin ellos la humanidad no puede sobrevivir”

(Dalai Lama)

Cuando un estudiante de Psicología comienza sus estudios, una de las primeras cosas de las que se le habla es sobre la empatía. La empatía es la piedra nuclear sobre la que se va construyendo el ser del terapeuta. Luego un estudiante aprende sobre estructuras de la mente, técnicas, procesos... sin embargo, durante toda la fase de aprendizaje, la empatía es el río subterráneo del que se habla constantemente pero desafortunadamente solo sale esporádicamente a la luz en forma de pinceladas de teoría.

Probablemente cualquier alumno en cualquier lugar del planeta, haya recibido estas pinceladas sobre la empatía que el gran maestro Carl Rogers nos dejó. Quizás haya escuchado sobre la aceptación incondicional, la congruencia y la empatía y cómo estas son las condiciones suficientes y necesarias para un proceso terapéutico exitoso. No obstante, a la luz de esta teoría, comienzan a abrirse innumerables preguntas sobre cómo poder desarrollar estas condiciones internas del terapeuta. Quizás desarrollar la congruencia tenga más que ver con un proceso personal de honestidad con uno mismo, pero, ¿Cómo un terapeuta puede desarrollar su empatía y su aceptación incondicional?

Existen corrientes terapéuticas dentro de la psicología que abordan la empatía como núcleo de la psicoterapia. En particular todas las corrientes humanistas dan a la empatía un papel nuclear dentro del encuentro terapéutico. Desde la terapia centrada en la persona de Carl Rogers hasta la Gestalt de Fritz Perls, han centrado gran parte de la terapia en la importancia del vínculo terapéutico y la empatía entre terapeuta y paciente. Sin embargo, no es hasta la aparición de la terapia focalizada en la emoción (TFE) de Leslie Greenberg, el punto en el que encontramos una articulación paso a paso del proceso

de la empatía. Dentro de esta terapia, existe una parte nuclear que se centra en trabajar con la empatía, entendiendo esta no solo como la comprensión del estado interno del paciente, sino también de la comprensión de las necesidades de procesamiento subyacente de la experiencia del mismo. Añadido a esto, dicho modelo también se focaliza en, una vez comprendida la experiencia del paciente, la habilidad de dar una respuesta empática que permita que la experiencia del paciente pueda desarrollarse de tal forma que éste se sienta no solo comprendido, sino que también, la experiencia sea validada y de esta manera que pueda seguir profundizando en su experiencia, dándole sentido y transformando aquellas partes de la experiencia que necesitasen tornarse adaptativas.

No obstante, si bien la terapia focalizada en la emoción explica la empatía a un nivel profundo y a la vez procesual, la empatía es también una cuestión relacional y preverbal, que implica una comunicación de cuerpo a cuerpo, de corazón a corazón. Existe en la psicoterapia una comunicación corporal, que va más allá de gestos o posiciones corporales, y que entraña también cuestiones tan sutiles como la sincronización cerebral e incluso la sincronización de la frecuencia cardíaca. Los seres humanos nos comunicamos con todo nuestro cuerpo, órganos incluidos, y es por esto, por lo que es tan importante que el terapeuta pueda experimentar sensaciones internas y emociones que no solo le ayuden a regularse a él, sino que, a través de la sincronización, ayuden a al paciente a regularse y a percibir en su terapeuta un estado de calma y comprensión.

Así, podemos entender que la empatía se subdivide en dos procesos básicos: el primero trata sobre la comprensión del proceso interno del paciente y el conocimiento sobre qué tipo de reflejos articular para que el paciente se sienta comprendido y se puedan dar respuestas a esas necesidades subyacentes de procesamiento emocional. El segundo de ellos, relacional, sin embargo, es más sutil y profundo y trata sobre la percepción que el paciente tiene del vínculo con su terapeuta, el cual podría estar mediado por esta sincronización inconsciente de los procesos internos del terapeuta y el paciente.

Y es justo tratando de abordar esta segunda vía de la empatía, la razón por la que hemos desarrollado este trabajo. Revisando la literatura científica encontramos que

existen varios entrenamientos en empatía que se basan en desarrollar el primer proceso mencionado anteriormente, sin embargo, existen escasos estudios que se centren en desarrollar la empatía trabajando con el “ser” del terapeuta. De hecho, encontramos numerosos estudios científicos hablando sobre la fatiga por empatía, lo cual apunta a que estos, solo tienen en cuenta esa empatía que surge del hacer, y que solo tienen en cuenta la resonancia emocional con el sufrimiento del otro.

Gracias a nuestras neuronas espejo, podemos empatizar con las emociones de otras personas. De hecho, hace ya tiempo se ha descubierto que cuando simpatizamos con una persona que está sufriendo, se activan en nuestro cerebro las mismas áreas del dolor (Loggia et al., 2008). Actualmente se ha descubierto que cuando una persona siente compasión, no solo se activan esas mismas áreas del cerebro que son capaces de comprender el estado interno de la persona que tiene delante, sino que se activan también áreas del cerebro distintas relacionadas con el amor y con sentimientos positivos. Se han realizado estudios científicos comparando grupos en los que se entrenaba en empatía a los participantes y se les pedía ser empáticos en una tarea posterior, con grupos en los que se les entrenaba en compasión y se ha observado que aquellos grupos entrenados en compasión no solo tenían emociones más positivas y se encontraban menos abrumados o sobrepasados, sino que también se activan diferentes zonas cerebrales (lo revisaremos en el capítulo 2). De la misma forma, existen ya numerosos estudios científicos que apuntan a que un entrenamiento en compasión en población general tiene numerosos beneficios entre los que se encuentran: cambios en el sistema nervioso autónomo vagal y aumento de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, disminución de la autocrítica, mejora de los síntomas asociados con la salud mental, mejora en el afrontamiento de las dificultades, disminución de emociones negativas y aumento del afecto positivo, la regulación emocional y la felicidad (ver capítulo 2).

Por todo esto, en este trabajo, nos planteamos dar un paso más allá, y no solo centrarnos en desarrollar la empatía, sino en desarrollar la compasión en los terapeutas tratando de averiguar qué efectos añadidos tiene este entrenamiento en compasión, cuando potencia el entrenamiento en empatía. Así, algunas de las preguntas que nos planteamos en este trabajo son las siguientes: ¿Es eficaz un entrenamiento en

sintonización empática desde la terapia focalizada en la emoción? ¿Qué beneficios puede tener para el terapeuta un entrenamiento en sintonización empática?, ¿Qué asociación presenta la empatía con diferentes variables como la regulación emocional, la compasión, la autocompasión y mindfulness?, Y por último ¿qué efectos tiene un entrenamiento en compasión en la empatía del terapeuta? Para abordar estas cuestiones, hemos necesitado abordar también cuestiones relacionadas con las medidas de las diferentes variables: ¿Tenemos alguna herramienta fiable que nos permita medir con pasión en castellano?, ¿Existen herramientas de evaluación de la empatía más allá del autoinforme del terapeuta?

En mi propio viaje personal, aprendiendo sobre cómo aliviar el sufrimiento de las personas que acuden a terapia, la teoría de Rogers fue la primera referencia la empatía que se quedó resonando en mi corazón. Así que con esta brújula marcando hacia el norte, no cesé en mi empeño por encontrar ese camino que me llevaría a desarrollar mi empatía. Fue durante estos años cuando comencé a leer libros sobre compasión de la mano de grandes maestros como el Dalai Lama y Matthieu Ricard, los cuales ablandaron mi corazón y me abrieron verdaderamente al sufrimiento del otro. Años más tarde encontré el modelo de terapia que realmente encajaba con mi mundo interno, mis creencias sobre la psicoterapia y mi estilo personal: la terapia focalizada en la emoción.

Por fin comencé a encontrar respuestas sobre cómo poder ser empático con los pacientes gracias a la comprensión que esta terapia aporta sobre los procesos empáticos y las necesidades de procesamiento subyacentes que el paciente experimenta durante la terapia. Sin embargo, sentía todo aquello un tanto mecánico, efectivo sin lugar a duda, pero de alguna manera, carente de una esencia más personal y profunda. Encontré un concepto interesante dentro de este modelo, la presencia terapéutica, o lo que es lo mismo, la capacidad de estar completamente presente con tu cuerpo y tu mente ante el paciente y su experiencia. A través de este concepto comencé a tejer hilos entre mi corazón y mi cabeza buscando las conexiones de algo que de alguna manera ya estaba presente en mí. Por aquella época, había ya practicado bastantes meditaciones sobre compasión, y me embarcaba en un curso para comprender más profundamente este concepto y poder desarrollarlo en mí (Entrenamiento centrado en la compasión; CCT). Fue en una de las

meditaciones del curso, cuando decidí poner a uno de mis pacientes qué más retos me planteaba en mi labor terapéutica. De repente me descubrí sintiendo un raudal de compasión por esta persona, que se lleva por delante mis dudas e inseguridades, miedos y quizás hasta resistencias y dejaba tan solo la luz radiante de la compasión y un gran deseo de ayudarlo a aliviar su sufrimiento. Fue en este momento de claridad, cuando supe que quería dedicar todos mis esfuerzos, no solo ayudar a mis pacientes, sino también a ayudar a muchos terapeutas a experimentar esa fuerza arrolladora de la compasión.

Así que, como futura investigadora, comencé en primer lugar a implantar esta técnica conmigo misma y con mis pacientes y poco a poco fui descubriendo que cada vez me sentía más tranquila y cómoda dentro de las sesiones terapéuticas. Cada vez me sentía más presente con el sufrimiento de las personas que se sentaban enfrente de mí y a la vez cuando terminaba la sesión me sentía más ligera y menos abrumada. También experimenté que mis pacientes se sentían cada vez más conectados a mí y que el vínculo terapéutico mejoraba. Así que decidí que tenía que dar un siguiente paso y tratar de investigar científicamente si estos resultados podían generalizarse a más terapeutas.

Comencé a leer sobre empatía y compasión y para mi sorpresa apenas encontré unos pocos artículos que relacionaban estos dos conceptos de manera científica apoyándose en investigaciones potentes (claro eso fue hace unos cuantos años, con lo que me alegra reconocer que, a día de hoy, son unas cuantas más). Aunque encontré en bastantes libros con mucha teoría que apuntaba a la relación entre ambos conceptos, pocos fueron los artículos científicos que abordan el entrenamiento en compasión para mejorar la empatía, siendo casi nulos los artículos que encontré que hicieran referencia a este entrenamiento en terapeutas. Así pues, decidí dar un paso más allá y embarcarme en el estudio de la relación entre empatía y compasión en terapeutas.

Este viaje ha estado lleno de desafíos, imprevistos y desavenencias, pero también de alegrías, aprendizajes vitales y por supuesto, de una gran amor y compasión que yo misma he recibido de muchas personas que gracias a su esfuerzo, han contribuido a que este trabajo salga a la luz, convirtiéndose en el primer paso de todo un camino maravilloso de investigación al servicio de la compasión que estoy emocionada de seguir recorriendo.

Recuerdo iniciar este viaje con un entusiasmo imparable, llena de energía y motivación ya que mi futuro trabajo podría ayudar a un sinnúmero de personas, no solo terapeutas sino también, ayudando a estos terapeutas a ser más empáticos, podría ayudar a muchas más personas. Trabajé durante horas y días tratando de darle forma a todas esas ideas desordenadas que había en mi cabeza. Poco a poco la estructura se iba aclarando y aunque no eran muchos los artículos que encontraba sobre los que apoyar estas intuiciones, esto lejos de desmotivarme, acrecentaba la ilusión de poder estudiar algo aún nuevo. Sin embargo, tras algo más de un año y medio de trabajo, al comentar mi proyecto con un experto en terapia focalizada en la emoción, recibí la sugerencia de no seguir por este camino de investigación, por lo que me vi ante la complicada disyuntiva de cambiar mi tema de tesis, dirigiéndolo hacia un tema más actual, ya que la popularidad de los estudios sobre empatía había declinado décadas atrás.

Así pues, con una mezcla de pesar y entusiasmo ante las nuevas sugerencias que se abrían ante mí, decidí cambiar de tema y sumergirme en otro ámbito sin duda interesante, pero que pese a despertar interés en mí, no conseguía hacer que mi corazón estuviera en consonancia. Este tema, requería grabar sesiones presenciales y medir diferentes constantes vitales tanto en pacientes como en terapeutas, así como analizar las expresiones faciales de ambos. Todo eso me fascinaba ya que, de niña, me imaginaba en un laboratorio haciendo investigaciones con cachorros diversos, así que me embarqué en esta aventura, acompañada por mi guía en este proceso, sin el cual no habría sabido ni por dónde empezar.

Durante un año y medio estuve trabajando en el desarrollo y estructura de esta investigación, mientras por el camino, la vida fue dándome regalos maravillosos como casarme con mi marido y quedarme embarazada, en un intento de que la vida siguiera más allá de este trabajo.

Tras estos años de trabajo invertido en este nuevo proyecto, recuerdo claramente como el 15 de marzo de 2020 la vida volvió a sacudir mis expectativas, quizás para enseñarme la importancia de la impermanencia. Fue este día cuando nos confinaron en nuestras casas amenazados por un virus que se ha llevado tanto en este mundo. Y si esto

fuera poco, a los pocos días di a luz a mi hijo y mientras disfrutaba del inmenso amor que un ser tan pequeñito puede generar en el corazón, iba viendo cómo los días de encierro se perpetuaban y mis planes doctorales se venían abajo. Con las enormes restricciones que sufrimos para nuestra seguridad, se truncaban también mis proyectos de investigación, ya que necesitábamos realizar el proyecto de manera presencial, sin mascarilla, y pudiendo tocar a nuestros sujetos para poner los aparatos pertinentes para la medición de las variables fisiológicas. Toda posibilidad se veía incierta, ya que cada vez aumentaban más los días semanas y meses que pasamos confinados. Ante la incertidumbre de cuánto durarían estas medidas y bajo la presión de fechas límite para elaborar aquel trabajo, mi director y yo decidimos que lo más prudente podría ser retomar el tema inicial y adaptarlo a un formato online. Así pues, abandoné este segundo tema y me centré por completo en desarrollar ese entrenamiento en empatía y compasión de forma online. Mi corazón volvía a sentirse en paz y se veía con fuerzas suficientes para cambiar toda la estructura y adaptarla en formato online.

Durante los primeros meses de búsqueda de muestra, iba sintiéndome cada vez más confiada y alegre viendo que nuestra “n” iba aumentando hasta llegar a 250 sujetos. No cabía en mí de la alegría. Sin embargo, debido a los tiempos necesarios para implementar el programa a este formato, mucha de la motivación inicial de la muestra de unirse a un curso online empezó a perder fuerza a medida que se levantaban las restricciones y los participantes sentían el peso de tantas horas online, con lo que tuvimos mucha muerte experimental. Aun con esta última desavenencia, decidimos seguir adelante y finalmente concluir el siguiente trabajo que usted lector, espero que pueda disfrutar leyendo, tanto como yo haciendo. En el encontrará, no solo una recopilación de los estudios que he desarrollado durante estos años, sino también un testigo de mi compromiso con el mundo por llevar la compasión allá donde más se necesita.

Sobre la estructura de este trabajo

A continuación, describiré la estructura de este trabajo para poder facilitar al lector su inmersión en estos temas: este trabajo está dividido en dos partes, la primera de ellas consta de tres capítulos en los cuales está recogida la teoría que fundamenta este trabajo. El primero de estos capítulos está dedicado al tema de la empatía y en él podemos encontrar una definición del concepto, así como su origen y la evolución de este, para continuar con la descripción de instrumentos relevantes que miden la empatía. Más adelante en este capítulo encontraremos la asociación de la empatía con otros resultados terapéuticos, los factores facilitadores de la empatía y, para concluir el capítulo, una breve descripción de los programas de entrenamiento en empatía más conocidos. El segundo capítulo trata sobre la compasión hacia los demás y comienza con una definición del concepto para desembocar en los antecedentes los instrumentos usados para evaluar dicho concepto. Continúa este segundo capítulo analizando la asociación de la compasión experimentada por el terapeuta con resultados terapéuticos, para más adelante hacer un análisis de cómo la compasión afecta a otros procesos intermedios (mediadores) que promueven el cambio en síntomas y bienestar. El cuarto punto de este capítulo aborda los factores facilitadores de la compasión tanto en el terapeuta como en el paciente para terminar este segundo capítulo con la exposición de los programas de entrenamiento en compasión más reconocidos.

Por último, el tercero de los capítulos de esta primera sección está compuesto por 3 apartados; el primero de ellos es la descripción de un programa piloto en sintonización empática basándose en la teoría de la terapia focalizada la emoción. El segundo es la propuesta de un programa piloto del entrenamiento en compasión para facilitar la empatía al terapeuta y por último un programa piloto de focusing que más adelante se utilizará para formar el grupo control. Los tres programas están descritos detalladamente incluyendo prácticas formales e informales y dividiéndose cada uno de ellos en las seis semanas que dura el programa de entrenamiento (ver el anexo 5, 6 y 7).

El segundo apartado de este trabajo recoge los estudios empíricos que se han realizado para este trabajo. Este apartado está dividido en tres partes con la idea de estructurar los diferentes estudios que hemos realizado. En la primera parte se analiza un estudio piloto sobre el entrenamiento presencial en sintonización empática (estudio 1). La

segunda parte se analiza la validación del cuestionario de compasión hacia otros Sussex-Oxford (SOCS-O). Esta segunda parte está dividida en tres fases, con tres muestras diferentes: la primera de ellas trata del análisis factorial confirmatorio del cuestionario (estudio 2), la segunda analiza la invarianza factorial (estudio 3), y finalmente el tercero aborda la validez divergente del mismo cuestionario (estudio 4).

Por último, en la parte tres se contempla un estudio experimental el cual se divide en dos apartados, el primero de ellos relativo a la validación al castellano de la escala de empatía percibida de Barrett (estudio 5) y finalmente el último, detalla un estudio piloto del efecto de un entrenamiento online para incrementar la empatía comparando un grupo al cual se le ha añadido un entrenamiento en compasión frente a otro grupo el cual se le ha añadido un entrenamiento en Focusing (estudio 6).

Tras todo lo mencionado anteriormente, mi intención con este trabajo es hallar la forma en la que los terapeutas puedan mejorar su empatía, mucho más allá de dominar las técnicas de reflejos empáticos o de saber qué necesidad de procesamiento subyacente está experimentando el paciente. Mi intención es que puedan desarrollar una empatía desde un corazón abierto lleno de compasión, que les permita abrazar sin miedo el dolor de sus pacientes para que puedan acompañarlos sin miedo, en el viaje hacia la transformación emocional.

CAPÍTULO 1.- EMPATÍA

“Solo cuando conocemos bien nuestra propia oscuridad podemos estar presentes con la oscuridad de los demás. La compasión se vuelve real cuando reconocemos nuestra humanidad compartida.” (Pema Chödrön)

1.- Definición de empatía y su operacionalización

Dar una definición precisa de empatía es una labor cuanto menos compleja, dada la existencia de innumerables perspectivas que pretenden acercarse a este concepto con la intención de clarificarlo. A lo largo del último siglo, este concepto ha experimentado un creciente interés, dejando tras de sí un sinfín de definiciones que no consiguen integrar las distintas perspectivas estudiadas hasta la fecha (Bohart & Greenberg, 1997; Bohart et al., 2002).

La empatía es un constructo complejo, y los esfuerzos por operativizarla desde el comienzo de su estudio científico comprende el postulado de diversas dimensiones (Decety y Jackson, 2004): Una dimensión cognitiva (relacionada con la toma de perspectiva y entendimiento de lo que experimenta la otra persona), afectiva (vinculada con el resonar emocional ante el otro, y regular emocionalmente esta reacción afectiva), y conductual (que engloba el tipo de respuestas que el terapeuta proporciona).

La diversidad de matices y dimensiones que alberga este ha generado falta de acuerdo entre los autores que abordan su estudio concepto (Duan & Hill, 1996). Históricamente se han ido desarrollando varias visiones desde las que acercarnos a este constructo, pudiendo definirlo básicamente por los sistemas implicados: emocional/automático (Lipps, 1903) o cognitivo (Preston & Waal, 2002). A la dificultad referida al consenso en las definiciones se le suma las presunciones divergentes asumidas por diferentes corrientes terapéuticas, que acaban focalizándose en la perspectiva en torno a la empatía que más encaja con sus modelos (Carlozzy et al., 2002). Por ello, tiene sentido que

hagamos una breve revisión histórica para poder comprender todo el peso y profundidad que lleva consigo este concepto.

1.1 Origen y evolución del concepto

Antes de adentrarnos en una mayor profundización de este constructo, merece la pena hacer una breve revisión al origen de la palabra empatía. En el siglo XVIII, encontramos la palabra alemana *Einfühlung* usada por Robert Vischer (Davis, 1996) en el campo de la estética alemana a finales del siglo y que asumía el significado de “sentirse dentro de”. Dicho concepto hacía alusión a las diversas emociones que se podrían percibir y a los sentimientos por los que una persona podría verse afectada por la disposición emocional de algún estímulo externo. Dentro del rango de sensaciones que abarca el concepto entrarían también las sensaciones propioceptivas (Rothschild, 2006).

Más adelante en la historia, encontramos la palabra “*einfühlungsvermögen*” en alemán. Este vocablo fue adaptado al uso de la psicología experimental comenzando el siglo XX por Lipps (Wispé, 1987), el cual, yergue las bases de las teorías afectivas/automáticas al tratar la empatía como algo innato y definirla como “*una imitación interna que tiene lugar a través de una proyección de uno mismo en el otro*” (Fernández-Pinto et al., 2008, p.284). Para Lipps, si una persona observaba un atisbo emocional en los gestos de un otro observado, esto activaba esa misma emoción en el observador, sin que para ello hubiera mediado ninguna función cognitiva; a este concepto se lo bautizó como mimetismo y alude a la idea de que uno podría aprehender los objetos a través de la información que le llega directamente por los sentidos. Posteriormente, esta palabra fue traducida al inglés como “*empathy*”. Fue Titchener (1909) el primero en utilizarla, en el intento de traducir del alemán al inglés (Eisenberg & Strayer, 1992), apoyándose en el vocablo griego *εμπάθεια*, que significaba literalmente “*cualidad de sentir dentro*”.

Unos años más tarde, Köhler retoma este concepto (1929), pero su enfoque presenta una diferencia importante respecto a las definiciones actuales de empatía. Para él, la empatía consistía simplemente en un acto de comprensión de los sentimientos

ajenos, sin que interviniera una mediación o intercambio entre el observador y el observado. Es decir, según Köhler, la empatía se limitaba a la observación de los movimientos, señales físicas y comportamientos del otro, para luego interpretarlos. Sin embargo, a diferencia de las concepciones contemporáneas, en las que se incluye un componente de procesamiento emocional y una conexión afectiva con el otro, Köhler omitía esta dimensión emocional que hoy se considera central en la empatía (Davis, 1996).

En los años 30, aparece una idea importante que daría otro pequeño giro al constructo de empatía. Aparecen las teorías del desarrollo infantil de Piaget (Piaget y Inhelder, 1956), en las cuales se estudia cómo el niño pasa de un estado de egocentrismo a otro estado superior de conciencia, en el que es capaz de asumir al otro como un ente diferente de sí mismo, distinguiendo de esta forma los pensamientos de los demás de los suyos propios. Y fue de la mano de Herbet en la misma década de los 30s (Davis, 1996), cuando se encauza este concepto acuñando el término de empatía para describir la habilidad del ser humano para comprender cómo es ver el mundo con los ojos de un otro.

Aparece después, en 1950, un movimiento breve, en el cual se utilizó el término empatía relacionada con la agudeza visual o lo que es lo mismo, con la precisión en la percepción del otro. Fenichel, fue uno de los autores que sostuvo este movimiento que apenas duró una década, ya que los problemas metodológicos en la puesta en práctica de esto hicieron que esta definición se abandonara pronto (Fernandez et al., 2008).

A medida que numerosos autores intentaron definir la empatía, defendiendo teorías diversas sobre su naturaleza, comenzaron a surgir enfoques más complejos que profundizaban en el concepto. Uno de los primeros en abordar esta complejidad fue Dymond, quien amplió la comprensión del fenómeno introduciendo el término "adopción de perspectiva" (Dymond, 1949). Un contemporáneo suyo, Hogan, se basó en la teoría de la perspectiva propuesta por Dymond para desarrollar una explicación de la empatía desde los procesos cognitivos. Según Hogan (1969), la empatía puede entenderse como la capacidad de comprender los estados mentales de los demás, lo que implica que el observador realiza un proceso metacognitivo en el que representa los pensamientos y

sentimientos del observado. Esta aproximación subraya la dimensión cognitiva de la empatía, al concebirla como un acto de reflexión sobre los estados mentales ajenos.

Encontramos un hito, en el cual nos extenderemos, en el desarrollo de la empatía en cuanto a la relación terapéutica en las décadas de los 60 y 70. Este es el momento en el que aparece uno de los mayores representantes de la empatía en psicoterapia, Carl Rogers. Rogers es uno de los psicólogos americanos que más ha influido en el siglo XX. Fue el padre de la terapia centrada en la persona, la cual se enmarca en la psicología humanista-experiencial. Rogers postuló seis condiciones necesarias y suficientes que promueven un cambio en el ser humano, de las cuales tres han pasado a influir durante décadas el desarrollo de la psicoterapia: la consideración positiva incondicional, la congruencia o autenticidad y la empatía del terapeuta (Rogers, 1975). Para Rogers, la empatía incluye tanto la comprensión cognitiva del mundo interior del otro, como la capacidad del terapeuta de poder sentir con precisión el mundo emocional y los significados que el paciente está experimentando, afirmando que existe una reacción fisiológica en el terapeuta que se corresponde con los sentimientos del cliente, o lo que es lo mismo, que se debe sentir el mundo emocional de cliente como si fuera propio (Capó, 1982). Rogers (1959) define la empatía como “percibir el marco de referencia interior de la otra persona con precisión y con los componentes emocionales que le pertenecen, como si uno mismo fuera esa persona, pero sin perder nunca la condición de ‘como sí’” (p. 210). Más tarde, Rogers (1975) completa esta definición al añadir que la empatía implica también “...ser sensible a las intencionalidades cambiantes de la otra persona, significa vivir temporalmente en la vida del otro, moviéndose por ella con delicadeza, sin enjuiciarla, captando los detalles del otro de los que apenas tiene consciencia... Significa verificar con el otro la corrección de tales percepciones y sentirse guiado por las respuestas que se reciben de él. Significa abandonar temporalmente los propios valores para penetrar sin juicio en el mundo de la otra persona” (Rogers, 1974, p.4).

Desde este enfoque, se entiende la empatía como la comprensión que el terapeuta tiene del cliente al adoptar el marco de referencia interno del otro, pero no se queda ahí, sino que da un papel importante a la capacidad de comunicar al cliente dicho entendimiento (Mejía, 2002). Es decir, se ha de expresar el entendimiento empático, pero

además, el cliente ha de percibir que está siendo comprendido. Además de esto, Rogers entiende la empatía como el espacio que se despliega ante el otro para que este pueda sentir un lugar seguro en el cual poder adentrarse en sí mismo para poder ir abriéndose a experiencias difíciles y poder integrarlas dentro de su autoconcepto (Bozarth, 2009).

Rogers marca un antes y un después en el desarrollo de la psicoterapia al entender la relación terapéutica de esta manera, así como al marcar la diferencia con otros enfoques al concebir la empatía como un proceso en vez de como un estado o un rasgo (Rogers, 1980). Además, es uno de los primeros en declarar que la empatía en psicoterapia es el elemento más potente para que el paciente pueda llevar a cabo un cambio y un aprendizaje experiencial (Rogers, 1975).

Para este autor, la empatía tiene una gran relación con los resultados terapéuticos, ya que la empatía es capaz de hacer sentir al otro que forma parte de la especie humana, al ser entendido por un otro, sentirse valorado y aceptado tal como es y finalmente, al sentir que no hay juicio hacia él, experimentar que su propia autocrítica disminuye (Rogers, 1975).

Por último, cabe señalar que, según Rogers (1975), la evaluación de la empatía no puede llevarse a cabo mediante cuestionarios autoadministrados al terapeuta, ya que, por diversas razones, este no es capaz de valorar adecuadamente su propia capacidad empática. En su lugar, propone que la evaluación debe ser realizada por los propios clientes, sugiriendo la herramienta de Barrett-Lennard, que evalúa la empatía desde la perspectiva del cliente. Gracias a la inspiración de Rogers, Barrett Lennard (1962, 1981, 1986), conceptualizó la empatía en acción como una secuencia compuesta por diferentes estadios (Barrett-Lennard, 1962). Este autor dio lugar a una de las descripciones más completas y prácticas que propiciaron un instrumento de medida de la empatía: el Barrett-Lennard Relationship Inventory (1962), que constaba de una versión para el cliente y otra para el terapeuta, así como una perspectiva del observador. Las diferentes versiones tienen elevados índices de consistencia interna, presentando versiones en diferentes idiomas y culturas (Chen et al., 2022)

Este autor diferencia entre la habilidad que tiene el terapeuta de percibir empáticamente y la capacidad que este muestra para expresar al cliente dicha percepción,

así como la habilidad de empatía expresada por el terapeuta y aquella que recibe el cliente (Gurman, 1977). Barrett-Lennard (1981) ofrece un modelo relacional de empatía, en el que plantea un proceso cíclico, con resonar afectivo, comprensión, comunicación y la incorporación de la empatía percibida o recibida (Barrett-Lennard, 1993). Es crucial la incorporación del último elemento, que convierte al proceso empático en un proceso relacional, donde el impacto de la empatía en el cliente es escuchado y el efecto que tiene se incorpora en el siguiente ciclo empático.

Tras esta revolución en el campo de la empatía en psicoterapia, cabe realizar una mención especial a quien fuera un alumno de Carl Rogers y quien siguiendo los pasos de su maestro, continuó desarrollando esta perspectiva. Carkhuff (1969) consideró que una parte importante de cara a la evaluación de la empatía debía ir de la mano de observadores externos. Esto le alentó a desarrollar un instrumento que pudiera servir para valorar la productividad de las respuestas del terapeuta cuando son recibidas por el cliente, observando si estas reflejaban o subrayaban las emociones del cliente con exactitud. Truax y Carkhuff (1967), junto con Rogers, definieron la precisión empática como la sensibilidad del terapeuta al flujo de sentimientos del cliente y la habilidad verbal para comunicar esta comprensión en un lenguaje acorde con dicho flujo (1967). Gracias a estos autores, se comenzó a pensar en la idea de contar con observadores externos para dar a la capacidad de evaluar la empatía un punto más de precisión.

En la siguiente década, entra en escena Davis (1980), quien da un paso más allá, entendiendo la empatía como un constructo multicomponente, desglosando este concepto en cuatro dimensiones necesarias para su explicación. Dos de estas dimensiones son afectivas: malestar personal (que se refiere a los sentimientos de ansiedad y malestar experimentados al observar la angustia de otros) y preocupación empática (que mide los sentimientos de simpatía y preocupación por el bienestar de los demás en situaciones desfavorables). Añade a estas dos dimensiones cognitivas: toma de perspectiva (que se refiere a la capacidad de adoptar el punto de vista de otras personas y entender su situación), y fantasía (que implica la capacidad de identificarse con personajes ficticios en medios como libros y películas, imaginándose en situaciones hipotéticas o en los roles de estos personajes). A través de esta teoría, Davis (1980) desarrolla un instrumento de medición de este concepto, el cual conocemos hoy en día como el IRI (Interpersonal

Reactivity Index), un cuestionario auto-administrado de 28 ítems que componen 4 subescalas: toma de perspectiva, preocupación empática, sufrimiento personal y la fantasía empática. Este instrumento emplea una escala tipo Likert con un rango de respuestas del 1 a 5 que varía de en desacuerdo a de acuerdo, con buenas propiedades de validez y fiabilidad consiguiendo discriminar en función del género (las mujeres puntúan más en reactividad emocional mientras que los hombres lo hacen en toma de perspectiva).

El IRI (Interpersonal Reactivity Index), está adaptada al español por Pérez-Albéniz y cols. (2003), manteniendo intactas las propiedades psicométricas y validada de nuevo por Escrivá y cols. (2004). Muy en consonancia con este instrumento, encontramos en castellano el Test de empatía cognitiva y afectiva (TECA; López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008). Esta prueba dirigida a adultos, desarrollado originalmente en España, consta de 33 ítems que se subdividen en 4 escalas. Estas escalas se refieren a los siguientes constructos: Adopción de perspectiva (la capacidad de entender los significados desde el punto de vista del otro), Comprensión emocional (reconocimiento y comprensión del estado emocional del otro), Estrés empático (el nivel de conexión con los estados negativos, y la reacción emocional negativa que se genera al percibir el sufrimiento del otro), y de forma más original, la Alegría empática (compartir emociones positivas, experimentar bienestar en el proceso empático).

Como hemos expuesto, Davis (1980) dará los primeros pasos para conseguir la integración de los diferentes procesos (afectivos y cognitivos) implicados en la empatía y con él se iniciará una nueva época en la que se comprende la empatía como un conjunto de varios procesos simultáneos.

Recapitulando las perspectivas revisadas, algunos modelos son considerados automáticos/afectivos (Bottom-up), al compartir la visión de la empatía propuesta por Lipps (1903), según la cual la empatía consiste en ponerse, de forma espontánea y automática, en el lugar del otro. Este enfoque teórico, que se apoya en la corriente de la percepción directa, sostiene que la empatía se despliega a través de un contagio emocional o de imitación, lo cual se correlaciona con la actividad de las neuronas espejo, implicadas en la capacidad de resonar emocionalmente con otro ser humano. En este paradigma de

la empatía automática/afectiva, una de las dimensiones que adquirió mayor relevancia fue la perspectiva situacional. Esta perspectiva entiende la empatía como una emoción vicaria, que se ajusta al estado emocional del otro. Es decir, quien actúa de manera empática no sólo muestra interés por la otra persona, sino que también experimenta compasión, sentimiento que surge al ser consciente del sufrimiento ajeno. En este sentido, la empatía se concibe como una emoción lícita, provocada por el estímulo situacional del otro (Baston, 1991; Igartua & Páez, 1998). En resumen, el elemento afectivo de la empatía es más automático (Wispé, 1987), resultante de una imitación interna que tiene lugar a través de una proyección de uno mismo en el otro, y que provoca que al empatizar con el dolor del otro, la experiencia pueda literalmente llegar a doler (Loggia et al., 2008) o, si no generar dolor físico, al menos llegar a activar las mismas respuestas emocionales ante el dolor (Danziger et al., 2006; Jackson et al., 2005; Morrison et al., 2004; Singer et al., 2004). Posteriormente se incorporaron a los procesos afectivos los procesos regulatorios de la emoción, ya que se comprendió que el mero contagio emocional puede hacer colapsar o alejarse a la persona que empatiza, siendo necesaria la regulación de la propia reacción ante la experiencia del otro, para que el otro siga siendo el centro de la escucha (Filipetti, 2012).

En contraste con los modelos *bottom-up*, centrados en el resonar emocional más automático, pronto se conceptualizaron modelos cognitivos de la empatía (*top-down*) consistentes en comprender lo que ocurre en la mente de los otros, mediante procesos meta-representativos de los estados mentales del observado (Hogan, 1969; Preston & Waal, 2002). Asimismo, junto con los dos procesos descritos anteriormente, existe un proceso conductual o expresivo en la empatía, en la que, tras los procesos afectivos y cognitivos, la persona articula y expresa al otro su comprensión (Teding van Berkhout & Malouff, 2016).

Por último, cabe destacar la aportación a este tema que realizó Ickes (1993), acuñando el concepto de precisión empática (*empathic accuracy*). Este término hace referencia a la medida en que las personas perciben con precisión los sentimientos, y otros estados internos del otro. Ickes (1993) sostiene que, para poder evaluar la empatía, es necesario observar tres componentes nucleares: la comprensión empática, la expresión empática y la comunicación empática. En consecuencia, desarrolló un método de

evaluación de la precisión empática que consiste en grabar una sesión terapéutica para su posterior evaluación por parte del cliente y, luego, del terapeuta. Esta evaluación se realiza momento a momento: al ver la grabación, se pausa cada vez que el cliente o el terapeuta recuerdan algún sentimiento o pensamiento, y ambos anotan lo que recuerdan. Posteriormente, se comparan las respuestas del paciente y del terapeuta para determinar el grado de precisión empática del terapeuta (Maragnoli et al., 1995).

En las últimas dos décadas, el estudio de la empatía se ha abierto a nuevos campos de estudio entre los que se encuentran la neurología, la sociología, la antropología, la biología y la medicina. Dentro de estas áreas de estudio, se han desarrollado diversas teorías explicativas de la empatía, que van desde la teoría evolutiva del desarrollo a la potencialidad innata de la empatía, pasando por la neurociencia y el descubrimiento de las neuronas espejo (Rigolatti & Sinigaglia, 2008). Repasaremos algunas de estas propuestas recientes, que pueden seguir siendo diferenciadas como procesos automáticos (*bottom-up*) o procesos deliberados (*top-down*).

Modelos de Percepción directa: El modelo de percepción/acción

Estos modelos separan dos aspectos de la empatía: por un lado, estudian las bases distales (las cuales hacen referencia al desarrollo filogenético) y por otro las bases próximas (que hacen referencia a la ontogenia).

Los estudios filogenéticos, como los de Remeson y Lieberman (2009), muestran cómo los animales que se organizan en manadas desarrollan vínculos emocionales a través del contagio emocional, lo que les permite identificarse con otros miembros del grupo y compartir información sobre el entorno o las necesidades del otro. Este fenómeno está relacionado con el modelo de percepción/acción, que también plantean los autores, y que se basa en el concepto de representaciones compartidas. Según este modelo, cuando una persona observa la conducta de otro, se activan en ella esquemas emocionales y cognitivos similares a los que experimenta la persona observada (*bottom-up*). Esto provoca reacciones autonómicas y somáticas semejantes a las de la persona observada.

En este contexto, la empatía se entiende como una respuesta automática, que se activa ante la conducta de otro, desplegándose de manera no consciente.

Dentro de estas explicaciones, Decety y Jackson (2004) proponen la contingencia de la acción y la cognición que sustentan los ciclos de percepción/acción, ya que estos dos procesos se dan unidos desde el nacimiento retroalimentándose continuamente. La conexión entre estos procesos y la actividad subsecuente, encuentran su origen en las tareas realizadas de forma espontánea en las áreas subcorticales y corticales. Sperry (1957) ya explicaba cómo gracias a esta actividad, el ser humano puede mantener una relación entre sí mismo y el mundo exterior. Un ejemplo de esto lo podemos encontrar en los primeros meses de vida, en los que el niño es capaz de codificar patrones perceptivos y transformarlos en patrones de coordinación motriz, dando origen a conductas de imitación (Meltzoff & Decety, 2003).

Este proceso de percepción y acción es crucial para el desarrollo temprano de la empatía, ya que la capacidad de imitar y reconocer patrones emocionales en otros se basa en estos primeros aprendizajes. A través de la imitación, el niño no solo comienza a coordinar sus movimientos, sino que también empieza a resonar emocionalmente con los estados de los demás, sentando las bases para las interacciones empáticas que se desarrollarán con el tiempo. De este modo, la empatía no es solo un fenómeno cognitivo o emocional aislado, sino que está profundamente entrelazada con los procesos básicos de percepción, acción y aprendizaje social desde las primeras etapas de la vida.

Modelo cognitivo-controlado

En contraste con los modelos previos, desde el modelo cognitivo-controlado, se conceptualiza la empatía a partir de los conceptos de teoría de la mente y el procesamiento *top-down*. Cuando se hace referencia a la teoría de la mente, se hace alusión a la capacidad que tienen los seres humanos y algunos animales de inferir los estados mentales de otros y predecir su conducta siguiente (Premack & Woodruff, 1978). Una evolución de este concepto la encontramos en el proceso de mentalización (Frith & Frith, 2006), entendido como el proceso por el cual se hacen estas inferencias de los estados mentales de otros,

siendo este un proceso metacognitivo. El aspecto crucial de la empatía, según este modelo, es la capacidad que muestra el ser humano para tomar la perspectiva del otro. Diversos estudios neurocientíficos revelan una activación en las zonas temporal y medial de las regiones prefrontales asociada a las tareas de lectura de mente, zonas también implicadas en el proceso empático (Watson & Greenberg, 2009).

Después de numerosos intentos por intentar dar una respuesta concreta al origen y funcionamiento de la empatía, han surgido teorías de integración. Decety y Jackson (2004) proponen una asimilación de las teorías previamente descritas, abarcando tanto el componente afectivo como el cognitivo. Según estos autores, el proceso inicial en la empatía implica un reconocimiento automático de las emociones del otro, que no requiere de procesos cognitivos de orden superior y tiene su origen en las neuronas espejo.

Así, Decety y Jackson (2004), postulan que la empatía requiere tres componentes fundamentales; en primer lugar, tiene que haber una experiencia compartida por dos personas, una que ejecuta y otra que la observa. En segundo lugar, el observador debe poseer autoconciencia y conciencia del otro lo que le permite diferenciar su self del self de la otra persona. Y, por último, ha de poseer flexibilidad cognitiva para poder adoptar perspectivas distintas, pudiendo regular emociones y manteniendo una atención selectiva ante la información recibida del otro, facilitándose así el desarrollo de respuestas que transmitan la comprensión lograda.

1.2. Conceptualización del proceso empático en la Terapia

Focalizada en la Emoción

En el primer manual de terapia focalizada en la emoción, Elliot y cols. (2004) presentan los procesos que tienen lugar en la experiencia del terapeuta: En primer lugar, se sueltan preconcepciones y el clínico se abre a la experiencia del otro, utiliza el propio cuerpo para resonar con la experiencia del cliente, es capaz de captar y discernir la experiencia nuclear del otro, articula en lenguaje la comprensión de dichos aspectos y,

finalmente, capta el impacto en el cliente que dicha articulación tiene. Es interesante comprobar que dichos procesos articulan elementos *bottom-up* y *top-down* descritos previamente. Por ejemplo, el contagio emocional recogido en la teoría de Decety y Jackson (2004) está presente en el proceso de “resonar” con las emociones del paciente (Watson & Greenberg, 2011). Sin embargo, es importante notar que el proceso de resonar necesita ser precedido por el proceso de soltar prejuicios para poder abrirse a la experiencia del otro. Esta apertura y desprendimiento de los prejuicios viene sustentada por la presencia terapéutica (Geller, 2019), que se convierte así en un precursor del resto de procesos empáticos (Elliot y Greenberg, 2021).

Para Greenberg y otros autores dentro del modelo de terapia de TFE, la empatía abarca no sólo los elementos mencionados anteriormente, sino también componentes específicos que añaden una capa adicional de complejidad y profundidad al concepto: en la articulación de lo nuclear late implícita una intención terapéutica de facilitar diferentes procesos emocionales (Elliott et al., 2004; Watson, 2007). Es decir, en cada respuesta del terapeuta, se busca producir un efecto en el proceso emocional del paciente, ya sea para validar experiencias, demostrar comprensión, evocar emociones, explorar aspectos implícitos de la experiencia, reenfocar la atención, entre otros (Elliott et al., 2004). Es importante notar, cómo los diferentes procesos descritos al comienzo del apartado culminan con captar el impacto en el cliente de la intervención empática, recogiendo así la perspectiva interaccional o relacional que Barrett-Lennard (1981) postulaba.

En cualquier caso, en el marco de la terapia focalizada en la emoción, la empatía está puesta al servicio del procesamiento emocional del paciente momento a momento. El terapeuta busca notar el “pulso afectivo” cada instante, sintonizándose al fluir emocional del paciente (Greenberg, 2011), y en esta sintonía trata de responder a las necesidades de procesamiento afectivo del cliente. Las diferentes respuestas que articula el terapeuta se emiten tras detectar diferentes necesidades de procesamiento emocional del paciente a cada momento. ¿Qué necesidades son estas? El terapeuta percibe la necesidad de mayor consciencia y/o aceptación emocional en la experiencia del paciente (p.e., cuando el paciente trata de rechazar sus sentimientos), necesidad de simbolización de la emoción

(p.e., cuando el paciente no consigue articular en lenguaje lo que está sintiendo), de regulación emocional (cuando percibe que la persona está desbordada, ante una excesiva activación), la necesidad de generar narrativas (cuando el terapeuta nota que el sentido de la experiencia no está siendo integrada) o la necesidad de transformar el dolor emocional crónico (Ausra et al., 2013). Según las diferentes intenciones se pueden distinguir diferentes modos, ya sean respuestas de entendimiento empático, exploración empática o guías de proceso, son seleccionadas en función de la necesidad más viva que el terapeuta capta en el paciente (Greenberg, Rice y Elliott, 1996).

Asimismo, la distinción entre emociones (primarias, secundarias e instrumentales) es un sello distintivo de la Terapia Focalizada en la Emoción que es preciso fomentar, dado que la empatía perseguirá objetivos diferentes en función de dicha diferenciación: mientras que las emociones primarias serán afirmadas empáticamente, las emociones secundarias buscan ser validadas, pero se añade un trabajo empático que trata de explorar las vivencias subyacentes, más primarias (Herrmann y Ausra, 2019; Herrmann et al., 2016). En la Tabla 1 se muestran las diferentes respuestas empáticas, también llamadas intenciones de respuesta experiencial, ante las diferentes necesidades de procesamiento emocional.

Tabla 1. Respuestas empáticas y necesidades de procesamiento emocional

RESPUESTA	Necesidades de procesamiento emocional
Evocación empática	El paciente habla de una emoción primaria, sin activación en la experiencia.
Afirmación empática	El paciente critica, o duda de una experiencia. Se muestra vulnerable avergonzado por lo que siente

Exploración/Conjetura	El paciente no nombra algún aspecto, que está implícito
Guía de proceso	Falta atención, expresión, o regulación

Esta concepción del proceso empático ha derivado en instrumentos específicos de medida, siendo el más importante el Inventario de Empatía expresada (Watson, 1999). En este instrumento de medida observacional, se registran fragmentos de interacción entre el terapeuta y su paciente, y jueces entrenados puntúan cada fragmento de 5 minutos. En dicho segmento de 5 minutos el juez otorga una puntuación en una escala de 9 puntos, acerca de 10 conductas del terapeuta que reflejan aspectos de la comunicación empática. La medida de empatía expresada es la resultante del promedio de los 10 ítems. Este indicador presenta una elevada asociación con la evaluación que el paciente realiza de la empatía a través del instrumento de Barrett-Lennard (Watson & Prosser 1999, 2002).

2.- Asociación de la empatía con los resultados terapéuticos

En este apartado, se abordarán diversos estudios sobre la empatía en relación con los resultados terapéuticos. Se iniciará con una revisión de los metaanálisis más relevantes en este campo, seguido de un análisis de los mecanismos mediacionales. En este contexto, se explorará el efecto de la empatía en la alianza terapéutica, el autoconocimiento, la integración de la experiencia y la regulación emocional. Posteriormente, se examinarán los factores que promueven la empatía tanto en el terapeuta como en el paciente.

2.1. El impacto de la empatía en los resultados terapéuticos

Los meta-análisis recientes muestran una fuerte-moderada asociación de la empatía con el resultado terapéutico (Elliott et al., 2018; Nienhuis et al., 2018). Asimismo, El Task Force de la APA en torno a las relaciones terapéuticas, subraya que la empatía ha demostrado su eficacia en el incremento de los resultados en terapia (Norcross & Wampold, 2011).

En un primer estudio meta-analítico, Elliott et al. (2011), mostró que la empatía es un predictor moderadamente fuerte de los resultados de la terapia, representando aproximadamente el 9% de la variabilidad de los resultados en psicoterapia (Elliott et al., 2011). Así, la empatía explica la misma o incluso más variación de los resultados que las intervenciones específicas (Bohart et al., 2002). En este estudio, pudieron descubrir que la percepción del cliente y del observador sobre la empatía del terapeuta predijeron mejor los resultados que las percepciones del terapeuta, siendo esta relación más fuerte para aquellos terapeutas con menos experiencia. En otro estudio similar de Elliott et al. (2018), que realizaba un metaanálisis de diferentes estudios, encontraron que la empatía es un predictor moderadamente fuerte del resultado de la terapia. Estos resultados se mantuvieron para diferentes orientaciones teóricas, así como para diferentes problemas del cliente. En este estudio también se encontró que las medidas de percepción del cliente observador y terapeuta predijeron mejor los resultados que aquellas medidas de precisión empática.

En un estudio de terapia psicodinámica breve, Milbrath et al. (1999) examinaron dos tipos de respuestas empáticas: por una parte los reflejos de contenido y por otra los de emoción. En este estudio, encontraron que los reflejos que hacían referencia a los sentimientos correlacionaban mucho más con los resultados, que aquellos que se referían al contenido.

En resumen, en estudios distintos de los meta análisis, se encuentra que existe una relación significativa entre la empatía percibida por el cliente y la de reducción de las puntuaciones en diferentes medidas de psicopatología (Watson et al., 2014), dándose

también que la empatía explica la misma o incluso más variación en los resultados que las intervenciones específicas (Bohart et al., 2002), y con mayor importancia de las respuestas empáticas que se centran en el afecto del paciente (Milbrath et al., 1999).

2.2. Mecanismos mediacionales del efecto de la empatía sobre los resultados terapéuticos

En esta sección vamos a revisar los procesos que cambian como resultado de la empatía y que pueden ser responsables del cambio en los resultados terapéuticos. En concreto, se explorará cómo la empatía impacta en tres variables clave: la alianza terapéutica, el autoconocimiento y la regulación emocional. Los cambios en estas variables, a su vez, generan mejorías en los síntomas de los pacientes, facilitando así el progreso en el tratamiento terapéutico.

2.2.1 La empatía promueve Alianza Terapéutica

Uno de los resultados más sólidos en la investigación en psicoterapia es la asociación entre alianza y resultados terapéuticos. En uno de los últimos meta análisis (que aglutinaba 295 estudios) encontraron que la alianza terapéutica predice de forma consistente y significativa los resultado de la terapia (Flückiger et al., 2018).

Tenemos muchos motivos para sostener que la empatía y la alianza terapéutica estén estrechamente relacionadas, ya que es difícil que se desarrolle una alianza terapéutica sólida sin una interacción empática bidireccional entre el paciente y el terapeuta. Diversos estudios han evidenciado esta relación, especialmente desde la perspectiva de la teoría experiencial, que considera la capacidad del terapeuta para mostrar empatía como la base fundamental para la construcción de una alianza terapéutica efectiva (Greenberg & Watson, 2006; Pos et al., 2008). En este sentido, la empatía se entiende como una condición indispensable para que la alianza terapéutica se desarrolle correctamente, y a su vez, esta alianza se considera un factor clave para la mejora terapéutica (Malin & Pos,

2015). Luborsky (1976) distingue entre dos tipos de alianza terapéutica: una inicial, caracterizada por las sensaciones de apoyo y contención emocional que experimenta el paciente, y una más avanzada, basada en la percepción de trabajar conjuntamente hacia la mejora del paciente. En este contexto, el modelo de Bordin (1979) propone que la alianza terapéutica se construye sobre tres componentes esenciales: el acuerdo sobre los objetivos de la terapia, el acuerdo respecto a las tareas o métodos en el proceso terapéutico, y la calidad de la relación afectiva entre paciente y terapeuta. Esta perspectiva está alineada con el papel central de la empatía como un mediador crucial en la dinámica de la alianza terapéutica y su impacto en los resultados terapéuticos. De hecho, en diversos trabajos encontramos asociaciones positivas significativas entre la empatía y la alianza terapéutica. Por ejemplo, Salvio et al. (1992), se encuentran relaciones de moderadas a fuertes entre las puntuaciones de empatía de los clientes y la alianza terapéutica medidas después de la sesión número 20 en pacientes con depresión. Incluso una década antes, ya se referían correlaciones entre moderadas y fuertes en la calificación de los clientes en empatía y alianza terapéutica después de la tercera sesión (Horvath, 1981; Mosley, 1983). Por último, cabe mencionar que también se encuentran este tipo de resultados en el trabajo de Wing (2010), en el que las puntuaciones del observador sobre la empatía y las puntuaciones del terapeuta en relación con la alianza terapéutica en una psicoterapia psicodinámica mostraron asociaciones significativas.

Encontramos estudios recientes que apuntan a este tipo de resultados (Nienhuis et al., 20018; Pos et al., 2009; Watson & Geller, 2005). Pos et al. (2009) revelan que tanto la empatía, como la alianza terapéutica, medidas en las primeras sesiones, se mostraron fuertemente asociados entre sí y predijeron los resultados terapéuticos.

2.2.2. La empatía promueve el autoconocimiento

Watson (2001) identifica tres mecanismos por los que la empatía del terapeuta impacta en el bienestar del paciente: desarrolla y mantiene la alianza terapéutica, incrementa la regulación afectiva en los pacientes, y facilita la deconstrucción de la visión del mundo y las asunciones internas. Respecto a esta última dimensión, encontramos evidencia de que la empatía del terapeuta permite al paciente incrementar su consciencia

de las emociones y su comprensión (Myers, 2000). Cabe destacar que Pos et al. (2003), encontró que los niveles altos de empatía al comienzo de la terapia predecían la capacidad del cliente de profundizar en su experiencia a mitad de la terapia.

Una de las principales tareas de los terapeutas es dirigir la atención del cliente hacia experiencias emocionales poco claras, así como facilitar la exploración, la simbolización y la expresión de aspectos de la experiencia que no han podido ser articulados previamente para así poder diferenciar los significados implícitos para así poder facilitar el cambio emocional (ver apartado 1.2. en este capítulo). Se ha observado que la exploración en profundidad de un significado por parte de los clientes predice resultados positivos en la terapia (Greenberg et al., 1994), por lo que el incremento en autoconocimiento parece ser un mecanismo mediacional del efecto de la empatía en el éxito de la terapia.

Por tanto, la empatía se muestra como una herramienta poderosa para que el paciente asimile y profundice en su experiencia emocional. Algunos estudios revelan que la empatía del terapeuta incrementa el proceso experiencial afectivo y también el procesamiento perceptivo del cliente (Gordon y Toukmanian, 2002). En este trabajo se encontró que una mayor sintonía entre el paciente y el terapeuta se asocia con un mayor nivel de diferenciación interna de la experiencia e integración de la misma.

2.2.3. La empatía promueve la regulación emocional

Se ha observado en diferentes estudios que hay una relación entre la empatía mostrada por el terapeuta y la capacidad de regulación emocional del cliente. La teoría polivagal (Porges, 2011) ofrece un fundamento neurofisiológico del impacto de la empatía tanto en la regulación afectiva, como en el apego. Greenberg y Pascual-Leone (2006) han observado que la empatía del terapeuta incrementa la habilidad regulatoria del paciente frente a su propio sufrimiento. De manera similar, Watson y Prosser (2007) encontraron que la empatía del terapeuta influye positivamente en los resultados terapéuticos, mejorando la regulación afectiva del paciente. En un estudio adicional, Schore (2001) señaló que los terapeutas que se experimentaban a sí mismos como

empáticos facilitaban en sus pacientes el desarrollo de una regulación emocional más eficaz durante las sesiones, optimizando su capacidad para regular las emociones a lo largo del proceso terapéutico. Asimismo, las investigaciones de Abel et al. (2016), Diener et al. (2007), Town et al. (2017) y Watson et al. (2011) muestran cómo los cambios en la regulación emocional están estrechamente relacionados con resultados terapéuticos positivos.

En resumen, la empatía facilita la regulación emocional de los pacientes. En el contexto de la terapia focalizada en la emoción, se postula que la sintonización empática que el terapeuta muestra ante los acontecimientos emocionales del paciente, que conlleva la respuesta específica para facilitar el desarrollo del procesamiento emocional, promueve en el paciente una regulación emocional fruto de un óptimo procesamiento de sus emociones (Herrmann et al., 2021).

2.3.- Factores facilitadores en la empatía en el contexto terapéutico

2.3.1. Variables del terapeuta vinculadas a la empatía

En varios trabajos científicos, se ha observado que existen ciertas variables referidas al terapeuta que facilitan la empatía. El trabajo seminal de Crits-Christoph y Mintz (1991), tras examinar 10 estudios de resultado terapéutico en los que incluían 27 tipos diferentes de tratamientos, con varios desórdenes mentales, revelaron la importancia de los efectos del terapeuta. A raíz de este estudio, se empezaron a desarrollar diferentes trabajos relacionados con este tema (Elkin, 1994; McKay et al., 2006; Okiishi et al., 2003, 2006; Wampold & Brown, 2005; Lutz et al., 2007; Dinger et al., 2008). Encontramos posteriormente, en el trabajo de Nocross (2011), una primera mención a la relación entre las habilidades interpersonales del terapeuta y la empatía que este muestra.

Una de las variables del terapeuta que afectan la empatía es la propia regulación emocional (Schipper & Petermann, 2013). Cuando un terapeuta es capaz de regular sus

propias emociones, puede distanciarse de un proceso simpático, de mero contagio emocional ante el paciente, centrándose en un proceso verdaderamente empático.

Asimismo, como previamente anticipamos, la presencia terapéutica se presenta como un factor clave que facilita y posibilita la empatía (Geller et al., 2010). Esta presencia incrementa las habilidades de escucha y sintonización del terapeuta, mejorando así la efectividad de sus respuestas hacia el paciente. Además, favorece una mayor profundidad relacional, permitiendo que el paciente se abra y trabaje de manera segura con temas difíciles (Mearns, 1997; Mearns y Cooper, 2005). En este sentido, estudios como los de Geller y Greenberg (2012) indican que mayores niveles de presencia terapéutica, percibida tanto por el terapeuta como por el paciente, están estrechamente relacionados con un fortalecimiento de la relación empática.

Se han encontrado algunos estudios en los que se ha relacionado la complejidad cognitiva del terapeuta, así como la capacidad de toma de perspectiva o capacidad abstracta de éste, y mayores niveles de empatía (Eisenberg & Faber, 1990; Watson, 2001). Encontramos en Bibeau et al. (2016) y Luberto et al. (2018), cómo las actitudes basadas en *mindfulness* y compasión son beneficiosas a la hora de facilitar al terapeuta un vínculo empático (Lamorethe et al., 2016). Estas actitudes no solo favorecen la conexión emocional, sino que también están asociadas con una mayor precisión empática, como evidencian los hallazgos de Mascaró et al. (2013).

En el trabajo teórico de Davis y Hayes (2011), encontramos que, las actitudes relacionadas con *mindfulness* en el terapeuta pueden ayudar al desarrollo del vínculo terapéutico de tal manera que éste pueda mejorar sus intervenciones empáticas. Esto se debe a que la actitud *mindfulness* ayuda a regular la atención, facilita la escucha tanto de uno mismo como del otro y ayuda a mantener una actitud de apertura hacia la experiencia del otro (Moya-Albiol, 2018). Se ha encontrado que una actitud basada en *mindfulness* aumenta la autoconciencia del terapeuta, lo que le permite gestionar mejor sus propios valores y emociones, evitando que interfieran en la comprensión de la experiencia del paciente (Breithaupt, 2009).

Por último, hay que mencionar que existen estudios cualitativos en los que los pacientes refieren su experiencia de ser escuchados empáticamente y que revelan variables del terapeuta previamente no recogidas. Por ejemplo, Myers (2000) muestra que algunas conductas verbales y no verbales específicas en terapia, como interrumpir o no mantener el contacto visual por parte del terapeuta, hacían percibir a los clientes que sus terapeutas eran menos empáticos.

2.3.2. Variables del paciente vinculadas a la empatía

Existen trabajos que apuntan a que existen algunas cualidades en los clientes que se muestran asociadas al nivel de empatía mostrada por el terapeuta. Por ejemplo, en un estudio pionero se encontró que los niveles de empatía eran más altos con los clientes que tenían niveles más bajos de psicopatología, con aquellos que eran más inteligentes aunque tuvieran menos autoestima (Kiesler et al., 1967). En otro estudio de Barrett-Lennard (1981), se observó que los clientes más abiertos, con más capacidad de comunicarse, podrían poner más fácil la empatía por parte del terapeuta. Otros estudios sugieren que los pacientes que tienden al neuroticismo, que se muestran más desconfiados, o incluso reactivos a la autoridad, se relacionan peor con los terapeutas particularmente más empáticos (Beutler et al., 1986). Encontramos también en el estudio de Marshall et al., (2008), cómo aquellos pacientes que presentan unos elevados niveles de autocrítica, en general responden peor a la psicoterapia. De forma similar, Horvath y Symonds (1991) encuentran que los pacientes con una alta autocrítica valoran de una forma más negativa a sus terapeutas.

3.- Programas de entrenamiento de la empatía

En este apartado se describirán los diferentes modelos de entrenamiento de la empatía, desde las propuestas de Rogers hasta el modelo formativo de la terapia focalizada en la emoción. Se abordarán tanto los aspectos específicos en los que se centra cada modelo, como la perspectiva de la empatía que cada uno asume para desarrollar sus metodologías de entrenamiento.

3.1. Entrenamiento en empatía

El entrenamiento en empatía estuvo en auge entre los años 60 y 70, en el que comenzaron a realizarse algunos estudios sobre la eficacia de estos entrenamientos en terapeutas noveles. Si bien Rogers fue pionero a la hora de dar los primeros pasos en la conceptualización de la empatía en psicoterapia, fue Carkuhff el primero en desarrollar todo un sistema de entrenamiento y observación de la empatía dentro de una sesión terapéutica (Carkuhff & Trux, 1965). Posteriormente Hill se centró en mejorar el proceso de entrenamiento, hasta que en la actualidad, ha sido la terapia focalizada en la emoción la que ha cogido el relevo a la hora de entender los subprocesos dentro de la empatía, para así elaborar un modelo de entrenamiento ya no solo en empatía, sino dando un paso más allá: en sintonización empática al afecto. Como podemos ver la historia de la empatía y sus entrenamientos en psicoterapeutas y otros profesionales de la salud, se remonta apenas unas décadas atrás. Y pese a ser uno de los pilares fundamentales para la atención a pacientes de salud mental, en la actualidad, como veremos, son pocos los estudios científicos que se dedican a evaluar el impacto de los entrenamientos en empatía.

3.1.2. La propuesta de Carl Rogers y Robert Carkhuff

Podemos situar el origen del entrenamiento de habilidades del terapeuta en la década de los 50, de la mano de Carl Rogers, el cual, intentaba enseñar a sus alumnos como poder llegar a ser una buena caja de resonancia o espejo para sus clientes (Rogers, 1942). Más adelante en la vida de Rogers este comenzó a pensar que no solo valía con ser un espejo, sino que los terapeutas deben transmitir aceptación, calidez y autenticidad y para ello, deben poder aceptar verdaderamente a sus clientes (Rogers, 1986). Rogers propone el trabajo personal como forma de mejorar las habilidades, ya que es el terapeuta el primero que ha de ser congruente, el que debe aceptarse incondicionalmente y ser honesto para poder ser un verdadero ser humano en un verdadero encuentro.

A esta primera propuesta se sumó la contribución de Carkhuff (1968) que sentó las bases sobre los que se desarrollaron otros modelos (Ivey, 1972; Kagan, 1984). Carkhuff desarrolló un entrenamiento al que llamaba “basado en relaciones humanas”. Este programa de entrenamiento consta de tres etapas: En la primera se formaba a los terapeutas en las habilidades para explorar y reflejaban el mundo interior de los clientes. En la siguiente fase, se trabajaba en las habilidades para transformar el entendimiento del paciente, en el que se usaban interpretaciones, autorrevelaciones y las confrontaciones. Por último, la etapa de acción, se formaba a los terapeutas para facilitar en los clientes una resolución de problemas. Dentro de este entrenamiento, Carkhuff enseñaba a sus alumnos cómo mejorar sus respuestas ante los clientes, en cada etapa del proceso de ayuda.

3.1.2. El modelo de Clara Hill

El modelo de Hill recoge el testigo del entrenamiento de Carkhuff con varias modificaciones que han permitido hacerlo más concreto y eficaz. Este programa consta de tres fases: En la primera, el objetivo es formar a los terapeutas en su habilidad para explorar, ayudar al cliente a contar su historia y observar sus pensamientos y sentimientos (a través de preguntas abiertas, replanteamientos...) y facilitar la reflexión sobre estos sentimientos y hacer revelaciones de estos sentimientos. En la siguiente etapa, el objetivo consiste en ayudar a los clientes a discernir: se enseña cómo facilitar la concienciación, promover la comprensión del cliente y trabajar la relación terapéutica. Por último, en la etapa de acción, se enseña a ayudar al cliente a cambiar su comportamiento y toma de decisiones.

El formato en que desarrollan estos objetivos es a través de vídeos demostrativos, de prácticas en pequeños grupos, donde un participante hace de terapeuta y otro de cliente, pudiéndose así experimentar cómo se siente la vulnerabilidad de ser cliente y poder concienciarse más con el estado de vulnerabilidad de este. Además, disponen de grupos de retroalimentación, que les ayudan a ver con más detalle lo que transcurre en la sesión. Para este fin se propone la transcripción del diálogo de terapia para poder analizar cada intervención.

En este programa, se pone también énfasis en enseñar a los terapeutas a ser más flexibles, enseñando que no todos los pacientes responden igual a las intervenciones, que no todos tienen las mismas necesidades. También, se procura enseñar a los terapeutas a estar atentos a sus propias necesidades y reacciones para que aprendan a discernir qué de lo sentido viene del cliente, y qué proviene de ellos mismos. Este programa consta de un total de 60 horas, de las que la mitad son teoría y la mitad consisten en ejercicios prácticos.

Este tipo de entrenamiento de las habilidades terapéuticas, entre las que se encuentra la empatía, ha demostrado ser eficaz, al generar consistentemente cambios en los terapeutas en formación (Hill, 2014, 2019; Chiu et al., 2014; Jacson et al., 2014). Además, estos programas logran dar unos primeros pasos en la integración de, por un lado las habilidades técnicas y, por otro, el “ser” terapeuta. No obstante, este entrenamiento carece de algunos apartados importantes recogidos en la conceptualización de la empatía revisada en los primeros apartados de este capítulo, como el entrenamiento en el resonar con la emoción del cliente, o capacitar para discriminar el proceso en el que el cliente está inmerso cada momento o las posibilidades de respuestas de intención experiencial por un lado y del desarrollo de una actitud compasiva y cálida hacia el paciente, de la aceptación incondicional o del desarrollo de una presencia terapéutica estable.

3.1.3. Entrenamiento en sintonización empática al afecto en la terapia focalizada en la Emoción

El entrenamiento en psicoterapia humanista implica el desarrollo de seis meta-competencias (Jódar y Carlo, 2023): 1) Entrenamiento en habilidades relacionales, 2) Desarrollo de competencias perceptivas y de formulación de caso, 3) La habilidad de facilitar tareas terapéuticas, 4) El empleo de respuestas empáticas específicas, 5) La competencia de mantener autocuidado, y 6) el empleo de supervisión y la capacidad de trabajo en equipo. Así, la terapia focalizada en la emoción entiende el entrenamiento en empatía bajo cuatro de estas dimensiones: es una habilidad relacional, perceptiva, presente en diversas tareas o técnicas (p.e., tarea de exploración general empática o la tarea de afirmación empática ante la vulnerabilidad) y comprende la habilidad de emitir

diferentes respuestas empáticas (habilidad que podríamos llamar “microtécnica”). Como revisamos en secciones previas, la terapia focalizada en la emoción entrena a los terapeutas a estar atentos momento a momento siguiendo la experiencia afectiva del paciente (Watson, 2007) y este proceso requiere de las cuatro dimensiones (relacional, perceptiva, técnica y “microtécnica”).

El entrenamiento en esta habilidad de sintonización empática estaba presente originalmente de forma transversal, en los entrenamientos de tareas con sillas, en los entrenamientos en terapia focalizada en la emoción de finales de los 90s y la primera década de los 2000s, en los que se entrenaba durante 4 días a psicoterapeutas ya formados en otras aproximaciones (Jódar y Caro, 2023). En estos entrenamientos se ofrecía formación en tareas terapéuticas, fundamentalmente en el empleo del diálogo en imaginación usando sillas, ya sea con el crítico interno o con alguna figura significativa. Los terapeutas en formación notaban que para que las tareas ejercieran el efecto pretendido, los terapeutas debían estar intensamente sintonizados a la experiencia afectiva de los clientes (Qiu et al., 2020). Por ello, algunos institutos de formación han añadido días de entrenamiento expresamente centrados en el desarrollo de la sintonización empática al afecto (ver por ejemplo, Elliott, 2017).

Las habilidades perceptivas necesarias para la sintonización empática están también sistematizadas en los modelos de formulación de caso en terapia focalizada en la emoción (Goldman & Greenberg, 2015; Quiñones y Caro, 2024). En los últimos años se han desarrollado propuestas formativas que facilitan la adquisición de destrezas empáticas centradas en la emoción: Por ejemplo, el modelo de “entrenamiento en habilidades focalizadas en la emoción” (Dolhanty et al., 2022), o ejercicios de práctica deliberada en terapia focalizada en la emoción (Goldman et al., 2021). Finalmente, en el seno del proyecto EmpoweringEFT@EU (financiado por la Comisión Europea), se han recopilado el conjunto de propuestas formativas, para fomentar habilidades relacionales, perceptivas y técnicas (ver Elliott et al., 2022).

3.2. Estudios sobre programas de entrenamiento en empatía

Existen al menos dos meta-análisis que recogen el impacto de diferentes programas de formación en empatía (Ngo et al., 2022; van Berkhou, & Malouff, 2016). Empleando los datos de 18 ensayos completamente aleatorizados (agregando 1018 participantes), van Berkhou, y Malouff (2016) encontraron que el entrenamiento en empatía es eficaz (con un tamaño del efecto medio alto) en profesionales de la salud. Este meta-análisis (van Berkhou, & Malouff, 2016) revela que los estudios que emplearon medidas específicas de empatía (centradas en la comprensión, la experimentación y comunicación emocional), mostraron un tamaño del efecto mayor y más significativo en comparación con aquellos que utilizaron medidas que evaluaron la empatía a través de constructos genéricos. Asimismo, los autores de este meta-análisis concluyen que es necesaria más investigación para explorar el efecto del entrenamiento en diferentes tipos de participantes y modalidades de entrenamiento. Respecto a esta última cuestión, parece que la modalidad de entrenamiento online puede ser eficaz en el entrenamiento de la empatía, tal y como muestra el ensayo clínico de Sentas y cols. (2018), en el que más de 100 participantes, en su mayoría estudiantes universitarios, cosecharon un incremento estadísticamente significativo de empatía (medida en la identificación de emociones, empatía expresada y resonar empático).

En un segundo estudio meta-analítico, Ngo y cols. (2022) encuentran un tamaño del efecto alto a resultados del entrenamiento de profesionales de la salud mental (con una d de Cohen de ,78) siendo los entrenamientos didácticos, observacionales y el role-playing las estrategias más eficaces para incrementar la empatía de los participantes. Otros autores encuentran que la capacidad para captar lo que experiencialmente es saliente es la dimensión que más predice la empatía del terapeuta, no tanto la habilidad para explorar significados ni la capacidad para emitir reflejos de forma tentativa (Macaulay et al., 2007). También, se ha comprobado que hay elementos no verbales muy relevantes asociados al rendimiento empático, y que por tanto son importantes tener en cuenta en los entrenamientos, como la sincronía con el estilo del lenguaje empleado por el paciente (Lord et al., 2015) o la cualidad vocal del terapeuta (Imel et al., 2014).

Con respecto a las experiencias de entrenamiento en terapia focalizada en la emoción, el reciente trabajo de Qiu y colaboradores (2020), aborda los aspectos útiles y los obstáculos de la formación según la perspectiva de los terapeutas formados, utilizando una metodología cualitativa. Los resultados muestran que encuentran de gran utilidad la exquisita empatía de los formadores (Qiu et al., 2020). Los terapeutas remarcan en esta y otras investigaciones (Fairburn y Cooper, 2011; Orlinsky et al., 2001), que los métodos de estudio personal (lecturas, búsqueda de recursos online, la terapia personal) son también muy útiles. Qiu et al. (2020) también revelan que cuando los terapeutas experimentan baja eficacia en el proceso formativo, tienden a sentirse descorazonados. De hecho, parecen experimentar especial dificultad en distinguir cuándo y cómo guiar el proceso emocional del paciente a través de la empatía. El proceso de sintonización empática, donde el terapeuta habla a continuación de cada intervención del paciente, es considerado complicado por un porcentaje elevado de terapeutas (Elliott y Greenberg, 2021). En conclusión, la investigación revela que aprender EFT es un proceso gratificante pero desafiante para los terapeutas (Qiu et al., 2020), que requiere mayor investigación.

CAPÍTULO 2. COMPASIÓN HACIA LOS DEMÁS

“El amor y la compasión son
necesidades, no lujos. La humanidad no
puede sobrevivir sin ellos.” (Dalai Lama)

En este capítulo abordaremos diferentes aspectos sobre la compasión, la segunda variable central de este trabajo. En primer lugar, contemplaremos aspectos relativos a la definición de este constructo, así como el origen del concepto, conceptualización y herramientas de medición de la compasión. En un segundo lugar, expondremos los diferentes y escasos estudios hallados sobre la asociación entre la compasión del terapeuta y los resultados en terapia. Abordaremos seguidamente los mecanismos mediacionales de la compasión, tratando de esclarecer cómo la compasión promueve otros procesos intermedios, que facilitan posteriormente el cambio en los clientes, entre los que encontraremos: la empatía en la relación, la regulación emocional, la alianza terapéutica, la exploración y la transformación emocional (Elliott et al., 2004). A continuación, observaremos los factores facilitadores de la compasión, tanto en terapeutas como en pacientes, para terminar exponiendo los diferentes programas de entrenamiento en compasión y sus diferencias.

1. Definición de compasión hacia otros y su operacionalización

La compasión ha estado presente desde hace siglos en los discursos de filósofos y líderes religiosos y, sin embargo, no es hasta finales del siglo XX que se inicia el estudio científico de la compasión desde la psicología social y del desarrollo (Singer & Klimecki, 2014). Acaba de destacar que la compasión es un concepto que encontramos en la mayoría de las religiones, incluidas el cristianismo, judaísmo, islam, hinduismo, ludismo y jainismo. Cabe hacer una mención especial a la visión oriental, ya que durante siglos,

estas tradiciones han visto la compasión como un elemento potencial para sanar tanto la mente como el cuerpo, sobre todo en el budismo, donde la compasión es un eje central de esta religión (Welwood, 1999). Es en esta tradición budista, donde encontramos más de 20 palabras que designan diferentes rasgos de la compasión. Entre estas palabras encontramos la palabra *Karuna*, con origen en el lenguaje sánscrito. Este vocablo hace alusión al matiz de la compasión en el que uno experimenta un estremecimiento en el corazón en respuesta al dolor de otro ser (Salzberg, 1995). Para finalizar con este pequeño desglose del origen de la compasión en el área espiritual, encontramos la definición que da el Dalai Lama (2001), en el que hace alusión a la compasión como el deseo de que todos los seres estén libres del sufrimiento.

En una definición ya clásica, desde una perspectiva evolucionista, Goetz et al. (2010) describen la compasión como un estado emocional, vinculado a objetivos del cuidado, tanto de la prole como de los más vulnerables del grupo. Este estado emocional consiste en la experimentación de una preocupación ante el sufrimiento del otro y asociado a esta, un deseo de aliviar ese sufrimiento e incrementar el bienestar de dicha persona (Goetz et al., 2010). Dando un paso más allá, algunos autores (Feldman & Kuyken, 2011; Witvliet et al., 2010), han incorporado a este concepto un elemento distintivo proveniente de la tradición oriental, entendiendo que la compasión conlleva también la comprensión de la universalidad del sufrimiento como una experiencia humana compartida. Por otro lado, encontramos autores que definen la compasión como un sentimiento que se genera ante la observación del sufrimiento (tanto propio como ajeno), acogiendo este sufrimiento con una actitud amable y abierta, y despertándose internamente el deseo de aliviarlo (Gilbert, 2005; Siegel y Germer, 2012; Elices, et al., 2017).

Actualmente el estudio de la compasión está cobrando cada vez más interés ya que en diversos trabajos se está encontrando evidencia de su asociación con el bienestar psicológico y social (Jinpa, 2015; Saarinen et al., 2020). Varios estudios revelan que la compasión está relacionada a un mayor grado de altruismo y menor agresión en la resolución de conflictos (Klimecki, 2019; Weng et al., 2013). Los beneficios parecen redundar también en la persona compasiva, presentando un mayor apoyo social percibido

al cabo de 3 semanas (Crocker & Canevello, 2012), y manteniéndose al cabo de 10 años (Saarinen et al., 2019). Cuando se pasa a explorar el efecto de los entrenamientos en compasión en ensayos completamente aleatorizados, se observa que generan mayores niveles de felicidad y autoestima tras seis meses de haber recibido dicho entrenamiento (Mongrain et al., 2011). En un estudio de Quaglia et al. (2020) encontramos que después de realizar un programa de entrenamiento centrado en la compasión, las puntuaciones de compasión y autocompasión aumentaron. Encontramos también que las variables asociadas con psicopatología y funcionamiento negativo, como pueden ser ansiedad, depresión, o estrés disminuyeron (Quaglia et al., 2020). En este mismo estudio también se observa cómo la compasión aumenta los niveles de estrategias saludables de regulación emocional (i.e., basadas en reevaluación) y de atención plena.

Sin embargo, a pesar de este incremento de la investigación sobre sus efectos, la definición de compasión no ha gozado de consenso, en parte debido a la dificultad de aunar las tradiciones de origen budistas con la psicología occidental. Recientemente, Strauss et al., (2016), tras una revisión de ambas perspectivas, proponen una definición de compasión entendida como un proceso afectivo, cognitivo y conductual que se compone de los siguientes elementos: reconocer del sufrimiento del otro, entender la universalidad del sufrimiento en la experiencia humana, sentir empatía y resonar con el malestar del otro, tolerar los sentimientos negativos que surgen ante el sufrimiento del otro, de manera que se es capaz de aceptar y estar abierto a él/ella y experimentar motivación para aliviarlo.

Aunque, tal y como vemos en esta última conceptualización, la empatía está en estrecha relación con la compasión, especialmente con su dimensión de reconocimiento empático del sufrimiento y del propio resonar emocional ante él, diversos autores subrayan las diferencias entre ambos conceptos (Klimecki et al., 2014; Saarinen et al., 2019; Singer & Klimecki, 2014). La diferencia más notable radica en que la empatía conlleva entender y resonar con todo tipo de experiencia, no solo ante el sufrimiento (Saarinen et al., 2019). Otros estudios han encontrado que cuando la empatía no conduce a la compasión, produce un *distress* empático y esta experiencia de malestar promueve una retirada del contacto con el otro y por tanto una ausencia de conducta pro-social, lo

que finalmente desencadena *burnout*, estrés y otras emociones negativas. Sin embargo, si la empatía conduce a la compasión, la experiencia emocional presenta una valencia positiva, se acompaña de una motivación de acercamiento y ayuda y promueve salud y bienestar (Singer & Klimecki, 2014). Congruentemente, Klimecki et al., (2014) observan que el entrenamiento en compasión deshace el efecto negativo de la mera reacción de malestar empático ante el sufrimiento, observándose además dicho efecto en la plasticidad funcional del cerebro.

Encontramos importante la diferenciación de otro concepto ampliamente ligado a la compasión, la autocompasión. Tanto en la tradición budista como en la conceptualización teórica que se ha desarrollado en occidente, se sostiene que ambos conceptos, compasión hacia otros y autocompasión, están íntimamente ligados y a su vez presentan diferencias sustantivas (Gilbert 2009, 2014; Strauss et al., 2016). Neff y su equipo (2013) proponen una definición de la compasión dirigida hacia uno mismo, que comprende una actitud amable y comprensiva hacia uno mismo en situaciones dolorosas. Se ha encontrado una pequeña correlación entre las puntuaciones de compasión hacia otros y auto-compasión (Kim & Seo, 2021). Otros estudios hallaron correlaciones pequeñas en una muestra comunitaria y de practicantes de meditación (Neff y Pommier, 2013) o incluso otros autores no obtienen relación estadísticamente significativa entre auto-compasión y compasión hacia otros (López et al., 2018; Neff y Pommier, 2013; Pommier, 2010). También se encuentran discrepancias respecto a las diferencias de los constructos respecto a variables sociodemográficas. Por ejemplo, encontramos que la compasión hacia otros es mayor en personas con nivel socioeconómico más bajo, mientras que la auto-compasión es mayor en personas de nivel socioeconómico mayor (López et al., 2018).

Muchos de los instrumentos de medida de la compasión se focalizan en algún rasgo distintivo de ella. Así, el Compassionate Love Scale (CLS; Sprechee y Fehr, 2005) enfatiza la distinción entre compasión hacia alguien cercano y hacia extraños, mientras que el Martins The compassion scale (CSM; Martins, Nicholas, Shaheen, Jones & Norris, 2013) se centra en la comprensión del impacto de la compasión en la enfermedad y los resultados en relaciones sociales. El Pommier Compassion Scale (CS-P; Pommier, 2010) está basado en el modelo teórico de Neff de autocompasión; el Relational Compassion

Scale (RCS; Hacker, 2008) está centrado en la evaluación de los aspectos relacionales; el Compassionate care assessment tool (CCAT; Burnell & Agan, 2013) se focaliza en el ámbito de la enfermería y el cuidado de enfermos; The Schwartz center compassionate care scale (SCCCS; Lown, Muncer & Chadwick, 2015) evalúa la atención compasiva de los médicos a partir de la evaluación de los pacientes hospitalizados; el cuestionario Clara Brief Compassion scale (SCBCS; Hwang, Plante y Lackey, 2008), plantea una medida unidimensional mientras que el Compassion of Others' Lives (COOL) Scale (Chang et al., 2014; Chang et al., 2021) contempla el componente cognitivo-afectivo (empatía) y el acto altruista en dirección a aliviar o aminorar el malestar del otro.

La única medida de compasión hacia otros que recoge las 5 dimensiones propuestas en la revisión de Strasuss et al., (2016) es el Sussex-Oxford Compassion Scale-Others (SOCS; Gu et al., 2020). La generación de los ítems del SOCS fue elaborada a partir del trabajo de expertos meditadores provenientes de los cinco continentes y su estructura factorial ha sido validada con una muestra de estudiantes y una muestra de profesionales de la salud en su propuesta inicial (Gu et al., 2020). Posteriormente, la estructura factorial ha sido confirmada en adaptaciones a otras culturas e idiomas, como el coreano (Kim & Seo, 2021), el italiano (Lucarini et al., 2022), el eslovaco (Halamová & Kanovský, 2021) y, muy recientemente (mientras concluía este trabajo doctoral), el castellano (García-Campayo et al., 2024; Sansó et al., 2024). Estos últimos estudios de adaptación a la cultura española muestran buenos indicadores de consistencia interna, aunque no muestran evidencia de validez divergente, análisis de efecto techo y suelo, o análisis de invarianza de la medida respecto al funcionamiento de la escala original (Gu et al., 2020). Del resto de instrumentos enunciados que abordan la medida de compasión, encontramos otros dos cuestionarios validados en castellano: El cuestionario Clara Brief Compassion scale (SCBCS; Hwang, Plante y Lackey, 2008), adaptado por Caycho-Rodríguez et al. (2022) y el Compassion of Others' Lives (COOL) Scale (Chang et al., 2014), por Klos & Lemos (2018).

2. Asociación de la compasión experimentada por el terapeuta con los resultados terapéuticos

Existen algunos estudios que exploran la vinculación de la compasión del profesional de la salud con los resultados cosechados en los tratamientos. Hunt et al. (2021) realizaron un entrenamiento de compasión y atención plena (MBCP), utilizando una metodología cualitativa y cuantitativo ex post facto, con un grupo control, a través de cuestionarios autoadministrados. En este trabajo observaron que cuando el terapeuta realizaba una meditación previa a la sesión, el terapeuta percibía una mayor efectividad que cuando no lo hacía, encontrando además que, tras la meditación, los terapeutas experimentaban estados internos positivos como la bondad y una mejor capacidad para gestionar las demandas emocionales de los pacientes. En este estudio, al igual que estudios anteriores centrados en este tipo de intervenciones, (Grepmair et al., 2007; Ivanovic et al., 2015), vemos que esta práctica mejora la empatía en estudiantes de medicina. Sin embargo, encontramos una carencia de estudios que recojan la visión de los pacientes o de observadores acerca de la compasión de los profesionales, y exploren la vinculación de dicho proceso con los resultados de la intervención (Sinclair et al., 2016; Sinclair et al., 2017).

Encontramos otros estudios, que, si bien no miden resultados en psicoterapia, sí aportan valiosa información sobre el campo de estudio. Encontramos el trabajo de Vivino et al., (2009), en el que observan, en un estudio cualitativo mediante una entrevista semi estructurada, que la compasión puede proporcionar una motivación extra para que los terapeutas se involucren en la relación terapéutica con los clientes. Asimismo, la compasión del terapeuta parece facilitar el cambio en el cliente, ya que puede proporcionarle una experiencia emocional correctiva (veremos más adelante una conceptualización de este proceso de transformación). Otros trabajos teóricos como los de Kabat-Zinn (1994) y Linehan (1993) mencionan que cuando el terapeuta adopta una actitud compasiva y centrada en el aquí y ahora se facilita que los clientes se conviertan en observadores de su experiencia, suprimiendo los prejuicios de sus pensamientos y sentimientos. De la misma manera, esta actitud le permite al terapeuta estar presente con las emociones que vive el paciente en terapia sin juzgarlas, aceptando la experiencia tal

como es y brindándole una relación terapéutica de empatía y aceptación, mientras el terapeuta experimenta una sensación de tranquilidad ante la incertidumbre, lo que le permite sostenerse a sí mismo para no caer en una tendencia impulsiva dominada por la necesidad de solucionar el problema con la mayor celeridad.

Sin embargo, podemos observar en el trabajo de *scoop review* de Malenfant et al. (2022), que recoge exhaustivamente el análisis de varios trabajos científicos de los últimos años, cómo ninguno de los artículos presentados hasta la fecha explora la asociación con los resultados en psicoterapia. Prácticamente todos ellos se centraban en la práctica médica. No obstante, algunos de estos artículos hacían referencia a la evaluación que el paciente hacía de la compasión recibida por su personal de salud. Entre los estudios de este trabajo, se encontraban los trabajos de Sinclair, McClement et al. (2016), Sinclair, Norris et al. (2016) y Singh et al. (2020), en los que encontramos cómo los pacientes alegaban que la compasión recibida por su médico aliviaba su sufrimiento, les generaba mayor bienestar general, sentían que la calidad de la atención aumentaba, así como mejoraba la relación entre su médico y él. En estos estudios también se encontró que los pacientes decían que, aquellos médicos compasivos, tenían una mejor comprensión de sus problemas e inquietudes, podían ofrecer una atención y una comunicación más abierta y conseguían aumentar la confianza en la relación médico paciente. En concreto, encontraron que aquellos pacientes que tuvieron médicos más compasivos mejoraban sus síntomas de depresión y ansiedad, aumentando la satisfacción con la consulta y disminuyendo el número de consultas que necesitaban. Cabe también destacar que encontramos también en el ámbito de la medicina, un estudio en el cuál, mediante un análisis pre-post, se explora el efecto de un programa de entrenamiento en compasión en médicos (Smith et al., 2017). Este trabajo encuentra que los médicos que participaron en este entrenamiento mejoraron en la capacidad de escucha y en la capacidad de responder a los comentarios de los pacientes.

2.1. Mecanismos mediacionales: ¿Afecta la compasión a otros procesos intermedios que promueven a su vez el cambio en síntomas y bienestar?

Como hemos observado en el apartado anterior y hasta donde sabemos, existen pocas evidencias que muestren el impacto directo de la compasión del terapeuta en los resultados del paciente. En este apartado, vamos a explorar la asociación de la compasión con otras variables que podrían a su vez impactar en los resultados, dando cuenta de un posible efecto de la compasión del terapeuta en la mejora de los pacientes.

2.1.1- La compasión hacia los demás promueve la empatía en el terapeuta

Cuando hablamos de compasión, hacemos alusión a diferentes aspectos cognitivos, que se unen a la motivación de aliviar el sufrimiento (Jinpa, 2015). En un estudio de revisión sistemática, encontramos que esto se debe a que cuando se experimenta compasión, se está identificando la fuente de sufrimiento desde una actitud amable, generándose además una sintonía emocional con el estado del otro, así como una gestión eficaz de las emociones negativas de aquel que está sintiendo compasión y, finalmente, experimentándose sentimientos positivos que promueven la intención de aliviar el sufrimiento, guiando acciones que dirigidas a ello (Strauss et al., 2016).

Estos conceptos se basan en una forma de relacionarse con la experiencia presente con apertura y amabilidad (Siegel, 2007). Encontramos algunos trabajos de revisión sistemática y meta-análisis que resaltan la existencia de una relación de la compasión con la empatía (Bebeau et al., 2016; Lamonthe et al., 2016; Luberto et al., 2018).

No solo la compasión ayuda a atemperar los efectos desgastantes de la empatía conduciéndola a una conducta altruista o de ayuda, sino que encontramos evidencia de que la compasión incrementa la empatía. Encontramos también en un estudio aleatorizado controlado longitudinal, con una muestra de población general, que un entrenamiento en compasión es capaz de aumentar la precisión empática, observándose al mismo tiempo una activación en la actividad neuronal en el giro inferior frontal (IFG) y dorsomedial PFC (dmPFC), cuya actividad está asociada a su vez con esta precisión empática

(Mascaro et al., 2013). De la misma forma, midiendo la compasión con el cuestionario SOCS-O, Kim y Seo (2021) encontraron correlaciones elevadas entre compasión y empatía, superiores a 0,5 cuando son consideradas determinadas dimensiones de la empatía (preocupación empática y toma de perspectiva). Precisamente, otros autores habían hallado esta relación entre compasión y la dimensión de preocupación empática (Jazaieri et al., 2015).

Antes de continuar es importante aludir al concepto de mindfulness, ya que en varios trabajos, tanto empíricos como teóricos, compasión y atención plena aparecen como constructos íntimamente relacionados (ver Gaiswinkler et al., 2020). Por ejemplo, un estudio pre-post, con una muestra de población general, encuentra que, al entrenar uno de ellos, aumenta el otro y viceversa (Brito et al., 2018). Retornando al impacto en la empatía, existen estudios que revelan que el entrenamiento en mindfulness y compasión son capaces de aumentar la empatía en profesionales sanitarios (Lamothe et al., 2016). De la misma forma, cuando se unen los entrenamientos de mindfulness y compasión, estos son capaces de mejorar la habilidad empática en estudiantes de Psicología (Bellosta-Batalla et al., 2016).

2.1.2 La compasión promueve la regulación emocional

Otro proceso que se muestra estrechamente vinculado con la compasión es la regulación emocional, lo que nos permite anticipar que sea un mecanismo mediacional del posible efecto de la compasión del terapeuta en el resultado terapéutico. En una revisión de la conceptualización de la compasión Strauss et al. (2016) realzan que sentir compasión conlleva tolerar las emociones negativas que se despiertan en contacto con el sufrimiento. Es, por tanto, razonable asumir que compasión y regulación emocional están vinculadas, veamos con cierto detalle cómo.

Por una parte, la regulación emocional adaptativa más profusamente estudiada es la reevaluación cognitiva (McRae & Gross, 2020). Sin embargo, algunos autores apuntan que esta reevaluación cognitiva puede ser problemática como estrategia ante el sufrimiento del otro, dado que, la reevaluación puede reducir la conexión e impacto emocional, y por tanto reducir la motivación a ayudar (Engen y Singer, 2015). Como

resultado de esta reflexión, diferentes autores proponen la re-evaluación compasiva como una estrategia reguladora. Para definir esta estrategia regulatoria, se suele presentar el contexto de la interacción entre un agresor y una víctima: la persona reevaluando compasivamente, al observar a un agresor, puede conectar con la vulnerabilidad y con el sufrimiento que el agresor está experimentando o ha experimentado, para poder entender las razones de sus actos y a la vez, poder esperar así su posible cambio (Worthington, 2009). Witvliet et al. (2010) realizaron un experimento psicofisiológico en el que, tras evocar el impacto de una ofensa en los participantes, se les solicitaba emplear diferentes estrategias de regulación. Como otras estrategias reevaluativas, la re-evaluación compasiva reducía el impacto afectivo de la ofensa, incrementaba la felicidad y emoción positiva, y producía cambios psicofisiológicos (reducción en la actividad muscular en el corrugador). De forma crucial, la reevaluación basada en compasión, a diferencia de la reevaluación estándar, conseguía reducir también la tasa cardíaca y la tensión del músculo orbicular, y promovía el perdón. En consonancia con estos hallazgos, se ha propuesto que la meditación compasiva pueda ser una estrategia eficaz para incrementar habilidades regulatorias en el encuentro con el sufrimiento de otro, aumentando el afecto positivo en vez de meramente reducir el afecto negativo (Dahl et al., 2015; Klimecki et al., 2014 ; Singer & Klimecki, 2014). Esta regulación emocional basada en la compasión fomenta la activación en regiones neuronales vinculadas a la afiliación y recompensa, como el cuerpo estriado y la corteza orbitofrontal media (Engen y Singer, 2015). En consonancia, encontramos que el entrenamiento en compasión aumenta la regulación emocional, aunque curiosamente no el deseo de regular la emoción ante el sufrimiento (Jazaieri et al., 2017).

Es importante remarcar que el estudio de la relación entre compasión y regulación se ha centrado profusamente en la auto-compasión (Inwood & Ferrari, 2018; Terry & Leary, 2011) y no tanto en la compasión hacia otros. Por ejemplo, existen estudios que han encontrado que la regulación emocional media en el efecto de la autocompasión en el estrés, la depresión y la sintomatología post-traumática (Inwood & Ferrari, 2018), tanto en muestra clínica como en muestra comunitaria. Por tanto, sigue siendo importante explorar la relación entre compasión hacia otros y regulación emocional, tal y como algunos autores señalan (Jazairi et al., 2017). Dado que la compasión hacia otros se nutre

de las habilidades de regulación, y, al mismo tiempo, la compasión tiende a fortalecer las habilidades regulatorias, parece producirse una espiral virtuosa, promoviéndose una forma de relación en la que tiene lugar una regulación adaptativa que fomenta la afiliación con el que sufre, no evitación del malestar y retirada.

Se han propuesto algunos sustratos fisiológicos que dan lugar a esta relación entre compasión y regulación emocional. Encontramos en un trabajo teórico de Halifax (2011), cómo el entrenamiento en compasión mejora la comunicación y la resonancia entre el corazón y el cerebro, mejorando la variabilidad del ritmo cardíaco, el tono vagal y tanto la respuesta emocional, como la regulación emocional. Esta comunicación se basa en la sincronía o desincronía entre las pulsaciones cardíacas y la activación de diversas áreas del cerebro. Así también encontramos en un estudio completamente aleatorizado, pre-post con grupo control, que la meditación en compasión puede ayudar a la reducción de respuesta inflamatoria de las zonas emocionales del cerebro, así como la reducción del estado de ánimo negativo (Pace et al., 2012). También en otro trabajo de la misma índole, encontramos cómo aquellos participantes de un programa centrado en el desarrollo de la compasión presentaron menores marcadores biológicos de reactividad emocional y una reducción del tono vagal ante un evento estresante (Setellar, et al., 2015). En otros estudios encontramos cómo la compasión está relacionada con menor reactividad fisiológica al estrés (Cosley et al., 2010) mayor conexión social (Crocker y Camevello, 2008), y mayor bienestar (Neff et al., 2007).

También encontramos en Roca et al., (2023) en su estudio aleatorizado pre post con grupo control, en una muestra de estudiantes de medicina que, tras un entrenamiento en compasión, se incrementaron las puntuaciones en regulación emocional (reevaluación emocional) y la atención plena.

Encontramos en otros estudios que el entrenamiento en cultivo de la compasión (CCT por sus siglas en inglés), aporta beneficios vinculados a la regulación emocional: reducción del estrés la ansiedad y la depresión (Brito-Pons et al., 2018), reducción de los niveles de autocrítica e incremento de los niveles de auto tranquilización (Kim et al., 2020).

2.1.3 La compasión promueve la Alianza Terapéutica

De forma paralela a lo revisado en el capítulo anterior, encontramos argumentos sólidos para esperar una fuerte relación entre la compasión del terapeuta y la alianza lograda en la psicoterapia. Encontramos en el trabajo de Germer, (2012), que cuando el terapeuta es capaz de abrirse al dolor del cliente de una manera compasiva, esto le permite generar una gran conexión con el cliente. Por otro lado, encontramos, además, que esta actitud compasiva rebaja la resistencia del terapeuta a conectar con el sufrimiento de éste. Ambas funciones son fundamentales para formar una buena alianza terapéutica. En un estudio pre-post de Beaumont et al., (2017), observamos que el entrenamiento en compasión en terapeutas reduce considerablemente la autocrítica del terapeuta, aumentando la compasión y la autocompasión, lo que genera una mejor capacidad de conectar con la experiencia del paciente, y por tanto mejor alianza en la relación terapéutica. Además, desde el ámbito de la neurociencia, Carter (2014), afirma que la activación intencional de sentimientos de compasión y amor activa la liberación de oxitocina y vasopresina, las cuales ayudan a profundizar en el vínculo con los clientes, así como a fortalecer la relación terapéutica.

2.1.4- La compasión del terapeuta rebaja la defensividad del paciente y promueve la exploración.

Los terapeutas que exponen gradualmente afecto a sus clientes y establecen un diálogo interior compasivo, generan un impacto positivo en el cliente, haciendo que se reduzca la autocrítica, y aparezca en ellos una voz más compasiva hacia sí mismos (Shanche, 2013). En otro estudio, se revela que las actitudes de apoyo de los terapeutas hacia sus clientes, así como una forma cálida de tratar con ellos, podría facilitar que los pacientes internalizaran dicha voz compasiva y amable hacia sí mismos (Layne et al., 2006).

Podemos entender el efecto de la compasión en el autoconocimiento del cliente, desde el modelo de asimilación de Stiles (2006). Este modelo analiza el proceso que experimenta el paciente en terapia cuando finalmente asimila las experiencias dolorosas que le llevan a acudir a terapia. Este modelo se basa en la idea de que las personas están compuestas de voces internas, siendo estas voces las huellas de experiencias previas. Cuando una experiencia se repite una y otra vez, esta acaba constituyéndose como una voz interna. A su vez cuando una voz está activa en una persona, ésta adopta momentáneamente una postura tanto cognitiva como afectiva y conductual. Al mismo tiempo, el conjunto de voces forma el sentido del sí mismo. En este modelo se tiene en cuenta el factor del terapeuta como un elemento clave que puede facilitar el cambio en la asimilación de la experiencia a través de las experiencias aportadas por el mismo, facilitando que el cliente integre una voz más compasiva (Stiles, 2009).

2.1.5- La compasión del terapeuta propicia la transformación emocional de memorias emocionales desadaptativas.

La transformación emocional es uno de los pilares del modelo propuesto por Greenberg (2011) mediante el cual surge el cambio en terapia. Vemos relevante hacer una breve mención a este núcleo vertebral de la terapia focalizada en la emoción ya que creemos que una buena parte de este proceso de cambio emocional en psicoterapia está estrechamente ligada a la compasión del terapeuta. Desde la terapia focalizada en la emoción se postulan seis principios de trabajo emocional que explicaremos a continuación, haciendo énfasis en los dos últimos, al ser estos un claro contexto de cómo la compasión del terapeuta es clave a la hora de producir un cambio emocional en el cliente:

El principio de consciencia emocional: es el primer paso para el trabajo emocional. Implica aceptar y entender lo que se está sintiendo, para poder explorarlo y acceder a la necesidad que necesitan satisfacerse. Se ha demostrado que cuanto más aumenta la conciencia emocional más cambio emocional se produce en el cliente (Elliott et al., 2003).

El principio de expresión emocional. A través de la expresión emocional se consigue evocar un mayor nivel de activación emocional mediante el mecanismo del biofeedback: cuando una emoción es expresada, esta a su vez eleva su grado de activación lo que facilita la percepción y apropiación de la misma. No estamos hablando aquí del concepto de “catarsis” (más psicodinámico) o de la facilitación de un mero desahogo emocional, sino de la capacidad de experimentar una emoción y articular la misma a través de la expresión verbal y corporal de una manera consciente (Elliot et al., 1996).

El principio de reflexión emocional: Este proceso hace referencia a la capacidad de deliberar sobre nuestras experiencias emocionales, lo que constituye una parte importante del cambio emocional. Los seres humanos incorporamos nuestras experiencias en una narrativa que nos da un sentido de nosotros mismos (Kwatra et al., 2022). Por ello, es importante dedicar tiempo en la terapia a hablar y elaborar lo que ha sucedido, especialmente cuando realizamos ejercicios emocionalmente intensos. En este modelo se busca activar la emoción, explorarla, expresarla y reflexionar acerca de ella (Greenberg, 2002a). Como se ha demostrado en investigación previa, la consciencia y la simbolización de las sensaciones físicas, sumada a la creación de una narrativa, disminuye la desregulación emocional y consigue mantener una activación emocional tolerable y productiva (Lieberman et al., 2004, Pennebaker, 1995).

El principio de regulación emocional: Existe un nivel de activación adecuado que permite que la activación sea tolerable y productiva. Es decir, la emoción debe estar suficientemente activada para poder acceder a ella, y a la vez no debe ser tan intensa que la persona se desregule y no sea capaz de atenderla y procesarla (Elliott et al., 2003).

El principio del cambio de emoción con emoción: Cuando se accede a una emoción primaria desadaptativa en una franja de activación productiva, se despliega el esquema emocional formado por la codificación de información corporal, sensorial y motivacional a partir eventos pasados (experiencias dolorosas de no haberse sentido visto, protegido o querido) (Elliot et al., 2003). Cuando se activa una emoción desadaptativa y se consigue activar posteriormente una emoción adaptativa, esta última

emoción va transformando el esquema previo, guardándose en la memoria. Así pues, cuando dos emociones se activan juntas también se guardan en la memoria juntas. A medida que se accede a un esquema emocional y se comienza a activar una emoción diferente en ese momento, la memoria se va reconsolidando (Lane et al., 2015), guardando cada vez con más fuerza la nueva emoción activada. Por lo tanto, este principio consistente en cambiar una emoción con otra se centra en la capacidad de transformar esquemas emocionales a partir de la vivencia de otras emociones (Elliott et al., 1996).

El principio de la experiencia interpersonal correctiva: Este modelo de terapia recoge y subraya la capacidad de generar experiencias interpersonales correctivas en el contexto de la terapia, especialmente a través de la figura del terapeuta. La relación terapéutica puede ser la fuente de experiencia nueva y diferente a lo que la mayoría de las personas están acostumbradas en sus relaciones. Desde aquí, se puede ayudar a reparar heridas emocionales generadas desde la infancia (emociones primarias desadaptativas), donde el cliente pudo no haberse sentido visto, aceptado o protegido y respetado. El ser humano está constantemente accediendo a sus esquemas emocionales a través del vínculo con los otros, es por ello que en el contexto íntimamente relacional de la terapia, la experiencia de poder acceder a emociones dolorosas ante la presencia atenta, compasiva y aceptadora del terapeuta, genera un cambio emocional (Timulak y Keogh, 2021).

De los principios explicados, solo los dos últimos resultan en una transformación del esquema emocional desadaptativo. En la terapia focalizada en la emoción, se busca activar el esquema emocional desadaptativo mediante el uso de técnicas evocadoras como la silla vacía o la representación en dos partes. La misma tarea ayuda a evocar las emociones primarias adaptativas subyacentes como podrían ser el enfado empoderador o la compasión por el sí mismo herido, lo que permite que una nueva experiencia emocional transforme el dolor crónico. El esquema emocional responsable del desprecio o vergüenza se transforma a través de emociones como el enfado asertivo, que legitima y protege, o la compasión hacia sí mismo. Tanto la activación emocional como la exploración de respuestas emocionales diferentes son ingredientes clave para el cambio. Al activarse la memoria emocional (el esquema) asociada al dolor crónico (o emoción

primaria desadaptativa), esta se vuelve influenciada a nuevas experiencias emocionales. Una vez que la emoción se transforma al contacto con otra, la memoria se reconsolidada con esa nueva experiencia emocional integrada. La emoción cambia la memoria durante el periodo de reconsolidación (Nadel & Moscovitch, 1997; Nader, et al., 2000; Schiller, et al., 2010), lo cual permite actualizar los esquemas emocionales.

Greenberg (2011) propone que las emociones adaptativas (transformadoras) pueden provenir del terapeuta, en lo que denomina experiencia interpersonal correctiva. Dentro de esta experiencia correctiva, la compasión del terapeuta es un ingrediente clave (Timulak y Keogh, 2021). Esta presencia compasiva del terapeuta se convierte en una fuente de compasión para el cliente, que en ocasiones no ha recibido nunca. La experiencia del cliente conmueve al terapeuta, y este, desde la congruencia, se permite expresar este sentimiento. Esto permite validar lo doloroso del cliente y sus necesidades no satisfechas desde un nivel profundamente humano (Bar-Kalifa, 2019). Esta validación desde una presencia compasiva, que acompaña y sirve de apoyo, permite al cliente contactar con más emoción y tocar su lado más vulnerable.

Así, se genera una dinámica en la que el dolor evoca la compasión del terapeuta, y la compasión de este permite que el cliente se abra más a la experiencia dolorosa y exprese más, lo que nos lleva a más compasión, que al experimentarse transforma el esquema desadaptativo del dolor activado. Antonio Pascual-Leone ha demostrado con su trabajo que las respuestas compasivas facilitan la experiencia del duelo (otra emoción adaptativa) acerca de los dolores pasados (Pascual-Leone, 2009; Pascual-Leone & Greenberg, 2007a) y ese duelo puede llevar a un proceso de curación y de “dejar ir” (Dillon et al., 2018; McNally et al., 2014). Así, de esa dinámica generada de compasión y dolor, pasamos a otra en la que la compasión y el dolor llevan al duelo.

Además, las experiencias de compasión permiten y facilitan la conexión, cercanía, preocupación por los demás, amabilidad y amor, así como las experiencias de alivio, calma y calidez. En un estudio de caso único (Nakamura, 2021), encontró que cuando sucede una experiencia emocional correctiva (que define como transformar patrones interpersonales patológicos y desadaptativos en el aquí y ahora con el terapeuta), el cliente se siente empoderado, revigorizado, aumenta su comprensión emocional, mejoran sus relaciones y se atreve a nuevas experiencias interpersonales,

generando un ciclo de emociones positivas. Lo central demostró ser el “encuentro con el terapeuta”, es decir, la experiencia de encuentro con el terapeuta como persona, con una conexión profunda. Es decir, una conexión relacional profunda es lo que forma una experiencia emocional correctiva y éstas se relacionan con el cambio terapéutico como propone el modelo de terapia focalizada en la emoción.

Todo esto resalta el papel de la compasión como variable facilitadora en el terapeuta para que puedan allanar esos encuentros profundos con el cliente y desembocar a las experiencias emocionales correctoras. Desde esa experiencia, se llegará a emociones y experiencias positivas que pueden generar una espiral positiva hacia el cambio en terapia.

En resumen, hemos revisado evidencia de que la compasión del terapeuta puede facilitar el éxito en la psicoterapia a través de cambios, tanto en el cliente (aumentando su autoconocimiento, su valoración de la alianza terapéutica y propiciando emociones correctivas), como en el terapeuta (aumentando su regulación emocional, y su capacidad empática). En esta última sección hemos revisado cómo la compasión experimentada y expresada por parte del terapeuta, facilita la vivencia de emociones adaptativas en el cliente, que tienen un rol crucial en la transformación de las heridas emocionales crónicas, un mecanismo transdiagnóstico de cambio en psicoterapia (Timulak y Keogh, 2020).

2.2. Factores facilitadores de la compasión en psicoterapia

A continuación, abordaremos los factores facilitadores de la compasión tanto en terapeutas como en pacientes. Cabe destacar que, como en apartados anteriores, existe poca literatura científica que haya abordado directamente la experiencia de compasión en psicoterapia. Por lo cual, algunas de las menciones que haremos a continuación, serán meramente teóricas. Por un lado, en cuanto a los factores que facilitan la compasión en los terapeutas, encontraremos que, tanto la presencia terapéutica y mindfulness como la autocompasión y la regulación emocional muestran asociaciones prometedoras con el incremento de la experiencia compasiva. Por otro lado, apenas encontramos estudios

acerca de las variables de los pacientes que influyen en la experiencia compasiva de los terapeutas.

2.2.1.- Factores del terapeuta que facilitan la compasión.

Como antes hemos señalado, compasión y *mindfulness* suelen entenderse como procesos íntimamente relacionados. La compasión necesita de un estado de presencia plena ante el sufrimiento del otro, para poder emerger. No se puede habitar la compasión sin una mente capaz de estar presente en ese sufrimiento, aceptándolo, no juzgándolo, y abriéndose a él; al igual que no puede existir una mente presente, sin un corazón amable capaz de sostener el proceso de estar presente (Simón, 2015). Es por ello, que, en muchas investigaciones, la presencia o el aumento de uno genera la presencia o el aumento del otro y viceversa (Bellosta-Batalla et al., 2019). Es por ello que, en el programa elegido para entrenar compasión (ver capítulo 3), se dispone una de las sesiones íntegramente para trabajar *mindfulness*.

El *mindfulness* rasgo comparte con la compasión los procesos de reconocimiento y regulación de la propia experiencia (Carpenter et al., 2019). Encontramos en Gu et al., (2020) que aquellas personas con un entrenamiento previo en *mindfulness* tienen unos niveles mayores en compasión. Se encuentra además que las personas que tienen cinco años o más de experiencia en meditación tienen niveles más altos en compasión que aquellos que solo tienen un año de experiencia. (Durkin et al., 2016).

En estrecha relación con los procesos de *mindfulness*, encontramos la presencia terapéutica como un segundo proceso facilitador, no solo de la empatía (ver capítulo 1) sino también de la compasión. Como vimos en el capítulo anterior, Geller y Greenberg (2002), describen la presencia terapéutica como un estado interno de disposición y apertura para recibir la experiencia al cliente de una manera amable y compasiva. Para ellos, la presencia terapéutica también significa una disposición interna a que la experiencia del cliente impacte y conmueva al terapeuta, que, al mismo tiempo, es capaz

de regularse emocionalmente. Esta forma de entender la presencia terapéutica implica que el terapeuta está abierto a recibir el impacto emocional de la experiencia del cliente y es capaz de regular su propio estado interno. Así, apertura y la regulación son dos componentes fundamentales de la presencia y de la compasión (Strauss et al., 2016).

Por otra parte, el estudio cualitativo de Vivino et al. (2009), en el que entrevistaron a 14 terapeutas identificados como especialmente compasivos en su quehacer profesional reveló algunos factores vinculados al terapeuta que facilitan el proceso: la capacidad de identificarse con el paciente y experimentar sensaciones de agrado hacia él, entender las dinámicas del cliente o tener la habilidad para construir una buena relación terapéutica. Utilizando una metodología intepretativo-fenomenológica, Maurya et al. (2022) encuentran una prometedora vinculación entre el estilo de apego del clínico y la compasión que manifiesta ante sus clientes.

Veamos un breve repaso de la investigación con población general en torno a la asociación entre el apego y la respuesta compasiva. Específicamente, el apego seguro se muestra asociado con mayores niveles de compasión hacia otros (Mikulincer et al., 2005; Shaver et al., 2016) y con mayor conducta prosocial (Markiewicz, et al., 2001; Thompson and Gullone, 2008). Además, cuando en los diseños experimentales se activa un apego seguro, mediante el procedimiento de priming, se incrementa la compasión y el deseo de ayudar a una víctima (Mikulincer et al., 2005). Por otra parte, la calidez de la relación madre-hijo medida en la infancia, un factor asociado al apego seguro (Güngör & Bornstein, 2010), predice la compasión del participante durante su desarrollo, hasta 30 años después, controlando el efecto de diversas covariables (Hintsanen et al., 2019). Por otra parte, se encuentra que el apego inseguro interfiere en la compasión, en el contexto de las relaciones de pareja (revisiones en Feeney & Woodhouse, 2016, Mikulincer & Shaver, 2016). Mikulincer et al. (2001, en el estudio 1) encuentra que el apego ansioso y evitador presenta una relación inversa con la compasión. La disposición evitadora predice un menor deseo de ayudar (Mikulincer, Shaver, Gillath, and Nitzberg (2005), menor preocupación empática (Feeney & Collins, 2001; Lopez, 2001; Wayment, 2006), menor adopción de perspectiva empática (Corcoran, & Mallinckrodt, 2000) y menores niveles de sentimientos compartidos (Trusty, Ng, & Watts, 2005). Por otro lado, la disposición

ansiosa predice mayor malestar empático, promoviendo objetivos centrados en uno mismo, no tanto en paliar el sufrimiento del otro (Britton & Fuendeling, 2005; Monin, Schulz, Feeney, & Clark, 2010; Vilchinsky, Findler, & Werner, 2010).

Existen otras variables del terapeuta que parecen influir en la compasión manifestada ante el cliente. Por ejemplo, la presencia de asuntos personales del terapeuta o experimentar reacciones negativas en terapia, son aspectos que dificultan la compasión, según refieren terapeutas que son identificados por sus pares como especialmente compasivos (Vivino et al., 2009). Las reacciones emocionales desadaptativas, ya sean secundarias o primarias desadaptativas, pueden ser reacciones del terapeuta que ocluyan la respuesta adaptativa de la compasión ante la vulnerabilidad del cliente (Geller y Greenberg, 2012). No es de extrañar por tanto que experimentar incompetencia en la profesión sea referido como otro obstáculo a la compasión por los terapeutas (Vivino et al., 2009). El trabajo persona de autocuidado emerge como una gran necesidad para mantener el entusiasmo, implicación y compasión en el quehacer cotidiano del terapeuta (Norcross y Vandenbos, 2021). Por último, en un estudio reciente, se encuentra una interesante asociación entre la compasión del *counselor* (asesor psicológico) y el grado de solidez de su identidad profesional (Maurya & DeDiego, 2023).

En resumen, algunos factores provenientes del terapeuta parecen facilitar la experiencia compasiva hacia sus clientes, resaltando especialmente la presencia terapéutica, el *mindfulness*, el estilo de apego, o la calidad de la relación terapéutica. De manera más tentativa, podemos anticipar que la identidad profesional esté asimismo vinculada a la compasión experimentada, sin descartar componentes genéticos o temperamentales (Vivino et al., 2009).

2.2.2.- Factores del paciente que facilitan la compasión en el terapeuta.

Existen muy pocos estudios científicos que hagan alusión a los factores del paciente que facilitan o dificultan que el terapeuta experimente compasión. Uno de los

primeros esfuerzos para esclarecer esta influencia lo realizaron Orlinsky y Howard (1986), que empezaron a interesarse por las aportaciones que el paciente realizaba sobre el proceso terapéutico. Posteriormente encontraron que la actitud de apertura frente a la actitud defensiva durante las sesiones parecía influir en los resultados y devenir del proceso (Keijsers et al., 1995). En consonancia, los terapeutas refieren tener dificultades para experimentar compasión si los pacientes son resistentes, agresivos o invaden los límites personales del terapeuta (Vivino et al., 2009).

Dado que la compasión es una respuesta espontánea ante la vulnerabilidad percibida en el otro (Elliott y Greenberg, 2021; Goetz et al., 2010), podemos anticipar que los pacientes que presentan más facilidad para acceder a sus experiencias de vulnerabilidad primaria (i.e., emociones primarias) facilitarán la experiencia compasiva de sus terapeutas. Curiosamente, esto no es equivalente a decir que los pacientes que más sufren generar más compasión en sus clínicos. De hecho, los clientes con mayor patología parecen dificultar la experiencia de los terapeutas, tal y como describen los propios profesionales (Vivino et al., 2009). Podemos interpretar de manera tentativa que, dado que la psicopatología se manifiesta en mayor presencia e intensidad de emociones secundarias (Timulak y Pascual-Leone, 2015) que obstruyen la emergencia del dolor primario, la psicopatología aguda en realidad está enmascarando la vulnerabilidad emocional más nuclear, que tiene la potencialidad de desencadenar la compasión en el terapeuta.

En conclusión, es necesaria mayor investigación para tener un adecuado mapa de los factores vinculados a los pacientes que afectan a la compasión del terapeuta. No olvidemos, en cualquier caso, que la compasión (igual que la empatía) son fenómenos relacionales, de manera que tanto los factores del terapeuta como los del cliente se amalgaman para construir procesos relacionales (p.e., la alianza terapéutica) que están afectando la respuesta compasiva que se vive en terapia.

3.- Programas de entrenamiento de la compasión

Al igual que en el capítulo anterior, para finalizar con este segundo capítulo, abordaremos los diferentes programas de entrenamiento en compasión, explicando las diferencias entre ellos y analizando los procesos subyacentes transversales en cada uno de los programas, junto con la evidencia de los cambios que logran cosechar. Vamos a limitarnos a programas que poenen su foco explícitamente en la compasión hacia otros, dejando al margen otros programas que tienen su centro en torno al incremento del mindfulness o la autocompasión (p.e., el programa *Minsfulness Self-Compassion* de Neff y Germer, 2013). Finalmente, se describe el programa de entrenamiento CCT (Entrenamiento centrado en la compasión) de Thupten Jinpa (2015). Este programa es uno de los más utilizados a la hora de entrar en compasión y será la base sobre la que elaboraremos el programa de entrenamiento en compasión de este trabajo (que se describirá en el capítulo 3).

3.1. Protocolo de entrenamiento en compasión, de la terapia cognitiva basada en la compasión (CBCT).

Este protocolo se basa en el *Lojong*, un texto tibetano del siglo XI que propone un entrenamiento mental diseñado para transformar la perspectiva del practicante mediante el análisis de la realidad y el desarrollo de una mente compasiva (Jinpa et al., 2014). Este enfoque ha sido secularizado para hacerlo accesible a personas de diversas creencias, independientemente de su tradición religiosa (Mascaró & Raison, 2017).

Existen diferentes formas de responder al sufrimiento ajeno que van más allá de la compasión. Por ejemplo, la indiferencia puede ser vista como una respuesta desadaptativa (Cameron & Payne, 2010), mientras que en otros casos pueden surgir motivaciones patológicas como la codependencia, el agotamiento o el martirio (Oakley et al., 2012). En el marco de la Terapia Cognitivamente Basada en la Compasión (CBCT), la compasión se entiende como una predisposición activa hacia los demás, que se expresa a través de un sentido de bondad, cercanía y el deseo genuino de ayudar. A diferencia del desgaste emocional que puede producir la empatía, la compasión permite brindar ayuda sin caer en el autoengaño ni en la sobrecarga emocional (Schneider, 2001).

Este entrenamiento tiene como objetivo principal reducir la depresión y transformar los estados cognitivos negativos en positivos, mediante la contemplación analítica y compasiva de los pensamientos. Los participantes adoptan el rol de "investigadores" de sus propios estados mentales, con el fin de alcanzar un mayor insight que, con el tiempo, se vuelve cada vez más automático. Este proceso contribuye a disminuir la reactividad emocional y a mejorar el bienestar general (Lavelle, 2017).

El programa consta de 8 módulos, cada uno con una duración de una semana, y se desarrollan de manera consecutiva. El primer módulo se centra en el desarrollo de una atención plena y una estabilidad mental, que constituye la base fundamental sobre la que se sustentan los módulos posteriores. En el segundo módulo, se trabaja en la comprensión de la naturaleza de la experiencia mental, explorando cómo la mente percibe la realidad que la rodea. El tercer módulo se dedica a la autocompasión, invitando a los participantes a cultivar una actitud de cuidado y aceptación hacia sí mismos. En el cuarto módulo, se aborda la imparcialidad o ecuanimidad, buscando equilibrar las emociones y la mente frente a las experiencias internas y externas. En el quinto módulo, se profundiza en conceptos vinculados con la compasión, como el aprecio y la gratitud, esenciales para una actitud compasiva hacia uno mismo y los demás. A partir del sexto módulo, el programa comienza a trabajar específicamente con el desarrollo del afecto y la empatía hacia los demás, favoreciendo la capacidad de conectar emocionalmente y comprender a los otros desde una perspectiva compasiva. El séptimo módulo se enfoca en generar aspiraciones y deseos compasivos hacia todos los seres, promoviendo una actitud inclusiva y de benevolencia universal. Finalmente, el octavo módulo pone en práctica la compasión activa, animando a los participantes a integrar la compasión en su vida diaria a través de acciones concretas (Lavelle, 2017). Este programa encuentra evidencia, a través de ensayos controlados aleatorizados, de su capacidad de incrementar la compasión en supervivientes de cáncer (González-Hernández et al., 2018) y en personas con ideación suicida (Sun et al., 2019).

Como puede observarse, los tres primeros módulos se concentran principalmente en el desarrollo de una mente atenta y abierta, con el objetivo de establecer una base sólida sobre la cual edificar el trabajo posterior relacionado con la compasión. Es importante destacar que la empatía, como parte integral del entrenamiento, se va cultivando de

manera progresiva a lo largo del programa, siendo un componente esencial para establecer relaciones compasivas tanto con uno mismo como con los demás.

3.2. El entrenamiento en compasión sostenida (*Sustainable Compassion Training*; SCT)

Este entrenamiento creado por Makransky, fue previamente conocido como *Innate Compassion Training*. Este entrenamiento está compuesto por diferentes prácticas que tratan de ayudar a aquellos que la practican a reconocer su capacidad inherente para cuidar a los otros, lo cual promueve una compasión activa por los demás (Levelle, 2017).

En este caso este programa no tiene una pauta temporal concreta, sino más bien es una propuesta de diferentes prácticas meditativas. En este programa se intenta que el practicante pueda tener la experiencia de ser amado y cuidado de forma incondicional para, en un momento posterior, poder ser él el que pueda experimentar estas emociones hacia los otros (Condon y Makransky, 2020). Aun así, este programa consta de 3 módulos: el primero de ellos basado en el modo receptivo de compasión, pretende ayudar a reconectar al practicante con la sensación de ser merecedor de amor incondicional, tratando de que éste acepte su potencial y eliminando las etiquetas del yo. El segundo trata de profundizar en la compasión, procurando desarrollar una visión del otro como idéntica a nosotros, acercándonos cada vez más a una visión en la que ese ser humano es merecedor del mismo amor incondicional. Finalmente, el tercero busca desarrollar la inclusión de la compasión. Las técnicas ofrecidas por este programa parecen ser eficaces, dado que se encuentran recogidas en las intervenciones meditativas para incrementar la compasión, tal y como explícitamente recoge un meta-análisis (Zhou et al., 2021) o la revisión sistemática de Perkins et al. (2022), aunque no encontramos estudios aleatorizados que estén centrados únicamente en este programa.

3.3. El entrenamiento en compasión basada en apego (*Attachment-Based Compassion Training*; ABCT)

Este es un programa de compasión, elaborado por la Universidad de Zaragoza, que está específicamente adaptado para la población española. El entrenamiento está adaptado al sistema sanitario español, así como a nuestra cultura. El fundador, Javier García-Campayo (2020), ha desarrollado este programa, con una fuerte fundamentación en las teorías del apego.

El programa se desarrolla a lo largo de 8 semanas a razón de una sesión semanal de 2 horas, en las que se trabajan diferentes temas como una atención amable, un primer contacto con un mundo compasivo, un trabajo sobre uno mismo, para finalizar con la compasión y la ecuanimidad. Este programa se basa en el desarrollo de un apego interno seguro como base para poder trabajar la compasión hacia uno mismo y hacia los demás. Durante el programa se aporta una comprensión del apego y del papel en la vida del ser humano, también se trabaja investigando sobre la infancia de los participantes, tratando de ayudarles a identificar qué estilo de apego tienen para así poder transformarlo en un apego seguro. Durante este programa también se trabaja con el perdón, con la envidia y finalmente con la compasión y la ecuanimidad, siendo esta última, un precursor para desarrollar una estabilidad emocional. El programa muestra evidencia de impactar en la autocompasión, así como el mindfulness y la salud, en población general (Navarro-Gil et al., 2020), ayudar en el tratamiento de la fibromialgia (Montero-Marín et al., 2018) o el manejo de los procesos de ansiedad y depresión (D'Amico et al., 2024).

3.4. El entrenamiento en meditación de amabilidad amorosa (*Loving Kindness Meditation*; LKM)

Este tipo de prácticas más o menos regladas, están inspiradas en la tradición del budismo theravada. Dichas prácticas consisten en el desarrollo de un deseo o aspiración de amor amabilidad y benevolencia tanto por uno mismo como para los otros. En este caso, no es tanto un protocolo reglado, sino más bien un conjunto de técnicas que permiten desarrollar una mente más compasiva. El recorrido más o menos generalizado en este tipo

de prácticas, comienza con el desarrollo de un amor compasivo hacia uno mismo, pasando por el desarrollo de una compasión hacia alguien por quien sintamos amor, luego alguien neutral, para finalizar con el desarrollo de compasión hacia alguien que nos cueste o no sea difícil poder sentir compasión, para finalmente terminar extendiendo la compasión a todos los seres sintientes (Carlson et al., 2015). Este tipo de prácticas generalmente suele utilizar técnicas en las cuales se visualiza a esas personas mientras se repiten diferentes frases en las cuales deseamos amor, felicidad, alivio del sufrimiento y alegría para estas personas. Los meta-análisis apuntan a que el programa LKM reduce la ansiedad (Zheng et al., 2023), aumenta la autocompasión (Reilly y Stuyvenberg, 2023) y mejora la satisfacción con la vida, aunque el efecto parece desaparecer en esta variable cuando solo se tienen en cuenta los datos de los ensayos controlados aleatorizados (Gu et al., 2022).

3.4. La terapia Focalizada en la compasión (CFT).

Este modelo de terapia, creada por el psicólogo Paul Gilbert, se basa en ayudar a los pacientes a desarrollar una mayor autocompasión para así utilizar esta habilidad para manejar sus dificultades emocionales. Esta terapia integra la teoría evolutiva, la neurociencia, la psicología social y del desarrollo, mindfulness y la terapia cognitivo conductual (García-Campayo et al., 2016), partiendo del desarrollo evolutivo de nuestro cerebro y la función de los sistemas de calma y seguridad versus de amenaza y protección (Gilbert, 2015). Esta terapia está enfocada originalmente en pacientes con un alto grado de autocrítica y de vergüenza. Utiliza diferentes técnicas como el diálogo socrático, la identificación de conductas de seguridad, la consciencia de la evitación y la exposición a estímulos que generan reacciones emocionales, la toma de la perspectiva mindfulness (consciencia del cuerpo y de las emociones) y la generación de conductas compasivas. Este modelo de intervención está creado para usarse en un contexto exclusivamente terapéutico, por lo cual no podemos considerarlo un programa de entrenamiento propiamente.

La terapia centrada en la compasión ha cosechado en las últimas décadas un abultado grupo de investigaciones que sustentan su eficacia. Encontramos diferentes meta-análisis que muestran su tamaño del efecto agregado, en población clínica (Millard et al., 2023), en el incremento de la autoestima (Thomason y Moghaddam, 2021), el alivio

de la autocrítica (Vidal y Soldevilla, 2023) o los indicadores de salud general, tal y como recoge el análisis de un conjunto de meta-análisis realizado por Petrochi y cols. (2024)

3.5. Entrenamiento en el Cultivo de la Compasión.

Finalmente terminamos este repaso de los diferentes entrenamientos en compasión, con el programa de entrenamiento en el cultivo de la compasión (CCT) desarrollado por Thupten Jinpa en la Universidad de Stanford, el cual tomaremos como referencia principal (Jinpa, 2015) a la hora de desarrollar nuestro programa de entrenamiento en compasión (ver capítulo 3). Este programa está inspirado en la tradición budista tibetana, siendo uno de los programas que presentan una definición más clara y explícita de la compasión. En este caso, se toma la compasión no solo como una reacción emocional, sino como un desarrollo de la persona, que implica la dimensión ética, la concentración, la toma de conciencia y el compromiso personal con el desarrollo de la compasión (Goldin y Jazaieri, 2017).

Este entrenamiento está diseñado para un grupo de entre 20 y 30 personas y se desarrolla a lo largo de ocho o nueve semanas de duración. Existe una primera sesión que es opcional, en la cual simplemente se exponen las bases introductorias del programa en general. La duración de cada sesión es de 2 horas por semana, tras las cuales se proponen diferentes prácticas tanto formales como informales para la semana.

Este programa empieza con una primera sesión en la cual se trabaja la estabilización de la mente a través de una meditación de *Shine* o atención a la respiración. El siguiente paso trata de cultivar un amor benevolente y una compasión hacia algún ser querido. Para el tercer paso, el tema a tratar es el cultivo de un amor y una compasión por uno mismo, para culminar en el cuarto paso, con el descubrimiento de la humanidad compartida y de la interdependencia que tenemos todos los seres entre nosotros mismos. Para ello, en el quinto eslabón, se trabaja en el cultivo de la compasión hacia todos los seres, desarrollando en el sexta una compasión activa en la vida diaria (Goldin y Jazaieri, 2017). Más adelante en este trabajo, podrá verse con mayor detenimiento el desarrollo de este programa.

Las técnicas del programa CCT son reconocidas como intervenciones legítimas basadas en la compasión, recogidas en diferentes meta-análisis (Alcaraz-Cordoba et al., 2024; Gu et al., 2022; Kirby et al., 2017; Roman-Niaves et al., 2024). Estas técnicas cosechan cambios en profesionales de la salud (Scarlet et al., 2017) o en cuidadores de personas con problemas de salud mental, tal y como revela el ensayo clínico de Hansen et al., (2021).

En resumen, existe diversos programas que se muestran eficaces para incrementar la compasión y proteger la salud mental. Cultivar la compasión permite al psicoterapeuta evitar el agotamiento, manejar el estrés, así como mejorar las relaciones interpersonales y reducir la autocrítica y la vergüenza (Leaviss & Uttley, 2005). Por tanto, es crucial no sólo promover la compasión en los pacientes, sino también en los propios terapeutas, como una herramienta fundamental para mantener su salud emocional y profesional.

En el siguiente capítulo nos centraremos en la promoción de la compasión del terapeuta como facilitador del entrenamiento en la empatía, el objetivo fundamental de este trabajo. No hemos de olvidar, que la compasión no solo puede ser una herramienta para incrementar la empatía en las formaciones de los terapeutas, sino que es una emoción fundamental no solo para promover habilidades relaciones en el profesional de la salud mental, sino como potenciador y signo del florecimiento humano.

Capítulo 3. Diseño de investigación y propuesta de los programas de entrenamiento

“Si tu compasión no te incluye a ti mismo, está incompleta”. (Jack Kornfield)

1. Diseño de la investigación

El objetivo fundamental de la tesis es comprobar el impacto de un programa de entrenamiento en sintonización empática para terapeutas, y explorar el efecto de un entrenamiento añadido en compasión, sobre las habilidades empáticas entrenadas. Para comprobar el efecto de la compasión en el entrenamiento de la empatía, se diseñó un ensayo controlado aleatorizado en el que se comparan dos condiciones:

- Un programa de entrenamiento en empatía al que se añaden tareas de entrenamiento en compasión (condición experimental),
- Un programa de entrenamiento en empatía al que se añaden tareas de entrenamiento en Focusing (condición de control). Este diseño permitirá conocer si el entrenamiento en compasión genera un mayor impacto en la empatía de los terapeutas en formación. Como grupo control se ha elegido enriquecer el entrenamiento con técnicas de Focusing, dado que es un procedimiento habitual de entrenamiento en empatía dentro de la aproximación humanista, con la colaboración de Mentxu Martín-Aragón, formadora acreditada de Focusing (Trainer, terapeuta orientada al focusing y Coordinadora Certificada en Focusing por T.I.F.I. “*The International Focusing Institute*” en Nueva York).

En el diseño de las dos condiciones, experimental y control, se buscó equilibrar la formación en número de horas de entrenamiento online (síncrono y asíncrono) y tareas para casa (práctica formal e informal). Para lograr este objetivo fundamental, hemos necesitado abordar previamente otras tareas u objetivos secundarios:

- a) Diseñar un programa formativo de sintonización empática al afecto. El estudio 1 de la sección empírica presenta el análisis del estudio piloto, recogiendo el cambio de los asistentes a esta formación presencial, con el fin de estudiar posibles mejoras en el programa y metodología de cara a los siguientes estudios. Los principios básicos de esta formación se presentan en a continuación en este capítulo.
- b) Validar el cuestionario de compasión hacia otros (SOCS-O), el instrumento más fiel a la perspectiva de la tradición de origen (ver capítulo 2). Para realizar este estudio se utilizaron tres tipos de muestra: Se aplica el cuestionario a 259 personas procedentes de la población general, con el fin de obtener evidencia de validez factorial, convergente y divergente (estudio 2). Además, se analiza la invarianza de la medida de esta muestra respecto a la muestra original (estudio, 3) y, en la parte 3, se emplea una nueva muestra de 138 participantes para obtener nueva evidencia de validez divergente (estudio 4).
- c) Validar el cuestionario de empatía EU de Barrett (estudio 5), adaptado a la situación de terapia. Se llevó a cabo un estudio de las propiedades psicométricas de este instrumento. Un total de 156 personas (78 personas en el role de pacientes, y 78 en el rol de terapeutas) realizan una sesión de escucha activa tras la cual evalúan la empatía percibida del terapeuta.
- d) Adaptar los programas de entrenamiento a un formato online:
 - a. Adaptar el programa de entrenamiento de empatía planteado en el estudio 1 a un formato online. Elaborar los materiales audiovisuales, preparar la plataforma de aprendizaje (usando los recursos Moodle de la Universidad Comillas).
 - b. Combinar el programa de formación en empatía con un programa de entrenamiento en compasión en formato online, a partir del programa de cultivo de la compasión de Jinpa (ver capítulo 2).
 - c. Combinar el programa de formación en empatía con un programa de entrenamiento en Focusing en formato online.
- e) Realizar un estudio piloto del ensayo aleatorizado (estudio 6) en el que se comprueba la viabilidad del estudio y se extraen los resultados preliminares.

Los seis estudios de esta tesis doctoral, que abordan el objetivo general y secundarios, se presentan en tres partes, cada una de ellas con una muestra

independiente de participantes. Antes de revisar estas partes, vamos a abordar en la siguiente sección los diseños de los programas formativos (objetivo d, descrito arriba), inspirados en la literatura revisada en los dos primeros capítulos de la tesis.

2. Diseño de un programa formativo online de sintonización empática al afecto

En este apartado se desarrollará de manera esquemática las bases fundamentales y el desarrollo de cada sesión del programa de entrenamiento en empatía, el cual se podrá encontrar más detallado en los anexos.

El programa de empatía se basa en seis módulos (uno por semana) mediante los cuales se va entrenando progresivamente la sintonización empática al afecto. El programa está desarrollado en diferentes perspectivas y trabajos previos, buscando recoger los criterios de la International Society for Emotion Focused Therapy (www.iseft.org):

- Se buscó formar en los cinco procesos de la empatía (Elliott et al., 2004): dejar ir preconcepciones, abrirse y resonar con la experiencia del paciente, seleccionar lo nuclear de la misma, expresar el entendimiento al paciente y captar el impacto que tiene esta intervención en el paciente. Estos cinco pasos se presentaron en las dos primeras semanas, aunque se fueron articularon de manera transversal durante los seis módulos de trabajo (uno módulo cada semana) de los que consta el programa de entrenamiento.
- Se ofrecen en el entrenamiento una equilibrada combinación de teoría y ejercicios prácticos. La teoría es expuesta mediante vídeos introductorios de cada semana, buscando generar implicación y motivación en los participantes. Asimismo, se recomiendan lecturas, acompañadas de ejercicios de autoevaluación. Se busca ofrecer una teoría simple y breve, siguiendo recomendaciones de Elliott (2017).

- Los ejercicios prácticos se diseñan para realizarse en tareas online, práctica formal e informal. Estos son las fuentes a las que se ha acudido para el diseño de los ejercicios y prácticas: Metáforas corporales para la empatía (Elliott y Greenberg, 2021, p. 53). Apertura de canales de receptividad (Elliott y Carrick, 2019). Ejercicios de profundización emocional, uso de la imaginación en la escucha empática (Elliott et al., 2022), Ejercicios en modos de respuesta empática de TFE (focalizados o abiertos): reflexión de sentimientos, afirmación empática, reflexión evocativa, conjetura empática, reflexión exploratoria, reenfoque empático (Goldman, et al., 2021, ejercicios 2, 3, 6, 7 y 8) y ejercicios para ofrecer validación empática como alternativa a la confrontación (Greenberg, 2021, p. 137; Elliott, 2017).
- Trabajamos para construir una visión profunda del terapeuta, para que pueda ser capaz de captar lo más nuclear y doloroso del paciente. Buscamos promover que los participantes capten pistas afectivas del paciente, y que aprendan a diferenciar las propias reacciones afectivas de las de la persona a la que ayudan (Angus et al., 2005; Watson & Greenberg, 2011).

Estructura del programa

Cada uno de los módulos de este programa se estructuran de la siguiente manera: una primera parte ofrece la teoría en la que el participante adquirirá los conocimientos necesarios para desarrollar posteriormente la pericia práctica de los temas sugeridos de cada semana. Posteriormente, se ofrecerá una práctica online en la cual se ofrecerá actividades interactivas de visionado de vídeos y posterior ejercicio de preguntas y respuestas sobre cada video. Después se pedirá a los participantes que realicen una práctica formal durante la semana y se le sugerirá algunas prácticas informales que ayudarán a consolidar los conocimientos adquiridos en cada una de las sesiones día a día.

Este es el índice de contenidos por módulos del programa:

- Semana 1: Introducción al curso. Empatía y neurociencia. Ciclo de los cinco procesos de la empatía. Presentación de la presencia terapéutica.
- Semana 2: Abrir y Resonar con la experiencia del paciente. Canales de receptividad. El esquema emocional. Tipos de reflejo empático según se pone el foco de la respuesta en el mundo, en la acción o la experiencia interna.
- Semana 3: Captar lo central. Tipos de emociones y su trabajo empático. Exploración y conjetura empática.
- Semana 4: Facilitar el acceso a lo nuclear de la experiencia. Evocación y afirmar la vulnerabilidad.
- Semana 5: El paso preciso en cada instante. Las necesidades de procesamiento emocional cada instante y su respuesta empática. Formulación y sugerencia de proceso. Ejercicio por parejas.
- Semana 6: Situaciones difíciles en la escucha empática. Estados emocionales del terapeuta (compasión y enfado asertivo). Posiciones relacionales Benjamin. La automanifestación facilitadora como alternativa a la confrontación.

En la Tabla 2 se puede observar el índice de temas, prácticas online y la práctica formal e informal ofrecida en cada módulo.

Tabla 2. Temas y prácticas de cada semana en el programa de formación online de sintonización empática al afecto

Semana	FORMACIÓN ONLINE		PRÁCTICA SEMANAL (diario)	
	Teoría desarrollada en vídeo	Prácticas online (PO)	Práctica formal semanal (PF)	Práctica informal (PI)
1	1.- Empatía y neurociencia 2.- Presentación de las fases 3.- Soltar y abrir: Presencia terapéutica.	PO1: Acrónimo Presencia y escucha vídeo 1 (Indomable will hunting)	PF1: Imaginación guiada 2 enraizamiento PF2: Presencia 2: Ritual comienzo y cierre jornada	PI1: Cultivar espacios de tareas a mitad de velocidad PI2: Trabajo en relaciones
2	2.- Soltar y abrir: Canales de receptividad Tipos de reflejos según el paisaje.	PO1: Canales de receptividad (vídeo, escuchando con los diferentes canales) PO2: Reflejos y paisajes (acción, significado, emoción)	PF1: Despejar un espacio PF2: práctica deliberada reflejo	PI1: Abrir Canales al escuchar a una persona en el día a día
3	Captar lo central 1: Tipos de emoción y empatía 2: Elementos del esquema	PO2: Atender los elementos del esquema. Explorar y conjeturar	PF1: Exploración, conjetura partes del esquema	PI1: Imaginación al escuchar
4	Captar lo central 3: Evocar emociones primarias 4: afirmar emociones primarias	PO1: Emociones primarias: Afirmación empática PO2: Evocación	PF1: Las metáforas de la propia vida PF2: Usarlas con el otro (¿breves y afiladas? ¿acerca de primarias?)	PI1: Atentos a propias las emociones primarias PI2: Observar escenas cotidianas, conjeturar y apuntar en diario
5	Empatizar con las necesidades	PO1: Ejercicio de Guiar para	PF1: Ejercicio escuchar parejas	Diario emocional

	de procesamiento: productividad emocional.	promover necesidades (vídeo Les)		
	Formulación y sugerencia de proceso	PO2: formulación, sugerencia de proceso		
6	Situaciones difíciles Estados emocionales del terapeuta Posiciones relacionales Automanifestar Cierre	PO1: Auto-manifestación PO2: Formulación 2 (alternativa a la confrontación)	PF1: Ejercicio auto-manifestación (desde dónde, efecto, apuntar el propio proceso emocional)	Notar el cotidiano enfado asertivo y compasión. ¿Hacerlo crecer?

3. Diseño de un programa formativo en compasión para incrementar la empatía de los terapeutas

En este apartado encontraremos una descripción esquematizada de las bases y fundamentos del programa desarrollado en compasión basado en el programa CCT de Thupten Jinpa (2015), explicitando la estructura de las sesiones. Este programa igualmente podrá verse íntegramente desarrollado en el apartado de anexos.

La intención del programa es trabajar el cambio en cuatro áreas:

- Se propone un trabajo con la intención consciente y las actitudes del día a día en cuanto a cómo se experimenta el mundo, el trabajo y la vocación.
- Entrenamiento de la atención consciente trabajando con la aceptación de las experiencias tal y como se despliegan, sin querer cambiarlas o evitarlas.

- Cultivo de la capacidad empática, tratando de llevar calidez al corazón, deseando que los pacientes y los demás estén bien y tomando partido en su felicidad fomentando la alegría compartida.
- Entrenamiento de los aspectos de la humanidad compartida. Shantideva (practicante budista del siglo VIII), habla de los beneficios del sufrimiento, ya que permite aprender humildad y fomentar la empatía hacia los demás.
- Trabajo transversal en las seis semanas con “los cuatro inconmensurables” como la base sobre la que desarrollar una compasión hacia los demás:
 - Puedan todos los seres poseer la felicidad y sus causas: esta frase se refiere al *amor bondadoso*, un amor sin apego, simplemente el puro deseo de que todos los seres sean felices.
 - Puedan todos los seres estar libres del sufrimiento y de sus causas: referido a la *compasión*, el deseo de que todos los seres se liberen del sufrimiento, siendo este un punto de unión que todos experimentamos y deseamos evitar.
 - Puedan todos los seres no estar separados de la felicidad libre de todo sufrimiento. El *regocijo* de ver la alegría y la buena fortuna de los demás, es la capacidad de sentir una alegría genuina por los demás, deshaciendo los celos y la avaricia.
 - Puedan todos los seres residir en la ecuanimidad libres de apego y aversión; se refiere a residir en la calma independientemente de las causas que nos rodeen, cultivando una actitud de *ecuanimidad* sin importar que las situaciones en las que nos vemos inmersos sean placenteras o dolorosas, agradables o desagradables, de éxito o de fracaso, con alabanzas o agravios, de fama o de descrédito.

Estructura del programa:

Cada una de las seis sesiones que constituyen este programa se estructuran de la misma forma, en primer lugar, se ofrece una pequeña explicación teórica sobre aquello que se va a trabajar. En segundo lugar, se invita a los participantes a practicar formalmente a través de una meditación guiada grabada en video. Cada una de las prácticas será diferente cada semana, no obstante, en todas ellas, siempre se trabajará con cuatro bases que se tratarán de consolidar a través del curso a saber: (a) relajación a través de la respiración, (b) mente espaciosa, (c) enfocando la mente y (d) metacognición. Además, en cada una de las sesiones se hará una breve práctica para conectar y cultivar con la motivación altruista, a la que posteriormente se le agregarán diferentes prácticas para trabajar el contenido específico de cada sesión. Finalmente, se le sugerirá una práctica informal para realizar durante la semana. El lector podrá encontrar una explicación de más detallada de cada una de estas técnicas en el apartado de anexos.

Este es el índice de contenidos por módulos del programa de entrenamiento en compasión para promover la empatía:

- Semana 1: calmar la mente y centrar la atención.
- Semana 2: amor bondadoso y compasión hacia un ser querido.
- Semana 3: cultivar la compasión y bondad amorosa hacia uno mismo.
- Semana 4: compasión hacia los demás.
- Semana 5: compasión hacia alguien complicado.
- Semana 6: práctica de la compasión activa.

En la Tabla 3, más abajo, se muestra cómo estos contenidos y sus prácticas se combinan con los módulos del programa en sintonización empática, para aquellos

participantes que son aleatorizados a la condición experimental (entrenamiento en empatía y compasión).

4. Diseño de un programa formativo en focusing para incrementar la empatía de los terapeutas

Este programa tratará de ofrecer a los participantes unas bases teóricas sobre el Focusing, así como diferentes prácticas para desarrollar esa actitud de escucha interna al servicio de la empatía. Cada semana se practicarán diferentes técnicas que tratarán de fortalecer la conexión con las emociones. La propuesta de este el curso se basa sobre todo en dar herramientas a los participantes para facilitar la escucha de los mensajes que el cuerpo manifiesta, aumentando así el grado de conexión y comprensión del cuerpo y la discriminación de las diferentes sensaciones corporalmente sentidas.

Este programa pretende desarrollar un primer acercamiento a las sensaciones corporales para facilitar un espacio a aquello que se manifiesta en el cuerpo atendiendo a los cambios y el significado que estos manifiestan. El programa fue desarrollado por una formadora internacional (Mentxu Martín-Aragón), asentado el entrenamiento en los programas de terapia orientada al Focusing (FOT, por sus siglas en inglés, Gendlin, 2012) y los ejercicios prácticos de enfoque corporal (Alemany, 2007).

Estructura del programa.

Al igual que los programas previos, todas las sesiones de este programa estarán compuestas por un vídeo de teoría en la que se explican los diferentes fundamentos sobre los que se sostendrá la práctica subsiguiente. En segundo lugar, se ofrecerá un vídeo con una propuesta práctica de entrenamiento de las habilidades expuestas en la teoría donde se propondrá una práctica formal y una práctica informal para practicar durante la semana.

El programa desarrollado en Focusing se puede encontrar más detallado en el apartado de anexos, exponiéndose a continuación el índice de contenidos por módulos del programa de entrenamiento en focusing para promover la empatía:

- Semana 1: Bienvenida, introducción al focusing y trabajo con las siluetas y las sensaciones sentidas.
- Semana 2: abrir el resonar, la actitud de aceptación y empatía del focusing.
- Semana 3: Despejar un espacio. Una herramienta para abrirse a la experiencia presente.
- Semana 4: la sensación sentida y el niño interior.
- Semana 5: Los 6 pasos del Focusing. Trabajo con sondas.
- Semana 6: Encontrando la presencia interna, focusing con alguien complicado

5. Integración de los tres programas formativos para conformar las dos condiciones experimentales (empatía/compasión vs. empatía/Focusing)

Por último, cerraremos esta sección con la panorámica de la combinación de los tres programas (ver Tabla 3, empatía y compasión o empatía y Focusing) para poder apreciar las sinergias y equilibrios en los itinerarios formativos que constituirán las condiciones experimentales del estudio 6 (grupo experimental entrenamiento en empatía y compasión, grupo control: entrenamiento en empatía y Focusing).

Tabla 3. Integración de los tres programas de entrenamiento, semana a semana

Semana	FORMACIÓN ONLINE		PRÁCTICA SEMANAL (diario)	
	Vídeo y teoría	Prácticas online (PO)	Práctica formal semanal (PF)	Práctica informal (PI)
1	1.- Empatía y neurociencia 2.- Presentación de las fases 3.- Soltar y abrir: Presencia terapéutica.	PO1: Acrónimo Presencia y escucha vídeo 1 (Indomable will hunting)	PF1: Imaginación guiada 2 enraizamiento PF2: Presencia 2: Ritual comienzo y cierre jornada	PI1: Cultivar espacios de tareas a mitad de velocidad PI2: Trabajo en relaciones
Grupo control	Vídeo presentación focusing.	silueta	Repetir 1 vez	Detectar en la vida cotidiana, sensación sentida cariño y conflicto
Grupo experimental	Vídeo mindfulness	Ejercicio mindfulness	Audio mindfulness	- Móvil respiración consciente - Chequear motivación/intención de lo que haces
2	2.- Soltar y abrir: Canales de receptividad Tipos de reflejos según el paisaje.	PO1: Canales de receptividad (vídeo, escuchando con los diferentes canales) PO2: Reflejos y paisajes (acción, significado, emoción)	PF1: Despejar un espacio PF2: práctica deliberada reflejo	PI1: Abrir Canales al escuchar a una persona en el día a día

Grupo control	Las actitudes, aceptación, empatía. Video con Josep. Escucha y reflejo	(no hay online)	PO2: ejercicio parejas: condiciones para la sensación sentida	PI2: Conversación para escuchar (no replicar) y ofrecer algún reflejo
Grupo experimental	Amor bondadoso y compasión hacia un ser querido	(no hay online)	Ejercicio parejas: Compasión otro cercano	Antes de cada comida, 3 respiraciones. Observar alrededor gestos de amabilidad y compasión.
3	Captar lo central 1: Tipos de emoción y empatía 2: Elementos del esquema	PO2: Atender los elementos del esquema. Explorar y conjeturar	PF1: Exploración, conjetura partes del esquema	PI1: Imaginación al escuchar
Grupo control	Indicios despejar espacio		Ejercicio despejar un espacio	PI2: la pausa y el silencio al hablar (conectar con la sensación sentida de despejar un espacio: orden, alivio,)
Grupo experimental	Cultivar la compasión y bondad amorosa hacia uno mismo		Compasión los demás en general	Prestar atención sufrimiento de los demás (no significativos) y ver emoción que surge (eg. Niño llorando, invidente en la calle, persona sin hogar...)
4	Captar lo central 3: Evocar emociones primarias 4: afirmar emociones primarias	PO1: Emociones primarias: Afirmación empática PO2: Evocación	PF1: Las metáforas de la propia vida PF2: Usarlas con el otro (¿breves y afiladas? ¿acerca de primarias?)	PI1 Atentos a propias las emociones primarias PI2 Observar escenas cotidianas, conjeturar y apuntar en diario

Grupo control	Explicar 2 (sensación sentida), sentida, ajuste, resonar)		Niño interior qué siente. Qué necesita, qué le validen.	En qué contextos de la semana se muestra se aviva el niño interior. Se mueve...
Grupo experimental	Compasión hacia los demás		Auto-compasión	Cómo me trato a mí mismo pensar que todos los seres humanos han pasado por algo parecido Darme algo amable a mí mismo, dándome algo que necesito, que me apetezca...
5	Empatizar con las necesidades de procesamiento: productividad emocional. Formulación y sugerencia de proceso	PO1: Ejercicio de Guiar para promover necesidades (vídeo Les) PO2: formulación, sugerencia de proceso	PF1: Ejercicio escuchar parejas	Diario emocional
Grupo control	Trabajo con sondas (terapia Hakomi): trabajo con las necesidades (y llevarlo adelante)		Ejercicios con pareja:	Vida cotidiana, más conectado con la sensación sentida, las cosas que pasan son sondas.
Grupo experimental	Tonglen		Tonglen Ejercicios pareja	Cuánta gente implicada en lo que haces... (comer el pan: agricultores, transportistas, ...)

6	Situaciones difíciles Estados emocionales del terapeuta Posiciones relacionales Automanifestar Cierre	PO1: Auto-manifestación PO2: Formulación 2 (alternativa a la confrontación)	PF1: Ejercicio auto-manifestación (desde dónde, efecto, apuntar el propio proceso emocional)	Notar el cotidiano enfado asertivo y compasión. ¿Hacerlo crecer?
Grupo control	Demo 6 pasos	Sensación sentida con alguien complicado		
Grupo experimental	Compasión hacia alguien complicado.		Compasión alguien difícil	Ver programa del corazón, elegir al que peor te cae, e intentar imaginar su sufrimiento a lo largo de la vida

Capítulo 4: Estudios Empíricos

INTRODUCCIÓN A LOS ESTUDIOS EMPÍRICOS

Se presentan en esta sección un conjunto de seis estudios empíricos organizados en tres partes (que emplean muestras independientes). La primera parte consiste en un estudio piloto de entrenamiento presencial en sintonización empática. El objetivo de este entrenamiento es probar la aceptabilidad de una serie de ejercicios para incrementar las habilidades generales de empatía (medidas con el IRI) y la habilidad de sintonización empática al afecto, así como comprobar la magnitud del cambio pre-post de dicho entrenamiento.

La parte 2 comprende dos estudios que buscan la validación de un instrumento de compasión hacia otros en castellano, la escala Sussex-Oxford de Compasión hacia otros. Para ello se acomete el estudio 2 con el fin de explorar la confirmación de la estructura factorial, evidencia de fiabilidad y validez convergente y divergente, así como el posible efecto techo y suelo del instrumento. El estudio 3 explora la invarianza factorial entre la versión adaptada y la versión original.

La tercera parte consiste en tres estudios derivados de un diseño experimental, que recluta participantes para un entrenamiento online en empatía en dos versiones: Entrenamiento en empatía a través del Focusing y entrenamiento en empatía a través del entrenamiento en compasión. En el diseño experimental, los terapeutas participantes realizan entrevistas, antes y después del entrenamiento, en las que escuchan a un voluntario (que actúa como paciente) que les comparte experiencias en torno a la autocritica. Estas entrevistas son grabadas y la empatía desplegada por el terapeuta es evaluada por jueces independientes, así como por el propio terapeuta y por la persona que ejerce de paciente.

El estudio 4 abunda en la validez discriminante de la medida de compasión hacia otros, utilizando las medidas “pre” del diseño experimental. En el estudio 5 se valida la medida de empatía (Entendimiento Empático, EU) que tanto pacientes como terapeutas completan tras la entrevista inicial que los terapeutas realizan con pacientes. Por último, el estudio 6 aborda el impacto de las dos versiones del entrenamiento empático online (bien apoyada en el entrenamiento en Focusing o bien en el entrenamiento en compasión), empleando las medidas de autoinforme, provenientes de terapeuta y paciente, así como de observadores externos. La investigación recibió la aprobación nº 1112020 del comité de ética de la Universidad Pontificia Comillas.

PARTE 1. ENTRENAMIENTO EN SINTONIZACIÓN EMPÁTICA

ESTUDIO 1: ESTUDIO PILOTO SOBRE EL ENTRENAMIENTO PRESENCIAL EN SINTONIZACIÓN EMPÁTICA

MÉTODO

Participantes

Un total de 29 participantes (9 varones, 31%; 20 mujeres, 69%) asistieron voluntariamente a la formación presencial, durante 5 sesiones de 2 horas. La edad media fue de 25,2 años ($dt=4,5$ años).

Medidas

- Interpersonal Reactivity Index (Davis, 1980) adaptado por Pérez Albéniz et al. (2003). Es un instrumento de auto-informe compuesto por 28 ítems, constituyendo 4 subescalas: Toma de Perspectiva, Preocupación Empática, Malestar Personal y Fantasía. Posee una escala de respuesta tipo Likert que varía de 1 a 5, desde el totalmente en desacuerdo al totalmente de acuerdo. La escala fue traducida por Pérez-Albéniz et al. (2003) y su adaptación mostró propiedades psicométricas inalteradas según el estudio de validación de Escrivá et al. (2004). En la Tabla 2 se muestran los coeficientes alfa y omega de fiabilidad de las 4 subescalas en los momentos inicial y posterior al entrenamiento. La escala de Preocupación Empática muestra unos índices de fiabilidad pobres, inferiores a 0,6.

- Instrumento de intenciones y modos de respuesta experiencial (CSEP-II Experiential Therapy Session Form, Elliott, 2002)

Tras una entrevista inicial y una final, la persona rellena en qué medida ha usado diferentes intenciones y respuestas. Se utilizan un ítem con una escala de respuesta de 5 puntos (de 0, a 4) en las siguientes intenciones de respuesta empáticas:

Legitimar, hacerle sentir que era comprendido, preguntar por aspectos de la experiencia, nombrar lo implícito, activar la emoción, dirigido la atención del paciente hacia el interior, automanifestar para facilitar su proceso.

El instrumento consta también de la evaluación de 15 tipos de respuestas diferentes: auto manifestar aspectos del self, auto manifestar el proceso, ofrecer deberes o tareas para casa, sugerencias de acción, proponer una tarea experiencial, enseñanza experiencial, formulación empática, reenfocar, conjetura empática, observación de proceso, pregunta encaja, pregunta experiencial, evocación, exploración, afirmación y reflejo empático.

Por último, un tercer apartado del instrumento mide hasta 6 respuestas “amodales” (no pertenecientes al modelo de empatía propuesto por la TFE): dar noticias, ofrecer soluciones, tranquilización desde el experto, confrontación, algún tipo de tarea no experiencial, formular preguntas para recabar información concreta sin exploración empática.

Tabla 2. Consistencia interna de la medida Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)

	Preocupación empática		Toma de perspectiva		Malestar Personal		Fantasía	
	alfa	omega	alfa	omega	alfa	omega	alfa	omega
Pre	,44	-	,83	,82	,73	,71	,68	,61
Post	,53	-	,77	,76	,69	,72	,62	-

Procedimiento

Los participantes asistieron a cinco sesiones de dos horas de duración en las que se presentaron los diferentes tipos de respuesta empática, su utilidad en la facilitación del cambio emocional, y se propusieron diferentes ejercicios para entrenar el empleo de las mismas. Antes y después del entrenamiento se administraron los cuestionarios de autoinforme de empatía (IRI). Asimismo, se realizó un ejercicio de escucha por parejas, en el que cada participante evalúa a posteriori las intenciones y respuestas empleadas (CSEP-II).

RESULTADOS

Se encuentran diferencias en las medidas posteriores al entrenamiento respecto a las previas en dos subescalas del IRI: la toma de perspectiva es mayor tras el entrenamiento ($t(28)=-2,47$, $p=,020$, $d=-0,46$), mientras que el malestar personal es inferior al final del mismo ($t(28)=2,75$, $p=,010$, $d=0,51$), no habiéndose registrado diferencias en Preocupación Empática ni en Fantasía ($p>0,05$ en ambos casos), ver Tabla 4).

Tabla 4. Medidas de empatía (IRI) antes y después del entrenamiento

	95% confianza									
	Pre		Post		Prueba dif. medias		d Cohen			
	med	dt	m	dt	t(28)	p	d	Inf.	Sup.	
Preocupación empática	3,90	0,46	3,93	0,44	-0,49	0,627	-0,09	-0,46	0,27	
Toma de perspectiva	3,91	0,69	4,16	0,59	-2,47	0,020	-0,46	-0,84	-0,07	
Malestar Personal	2,13	0,67	1,87	0,49	2,75	0,010	0,51	0,12	0,90	
Fantasía	3,73	0,66	3,82	0,51	-0,97	0,339	-0,18	-0,55	0,19	

Se encuentra una mayor presencia de la intención de preguntar por aspectos de su vivencia, en las medidas post ($t(27)=-2,82$, $p=,009$, $d=-0,53$). Las demás intenciones no sufrieron cambios ($p>0,05$, ver Tabla 5).

Tabla 5. Intenciones de respuesta antes y después del entrenamiento

					Prueba dif. medias		95% confianza			
	Pre		Post		$t(28)$	p	d	d Cohen		
	<i>med</i>	<i>dt</i>	<i>m</i>	<i>dt</i>				Inf.	Sup.	
Legitimar	3,14	0,65	3,29	0,94	-0,70	0,490	-0,13	-0,50	0,24	
Comprender	3,50	0,79	3,61	0,69	-1,00	0,326	-0,19	-0,56	0,19	
Preguntar	2,29	1,18	3,07	0,98	-2,82	0,009	-0,53	-0,92	-0,13	
vivencia										
Nombrar	2,64	0,91	2,71	1,18	-0,36	0,722	-0,07	-0,44	0,30	
implícito										
Activar emoción	2,04	0,92	2,07	1,02	-0,19	0,851	-0,04	-0,41	0,34	
Atender Interno	2,18	0,86	2,21	1,07	-0,18	0,861	-0,03	-0,40	0,34	
Automanifestar	1,18	1,16	1,29	1,33	-0,47	0,640	-0,09	-0,46	0,28	

Con respecto a los tipos de respuestas empáticas empleadas, se encuentran diferencias en un mayor número de respuestas empáticas tras la formación, en la siguientes categorías (ver Tabla 6): ofrecer tareas o deberes para casa ($t(27)=2,35$, $p=,026$, $d=-,45$), realizar sugerencias de proceso ($t(27)=2,25$, $p=,033$, $d=-,42$) y observaciones de proceso ($t(27)=2,27$, $p=,031$, $d=-,43$). La evocación empática resultó ser marginalmente significativa ($t(27)=1,89$, $p=,070$, $d=-,36$).

Tabla 6. Respuestas empáticas empleadas, antes y después del entrenamiento

					Prueba dif. medias			95% confianza		
	Pre		Post		t	gl	p	d	d Cohen	
	<i>med</i>	<i>dt</i>	<i>m</i>	<i>dt</i>					Inf.	Sup.
Automan. self	1,21	1,32	1,21	1,20	0,00	27	1,000	0,00	-0,37	0,37
Automan.	1,50	1,35	1,79	1,13	-1,25	27	0,223	-0,24	-0,61	0,14
proceso										
Tareas para casa	0,74	1,13	1,33	1,21	-2,35	26	0,026	-0,45	-0,85	-0,05

Sug. de acción	1,00	1,22	1,57	1,20	-2,25	27	0,033	-0,42	-0,81	-0,03
Tarea	1,00	1,05	1,39	1,13	-1,39	27	0,177	-0,26	-0,64	0,12
experiencial										
Enseñanza exp.	1,32	1,33	1,29	1,24	0,12	27	0,908	0,02	-0,35	0,39
Formulación	2,14	1,27	2,07	0,86	0,30	27	0,764	0,06	-0,31	0,43
Reenfoque	2,89	1,26	2,82	0,98	0,30	27	0,764	0,06	-0,31	0,43
Conjetura	2,79	0,92	2,82	0,82	-0,17	27	0,869	-0,03	-0,40	0,34
empática										
Observación	1,32	1,12	1,96	1,26	-2,27	27	0,031	-0,43	-0,81	-0,04
Pregunta encaja	1,46	1,37	1,68	1,09	-0,76	27	0,456	-0,14	-0,51	0,23
Pregunta exp.	2,18	1,19	2,57	1,03	-1,62	27	0,118	-0,31	-0,68	0,08
Evocación	2,18	1,25	2,57	1,14	-1,89	27	0,070	-0,36	-0,74	0,03
Exploración	2,25	1,08	2,54	1,00	-1,69	27	0,103	-0,32	-0,70	0,06
Afirmación	3,29	1,01	3,39	0,69	-0,68	27	0,501	-0,13	-0,50	0,24

Por último, de forma inesperada también se comprueba un incremento en el número de respuesta que ofrecen soluciones u ofrecen consejos no experienciales al paciente ($t(27)=2,22$, $p=0,035$, $d=-,42$). Todas las demás formas no modales de intervención no se vieron afectadas (ver Tabla 7).

Tabla 7. Respuestas amodales antes y después del entrenamiento

	95% confianza								
	Pre		Post		Prueba dif. medias		d Cohen		
	med	dt	m	dt	t(27)	p	d	Inf.	Sup.
Dar noticias	2,07	1,15	1,93	1,18	0,66	0,515	0,12	-0,25	0,50
Ofrecer	0,82	1,02	1,29	1,12	-2,22	0,035	-0,42	-0,80	-0,03
soluciones									
Tranquilización	1,00	1,33	1,18	1,16	-0,67	0,510	-0,13	-0,50	0,25
Confrontación	0,68	0,98	0,86	1,08	-0,78	0,445	-0,15	-0,52	0,23
Tarea no exp.	0,93	1,09	0,93	0,94	0,00	1,000	0,00	-0,37	0,37
Preguntas Info.	1,07	1,02	0,89	0,79	0,74	0,466	0,14	-0,23	0,51

Discusión

Creemos que este es el primer estudio que evalúa la formación en sintonización empática basada en el modelo de Terapia Focalizada en la Emoción (TFE). Nuestros resultados indican un aumento en la capacidad de toma de perspectiva ($d=0,46$) y una reducción en el malestar personal ($d=0,51$) tras el entrenamiento.

Es importante destacar que la reducción en el malestar empático se considera una disminución de la empatía, mientras que el aumento en la capacidad de toma de perspectiva representa un incremento en la misma. Ambos tamaños del efecto son moderados, aunque en direcciones opuestas. Algunos autores consideran que el malestar empático es una forma desadaptativa de la empatía que es necesario reducir para promover conductas altruistas en lugar de colapsar en intentos de reducir el propio malestar (Preckel et al., 2018; Singer & Klimecki, 2014; Stenvens & Taber, 2021). El tamaño del efecto para el aumento en la toma de perspectiva empática es comparable con el meta-análisis de van Berkhout y Malouff (2016), aunque ligeramente inferior al encontrado por Ngo et al. (2022) en profesionales de la salud mental ($d=0.78$). Sin embargo, nuestros resultados son prometedores, dado que otros estudios no han encontrado cambios significativos tras el entrenamiento. Por ejemplo, Cooper et al. (2020) no se observaron mejoras significativas en la empatía de profesionales del asesoramiento psicológico tras una formación basada en *mindfulness*. Munro (2019) tampoco encontró cambios en habilidades empáticas en la población general. Además, nuestro uso de medidas de auto-informe, que típicamente detectan menos cambios que las medidas objetivas, refuerza la relevancia de nuestros hallazgos (Van Berkhout y Malouff, 2016).

Por tanto, nuestro programa de formación de 10 horas fue suficiente para generar cambios significativos. Sin embargo, la duración de la formación no parece ser un factor determinante del efecto, ya que incluso programas de formación más breves han mostrado efectividad (Patel et al., 2019). Por otra parte, la fiabilidad de las subescalas de

preocupación empática y fantasía no alcanzó niveles adecuados, posiblemente debido a la baja variabilidad en una muestra homogénea de psicoterapeutas en formación, quienes tienden a evaluar estos factores como elevados de manera uniforme.

Es interesante observar que los cambios principales se produjeron en la reducción del malestar empático y el aumento de la capacidad de asumir una perspectiva empática. Estas dimensiones están estrechamente relacionadas con el nivel de *mindfulness*, como revela el meta-análisis de Cooper et al. (2020). La reducción del malestar personal es un indicador de empatía y sugiere una mejora en la regulación emocional (Schipper & Petermann, 2013). Además, dado que, como revisamos en el capítulo 2, la compasión desempeña un papel crucial en la regulación del malestar empático (Stevens & Taber, 2021; Walp & Brown, 2013), es plausible anticipar unos resultados aún mayores si los participantes hubieran recibido un entrenamiento en compasión añadido (como se plantea en el último estudio).

Aunque se han observado cambios en algunas intenciones y tipos de respuesta esperados, no todas las variaciones fueron significativas. Hemos comprobado un aumento en las preguntas acerca de la experiencia, las tareas para casa, las observaciones y sugerencias de proceso, y una evocación empática marginalmente significativa. Sin embargo, algunas medidas pueden no ser suficientemente fiables, válidas ni sensibles para captar estas variaciones, al no ser instrumentos psicométricamente validados previamente (los estudios 2, 3 y 4 buscan aportar estos instrumentos). Por último, de forma inesperada, observamos un incremento en la respuesta centrada en ofrecer soluciones a los problemas. Quizá los terapeutas en formación hayan experimentado un incremento de su autoeficacia, lo que los lleve a sugerir consejos e ideas a los pacientes tras el entrenamiento, aunque este efecto mediador de la autoeficacia queda para futuras líneas de investigación más allá de esta tesis.

Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

El estudio tiene varias limitaciones: una muestra de 29 participantes, mayoritariamente mujeres, sin grupo control o formación alternativa, y un tipo homogéneo de estudiantes

interesados en la psicoterapia humanista. Estas limitaciones amenazan la generalización de los resultados a otros tipos de profesionales de la salud mental. Además, no evaluamos la eficacia de la terapia ni la empatía de los terapeutas en el impacto que dicho entrenamiento tiene en la evolución de sus pacientes. Consideramos también crucial en futuros estudios medir la compasión hacia otros, el rasgo de mindfulness, y la empatía a través de otros instrumentos validados, que recojan en este último caso, la perspectiva del cliente o de un observador externo. Incluir la perspectiva del paciente y observaciones realizadas por terceros proporcionará una evaluación más completa y robusta de la formación en empatía. Estos objetivos se plasmarán en los estudios futuros de esta tesis.

En cualquier caso, este primer estudio piloto ofrece resultados prometedores acerca del entrenamiento en sintonización empática al afecto, produciéndose cambios moderados en diversos modos de respuesta empática tras la entrevista de escucha activa, y cambios en la autopercepción de la habilidad de asumir la perspectiva del otro, así como la reducción del malestar al escuchar al otro.

PARTE 2 Validación del cuestionario de Sussex-Oxford de compasión hacia otros (SOCS-O)

En esta sección se ofrecen dos estudios que exploran la evidencia de validez del cuestionario de compasión hacia otros (SOCS-O), que será empleado en la parte 3 de la tesis. En el estudio 2 se presenta evidencia de validez factorial, convergente y divergente del cuestionario Sussex-Oxford de compasión hacia otros (SOCS-O), mientras que en el estudio 3 abordamos el análisis de invarianza factorial respecto a la muestra original (Gu et al., 2020).

Estudio 2. Validez factorial, convergente y divergente del cuestionario Sussex-Oxford de compasión hacia otros (SOCS-O)

MÉTODO

Participantes

Un total de 259 personas participaron voluntariamente. La edad varió entre 18 y 76 años (el 70,8% de ellos tenían una edad entre 18 y 35 años), con una media de 33,0 años ($dt=14,7$ años). El 79,6% de ellos se definieron como mujeres, y el 18,5% como varones. Más del 80% de los participantes tenían estudios superiores (un 58,3% eran graduados y un 30,0% tenían estudios de postgrado). En cuanto a la situación laboral, un 43,6% eran empleados por cuenta ajena, mientras que el 33,6% eran estudiantes.

Instrumentos

- Compasión hacia otros, escala Sussex-Oxford (SOCS-O, Sussex-Oxford Compassion for Others Scale; Gu et al., 2020). Es una escala formada de 20 ítems, que comprende los

5 componentes de la compasión: *Reconocer* el sufrimiento, reconocer la *Universalidad*, experimentar *Interés y Preocupación* por la persona sufriente, *Tolerar* sentimientos difíciles, y experimentar la *Motivación* de aliviar el sufrimiento del otro. Es una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que varían desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. La escala ha mostrado adecuada validez convergente y discriminante, así como adecuada evidencia de fiabilidad. El alfa de Cronbach en el estudio original fue de 0,94 (Gu et al., 2019). La fiabilidad de la escala en este estudio se muestra en la Tabla 9.

- La escala de compasión hacia la vida de los otros (The Compassion Of Others' Lives Scale, Chang et al., 2014), es una escala compuesta por dos dimensiones: empatía y alivio del sufrimiento. En este estudio empleamos la validación a población española de Klos and Lemos (2018), compuesta por 26 ítems tipo Likert con una escala de respuesta que varía de 1 a 7, donde 1 expresa un fuerte desacuerdo y el 7 un alto acuerdo. Se empleó en esta investigación la escala total, dado que la solución unidimensional es la mejor solución factorial en el estudio de adaptación, mostrando un alfa de Cronbach de 0,92 (Klos y Lemos, 2018). En nuestro estudio los indicadores de consistencia interna también fueron muy adecuados ($\alpha = ,923$, $\omega = ,925$).

- Cuestionario de Apego (CaMir) de Pierrehumbert et al. (1996). Se empleó la versión reducida en castellano (CaMir-R), de Balluerka et al. (2011), formada por 32 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos (de 1 “totalmente en desacuerdo” hasta 5 “totalmente de acuerdo”). Consta de 7 dimensiones (Seguridad, Preocupación familiar, Interferencia de los padres, Valor de la autoridad de los padres, Permisividad parental, Autosuficiencia y Rencor contra los padres y Traumatismo infantil), que se organizan en torno a los tipos de apego: seguro (dimensión 1), ambivalente-preocupado (dimensiones 2 y 3), evitativo (dimensión 6) y desorganizado (dimensión 7); así como a las representaciones de la estructura familiar (dimensiones 4 y 5). Presenta propiedades psicométricas adecuadas: α de entre 0,60 y 0,85, y correlaciones test-retest superiores a 0,57 en todas las dimensiones exceptuando “Permisividad parental”, que obtuvo valores inferiores. En este estudio utilizaremos las subescalas de apego seguro, evitativo (auto-suficiencia) y ambivalente-precupado (preocupado e interferencia), que presentaron

adecuados indicadores de fiabilidad para la subescala de seguridad ($\alpha = .885$, $\omega = .888$), autosuficiencia ($\alpha = .669$, $\omega = .672$), preocupación ($\alpha = .725$, $\omega = .728$) e interferencia ($\alpha = .679$, $\omega = .689$).

- Escala de autocompasión (SCS: Self-Compassion Scale de Neff, 2003; versión española de García-Campayo et al., 2014). Evalúa los principales componentes de la autocompasión en tres dimensiones, humanidad compartida vs. aislamiento, mindfulness vs. sobreidentificación y autoamabilidad vs. autocrítica. Consta de 26 ítems, con 5 opciones de respuesta. La fiabilidad en estudios previos (García-Campayo et al., 2014) fue buena, con alfa de Cronbach entre 0,72 y 0,79 para las 6 subescalas. En este estudio la escala tuvo buenos indicadores de consistencia interna, tanto para la Auto-Compasión ($\alpha = .870$; $\omega = .874$), la Common Humanity ($\alpha = .701$; $\omega = .710$) y el Mindfulness ($\alpha = .821$; $\omega = .827$).

Procedimiento

Procedimiento en la traducción y adaptación: Una primera traducción fue realizada por una persona bilingüe (inglés como lengua materna). Posteriormente, dos personas bilingües con español como lengua materna precedieron a la reformulación de algunos ítems adaptando los conceptos a la cultura española. Por último, una versión definitiva de ítems fue analizada por dos psicólogos expertos en compasión, y se estableció la versión definitiva.

Todas las escalas fueron transformadas a formato electrónico y difundidas por redes sociales y correo electrónico, llevando a cabo un muestreo no probabilístico a través de la técnica de bola de nieve. Una vez los participantes fueron contactados, se les pidió que cumplimentaran y firmaran el consentimiento informado para poder acceder al estudio.

Análisis de Datos

Un total de tres modelos factoriales fueron analizados mediante el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC): (a) Una solución de un solo factor en el que todos los ítems son considerados indicadores de este; (b) Un modelo de 5 factores correlacionados,

con los ítems saturando en sus respectivos factores según la definición original (Gu et al., 2020); (c) Un modelo jerárquico de 5 factores, en el cual los factores saturan a su vez en un factor general de compasión. Los indicadores de ajuste consistieron en el estadístico χ^2 , la división de este chi cuadrado entre los grados de libertad (χ^2/gl), el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de Tucker-Lewis (TLI), el indicador RMSEA, y el índice SRMR. Los puntos de corte fueron los siguientes: $\chi^2/\text{df} \leq 3$; para CFI y TLI ≥ 0.90 ; RMSEA ≤ 0.06 y SRMR < 0.8 (Bentler, 1990; Bentler & Bonett, 1980; Brown, 2015).

Los efectos techo y suelo fueron explorados mediante el cálculo del porcentaje de participantes que obtienen las puntuaciones más altas y bajas posibles; menos del 15% de la muestra deberían obtener dichas respuestas extremas (Terwee et al., 2007). La consistencia interna de la escala total y sus subescalas fue estimada con los indicadores de alfa de Cronbach y omega de McDonald's omega. Las correlaciones de Pearson fueron empleadas para explorar la validez convergente.

RESULTADOS

Análisis Factorial Confirmatorio

El modelo de un factor no muestra un ajuste adecuado (ver Tabla 8). El ajuste mejora enormemente en la solución de 5 factores y en el modelo jerárquico, ambos con valores adecuados, con la excepción del indicador TLI, que muestra un valor muy cercano al punto de corte. Con respecto a la comparación de modelos, observamos que el modelo de 5 factores predice mejor que el modelo de un solo factor ($\Delta\chi^2=425,9$, $p<,001$). Por otra parte, el modelo jerárquico es similar al modelo de 5 factores ($\Delta\chi^2(5)=8,2$, $p=,146$). Todas las saturaciones fueron estadísticamente significativas (ver Tabla 9).

Tabla 8. Ajuste para los 3 modelos, Compasión hacia Otros (SOCS-O)

Model	Model fit							Model comparison		
	χ^2	df	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA (90% CI)	SRMR	$\Delta\chi^2$	df	p
1-factor	727	170	4,3	,609	,563	,114 (,105-,122)	,102	--	--	--
5-factor	301,1	160	1,9	,901	,882	,059	,054	425,9	10	<,001

						(,049-,069)				
Second-order	309,3	165	1,9	,899	,883	,059	,057	8,2	5	,146
						(,049-,069)				

Con respecto a los resultados de consistencia interna, el coeficiente alfa y omega se mostraron elevados, exceptuando la dimensión Tolerancia, que es algo inferior (ver Tabla 9). Un total de 10 participantes obtuvieron las puntuaciones más elevadas posibles (lo que supone tan solo el 3,9% de la muestra), mientras que ninguno obtuvo la puntuación más baja posible, lo que indica la ausencia de efectos suelo o techo, al no alcanzarse el 15% (Terwee et al., 2007).

Tabla 9. Saturaciones de cada ítem en el factor correspondiente.

Item	Reconocimiento	Universalidad	Interés y Preocupación	Tolerar	Motivación
s1	0.73 (.04)				
s6	0.83 (.05)				
s11	0.81 (.04)				
s16	0.86 (.03)				
s2		0.60 (.10)			
s7		0.62 (.08)			
s12		0.73 (.10)			
s17		0.63 (.08)			
s3			0.55 (.06)		
s8			0.62 (.05)		
s13			0.68 (.05)		
s18			0.58 (.05)		
s4				0.51 (.06)	
s9				0.63 (.06)	
s14				0.63 (.05)	
s19				0.36 (.07)	
s5					0.74 (.04)
s10					0.80 (.03)
s15					0.72 (.05)
s20					0.72 (.05)
Cronbach's α	.887	.727	.687	.601	.841
McDonald's ω	.890	.746	.690	.611	.845

Validez Convergente

En cuanto a la validez convergente, se hallan correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre todas las subescalas del SOCS-O y la escala COOL (ver Tabla 10), especialmente elevadas con las dimensiones de Motivación ($r=.706$, $p<.001$) y Interés y Preocupación ($r=.686$, $p<.001$), moderadas con Tolerar ($r=.524$, $p<.001$) y Reconocimiento ($r=.416$, $p<.001$), y baja con Universalidad ($r=.260$, $p<.001$).

Se comprueba que existe correlación significativa entre las diferentes escalas que componen el cuestionario SOCS-O, especialmente elevada entre Motivación y Preocupación e Interés ($r=.653$, $p<.001$) y entre Motivación y Tolerar ($r=.629$, $p<.001$).

Validez Divergente

Por último, analizamos la relación entre compasión y autocompasión (medida con la escala SCS) observándose que solo Tolerancia correlaciona con una única subescala de auto-compasión, la humanidad común ($r=.128$, $p=.039$, ver Tabla 10). Por último, la asociación entre apego y compasión resultó baja (ver Tabla 10). Se encuentra únicamente una relación entre Motivación y apego seguro ($r=.190$, $p=.002$) y entre el apego preocupado, tanto con Preocupación e Interés ($r=.170$, $p=.006$), como con Motivación ($r=.184$, $p=.003$).

Tabla 10. Correlaciones entre los instrumentos empleados

		Compassion (SOCS-O)					Self-compassion (SCS)				Attachment			
		rec	uni	sent	tol	mot	COOL	SC	CH	Mind	seg	pre	int	aut
Compasión	rec													
	uni	,22**												
	sent	,45**	,28**											
	tol	,35**	,34**	,56**										
	act	,33**	,31**	,65**	,63**									
	COOL	,42**	,26**	,69**	,52**	,71**								
Self-compassion	SC	,12	,08	-,02	,08	-,05	-,05							
	CH	,12	,06	,06	,13*	,03	,06	,66**						
	Mind	,09	-,01	-,05	,06	-,07	-,107	,66**	,67*					
Attachment	seg	,08	,05	,09	,04	,19**	,21**	,08	,17**	,10				
	pre	,06	,02	,15*	,04	,20**	,27**	-,24**	-,18**	-,37**	,32**			
	int	-,02	,05	,11	,07	,08	,09	-,13*	-,10	-,13*	-,33**	,12		
	aut	-,02	-,07	,04	,02	-,05	,00	-,27**	-,28**	-,27**	-,53**	-,03	,44**	
Age		,14*	,08	,16*	,09	,06	,06	,08	,03	,01	,01	,08	,04	-,04
Mean		4,15	4,78	4,32	4,03	4,27	5,85	3,08	3,17	3,12	4,05	2,83	2,46	2,95
Sd		0,69	0,38	0,52	0,57	0,58	0,67	0,74	0,69	0,73	0,85	0,85	0,92	0,88

Rec: Reconocimiento del sufrimiento; uni: universalidad; sent: sentir el sufrimiento; tol: tolerar el sufrimiento; mot: motivación para aliviar; COOL: Compassion Of Others' Lives Scale; SC: autocompasión; CH: Humanidad Común; Mind: Mindfulness; seg: apego seguro; pre: preocupado; int: interferencia; aut: autosuficiencia

No hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las dimensiones de compasión (ver Tabla 11), salvo en la universalidad, en la que los varones presentan puntuaciones más altas ($t(135,2)=3,39$, $p=,001$, $d=,37$). Con respecto a la edad encontramos únicamente asociaciones bajas y positivas con Reconocer ($r=,140$, $p=,024$) y Preocupación e Interés ($r=,158$, $p=,011$).

Tabla 11. Diferencia entre hombres y mujeres en Compasión hacia otros

	Prueba diferencia medias									
	Mujeres (n=207)		Varones (n=48)		IC 95%					
	media	dt	media	dt	t(gl)	p	d	inf	Sup	
Reconocimiento	4,16	,70	4,12	,67	$t(253)=0,33$	,745	,05	-,26	,37	
Universalidad	4,75	,40	4,89	,21	$t(135,2)=$,393	<0,001	-,38	-,69	-	,06
Preocupación e Interés	4,30	,53	4,41	,50	$t(253)=1,28$	0,200	-,21	-,52	,11	
Tolerancia	4,04	,54	3,97	,68	$t(61,2)=0,58$	0,562	,11	-,21	,42	
Motivación	4,25	,56	4,38	,61	$t(253)=1,43$	0,155	-,23	-,54	,09	

Discusión

Este estudio presenta un análisis de compasión hacia otras personas en una muestra de 259 participantes, con una media de edad de 33 años, predominantemente femenina. Los resultados muestran que la compasión puede evaluarse con las escalas adaptadas, reforzando la validez de las medidas utilizadas. Debido a la naturaleza multidimensional de la compasión, el análisis factorial confirmatorio demuestra que el modelo de cinco factores se ajusta significativamente mejor que el modelo

unidimensional. Este hallazgo coincide con la literatura previa que sugiere entender la compasión como un constructo multidimensional (Gu et al., 2020; Chang et al., 2014).

Uno de los hallazgos más sorprendentes de nuestros resultados son los altos niveles de consistencia interna de las escalas empleadas, ya que el coeficiente alfa y omega están muy por encima de los niveles recomendados (excepto en la dimensión de Tolerancia). Esto indica que, entre los participantes, los individuos comprendieron y reaccionaron de manera similar a los ítems, lo que respalda la fiabilidad de nuestras medidas.

Además, dado que sólo el 3,9% de los participantes alcanzaron la puntuación máxima posible. No encontramos efectos de suelo o techo, lo que indica que nuestras medidas son sensibles y pueden detectar variabilidad en la compasión dentro de esta población. Esto es relevante, ya que la sensibilidad de los instrumentos de medición es una limitación común en estudios previos (Terwee et al., 2007). Nuestros descubrimientos sobre la capacidad de nuestras escalas para detectar diferencias sutiles en la compasión pueden tener implicaciones para futuros estudios y acciones que puedan ayudar a mejorar la salud mental y el bienestar emocional.

Los resultados favorables que obtenemos son prometedores, ya que la estructura jerárquica, 5 factores de la subescala, tuvo un buen ajuste a los datos, lo cual confirma que el constructo de compasión por los demás puede utilizarse en la población de España. Esto es consistente con estudios en diferentes culturas, como las versiones coreana (Kim & Seo, 2021), italiana (Lucarini et al., 2022) y eslovaca (Halamová & Kanovský, 2021), que también han considerado el buen ajuste de la estructura. Los recientes estudios en población española no refieren la solución de 5 factores: García-Campayo et al. (2024) muestran un adecuado ajuste de un modelo bifactor, mientras que Sansó et al. (2024) presentan un ajuste adecuado de un modelo de tres factores. Por tanto, la versión empleada en esta investigación parece ajustarse en mayor medida a la propuesta original, aunque el estudio de invarianza posterior abordará directamente esta cuestión.

En esta versión española, la consistencia de la medida se respalda por la correlación significativa de nuestras subescalas con las subescalas COOL, mostrando una validez convergente. Sin embargo, similar a investigaciones previas (Krijger et al., 2022), las subescalas que identifican "reconocer el sufrimiento" y "entender la universalidad" estaban poco relacionadas con el resto de las subescalas, posiblemente necesitando

enmiendas o actualizaciones a estas dimensiones para promover la coherencia interna en las próximas versiones del cuestionario.

Las bajas correlaciones encontradas en las subescalas de "tolerancia emocional" y "humanidad común" indican poca relación, entre compasión y autocompasión (Weare, 2013). Esta correlación podría explicarse por la necesidad de regular los sentimientos negativos para demostrar cuidado por uno mismo y por los demás. Para cultivar la autocompasión, un sentido de humanidad común nos permite conectar emocionalmente con otros, recordándonos que no estamos solos y que todos compartimos luchas y dolores similares. Estos resultados añaden a la discusión en curso sobre si la compasión y la autocompasión son cercanas o distintas (Neff & Pommier, 2013), al sugerir que, aunque la compasión y la autocompasión están estrechamente relacionadas, también son lo suficientemente distinguibles (Gilbert, 2009, 2014; Strauss et al., 2016; López et al., 2018; Pommier, 2010).

Como era de esperar, determinamos que la subescala COOL evalúa principalmente la empatía y la acción, lo que respalda las consideraciones que Singer y Klimecki (2014) y Klimecki et al. (2014) realizan acerca del vínculo entre empatía y compasión. Aunque pueda parecer extraño que la autocompasión no obtenga correlación con la medida de compasión por los demás, es un resultado esperado, ya que la compasión trata fundamentalmente de ver y responder al sufrimiento de otros, no de uno mismo.

Sobre las variables de apego, nuestros hallazgos se alinean con los reportados en estudios previos (Mikulincer et al., 2005; Shaver et al., 2016), ya que detectamos una correlación baja a moderada entre el apego y la compasión. Sin embargo, encontramos una fuerte relación positiva entre el apego seguro y la subescala de "motivación a aliviar" y una relación inversa entre el apego ansioso y las subescalas de "sentimiento" y "motivación" que concuerda con Mikulincer et al. (2001). Además, encontramos una correlación positiva entre el apego ansioso y la subescala de "reconocimiento", lo que podría explicarse por la capacidad que las personas con este tipo de apego han adquirido para leer las señales emocionales de otros, dado que fue crucial leer las emociones sus cuidadores, favoreciendo así la comprensión sobre el sufrimiento de los demás. En contraste, en cuanto a las dimensiones de la autocompasión, hubo muchas de ellas que se presentaron más fuertemente asociadas con las puntuaciones de apego inseguro. Hubo relaciones inversas para la mayoría de las subescalas de autocompasión con el apego

inseguro, lo que podría indicar que la autocompasión está negativamente correlacionada con la inseguridad de los lazos afectivos. Estos hallazgos sugieren que la relación de la compasión por los demás y la autocompasión puede ser diferente en términos de sus interacciones con el apego, lo que podría proporcionar una dirección interesante para futuras investigaciones.

Con respecto al género, nuestros datos difieren de los resultados que se habían reportado anteriormente (Gu et al., 2020; López et al., 2018): los hombres obtuvieron puntajes más altos que las mujeres en la subescala de "universalidad". Este hallazgo debe tomarse con cautela, ya que nuestra muestra está dominada por mujeres (18,5% hombres), lo que podría afectar los resultados. Sin embargo, cierta literatura indica que los roles de género sociales pueden desempeñar un papel en tales diferencias en la compasión, ya que, según determinados estereotipos aún extendidos, se espera que los hombres se involucren en comportamientos heroicos y los roles de las mujeres sean más cuidadoras y nutritivas (Eagly & Crowley, 1986).

Con respecto a la edad, nuestros hallazgos están en línea con López et al. (2018), quienes encontraron una pequeña correlación entre la edad y las puntuaciones de la subescala de "reconocimiento". Esto significa que la capacidad de percibir el dolor de los demás no cambia significativamente con la edad, o que las reacciones a ese dolor están más conectadas con cómo evolucionan las habilidades de manejo emocional y empatía.

Limitaciones del estudio y direcciones para futuras investigaciones

Aunque este estudio tiene algunos hallazgos alentadores, existen limitaciones que deben reconocerse. La muestra es diversa en características sociodemográficas, pero sigue siendo mayormente femenina, lo que puede dificultar la generalización de los hallazgos a otras poblaciones. La investigación futura debería examinar muestras más representativas de individuos e investigar la compasión en diferentes contextos culturales y demográficos. De esta forma se podrían encontrar hallazgos más claros acerca de las diferencias de género en la compasión, o determinar cómo la edad y otras variables sociodemográficas pueden influir en las puntuaciones obtenidas en la subescala SOCS-S para examinar mejor las diferencias en la experiencia de la compasión entre grupos.

Además, no se evaluó el papel de los factores contextuales, como la educación académica o las experiencias previas de los participantes con la compasión, limitando así la comprensión de cómo estos aspectos pueden influir en los hallazgos.

Asimismo, sería bueno hacer medidas repetidas en el tiempo para verificar la estabilidad de los hallazgos a lo largo del tiempo. Además, sería bueno hacer pruebas de repetición para verificar la estabilidad de los hallazgos a lo largo del tiempo.

Estudio 3: Invarianza Factorial del Sussex-Oxford de compasión hacia otros (SOCS-O)

MÉTODO

Participantes

Un total de 259 nuevos participantes, seleccionados aleatoriamente del estudio de Gu et al. (2020), se añaden a los datos de las 259 personas del estudio anterior, formando dos grupos comparables y teniendo un total de 518 respuestas. La edad media de la muestra extraída fue de 44,83 años ($dt=11,30$, con un rango de 18 a 74 años). El 83,1% de esta submuestra está compuesta de mujeres, la mayoría casada o viviendo en pareja, en una relación de larga duración (76,7%).

Análisis de Datos

En las pruebas de invarianza se compararon los modelos configural, métrico, escalar y el modelo de invarianza del error. Como indicadores de ajuste se emplearon ΔCFI , $\Delta RMSEA$ y $\Delta SRMR$. Siguiendo las recomendaciones de Cheng (2007), se asume la no existencia de invarianza cuando $\Delta CFI \geq -0.010$, $\Delta RMSEA \leq 0.025$ y $\Delta SRMR \leq 0.03$. Todos los modelos confirmatorios emplearon una estimación de máxima verosimilitud con errores típicos robustos, utilizando el software Mplus v. 8 (Muthén & Muthén, 1998-2015).

RESULTADOS

El primer modelo de invarianza estructural o configural prueba si la estructura factorial es igual en ambos grupos (participantes del estudio 1 y participantes provenientes de Gu et al., 2020). El modelo 1 (invarianza configural) ajusta bien a los datos ($\chi^2(320)= 527,1$, $p<,001$, $RMSEA= 0,050$ (90% CI= 0,043, 0,058), $CFI= 0,946$, $TLI= 0,936$, $SRMR= 0,048$) y es usado como el modelo base para comparar la invarianza

métrica. En la Tabla 12 se muestra la comparación entre los diferentes modelos, según las restricciones impuestas a la invarianza entre grupos.

El patrón de coeficientes es forzado a ser igual entre ambas muestras en el modelo 2, de invarianza métrica, que también muestra adecuados índices de ajuste ($\chi^2(335)= 556,6$, $p<.001$, $RMSEA= 0,051$ (90% CI= 0,043, 0,058), $CFI= 0,942$, $TLI= 0,934$, $SRMR= 0,078$), aunque el contraste del incremento del chi cuadrado muestra que es un modelo peor que el anterior ($\Delta\chi^2=39,7$, $p=,001$), los valores de cambio son aceptables ($\Delta CFI= -0,004$, $\Delta RMSEA=0,001$ y $\Delta SRMR=,030$).

Tabla 12. Comparación de modelos en la invarianza factorial

	LL	Model Comparision					
		N par.	$\Delta \chi^2$	p value	$\Delta RMSE$		
					ΔCFI	A	$\Delta SRMR$
Mod. 1							
Configural	-8599,98	140	-	-			
Mod. 2 vs. 1							
Metric invariance	-8619,83	125	39,70	<,001	-0,004	0,001	0,03
Mod. 3a vs 2							
Scalar invariance	-8655,49	110	71,32	<,001	-0,013	0,004	0,004
Mod- 3b vs 2							
Partial Scalar	-8645,35	111	51,04	<,001	-0,008	0,002	0,001

El modelo de invarianza escalar (modelo 3a) sin embargo no presenta tan buen ajuste ($\chi^2(350)= 620,1$, $p<,001$, $RMSEA= 0,055$ (90% CI= 0,048, 0,062), $CFI= 0,929$, $TLI= 0,923$, $SRMR= 0,082$), siendo significativamente peor modelo ($\Delta\chi^2=71,3$, $p<,001$; $\Delta CFI= -0,013$). El índice de modificación asociado con el mayor cambio implica no restringir el intercepto del ítem 5 y, cuando esto se hace, el modelo de invarianza escalar parcial (modelo 3b) presenta mejor ajuste ($\chi^2(349)= 603,1$, $p<,001$, $RMSEA= 0,053$

(90% CI= 0,046, 0,060), CFI= 0,934, TLI= 0,928, SRMR= 0,079), con valores de cambio aceptables ($\Delta\chi^2=51,0$, $p<,001$; $\Delta CFI= -0,008$, $\Delta RMSEA=0,002$ y $\Delta SRMR=,001$).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo desarrollan una visión integral sobre la invarianza factorial lo que permite analizar la estabilidad estructural y métrica de los constructos que han sido evaluados. La invarianza factorial es esencial para garantizar que las mediciones que se realizan puedan ser equivalentes en diversos grupos para así poderse hacer comparaciones válidas (Cheng, 2007). En este estudio se evalúan los modelos configurar el métrico y escalar además del modelo de invarianza escalar parcial para verificar si los constructos son capaces de mantener una estructura estable entre los participantes. En este caso el modelo de invarianza ha mostrado un buen ajuste a los datos sugiriendo así que la estructura factorial es consistente entre ambas muestras lo que implica que las dimensiones del constructo son equivalentes en ambos grupos.

Además, el modelo de invarianza métrica también presenta un ajuste adecuado. Aunque el contraste del incremento de chi cuadrado indicó un empeoramiento en comparación con el modelo configural, los índices de cambio se encuentran dentro de los límites aceptables. Lo cual indica que ambas muestras interpretan de manera similar las dimensiones del constructo.

Sin embargo, el modelo de invarianza escalar presenta un ajuste menos satisfactorio en comparación. Lo que indica que no se puede asumir una invarianza total entre las dos muestras. No obstante, para abordar estas discrepancias se liberó el ítem 5 lo que dio lugar a una mejora significativa de la calidad del modelo, lo que indica que el ítem 5 deberá ser reevaluado para posteriores usos. De hecho, consideramos que la traducción del ítem 5 (se tradujo “*struggling*” como “luchando”) no fue adecuada, y por ello el comportamiento de este ítem no fue consistente en ambas muestras. Para futuras versiones, proponemos usar la traducción “pasándolo mal”.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Algunas limitaciones de esta investigación, ya presentes en el estudio anterior, incluyen el tamaño relativamente pequeño de la muestra y la baja representación masculina, lo que puede limitar la generalización de los resultados. De igual forma, no se evaluó el papel de la educación académica o las experiencias previas de los participantes con la compasión, limitando así la comprensión de cómo estos aspectos pueden influir en los hallazgos. Las medidas de deseabilidad social pueden utilizarse en futuros estudios, ya que algunos de los resultados pueden atribuirse a la necesidad de aceptación social de los participantes.

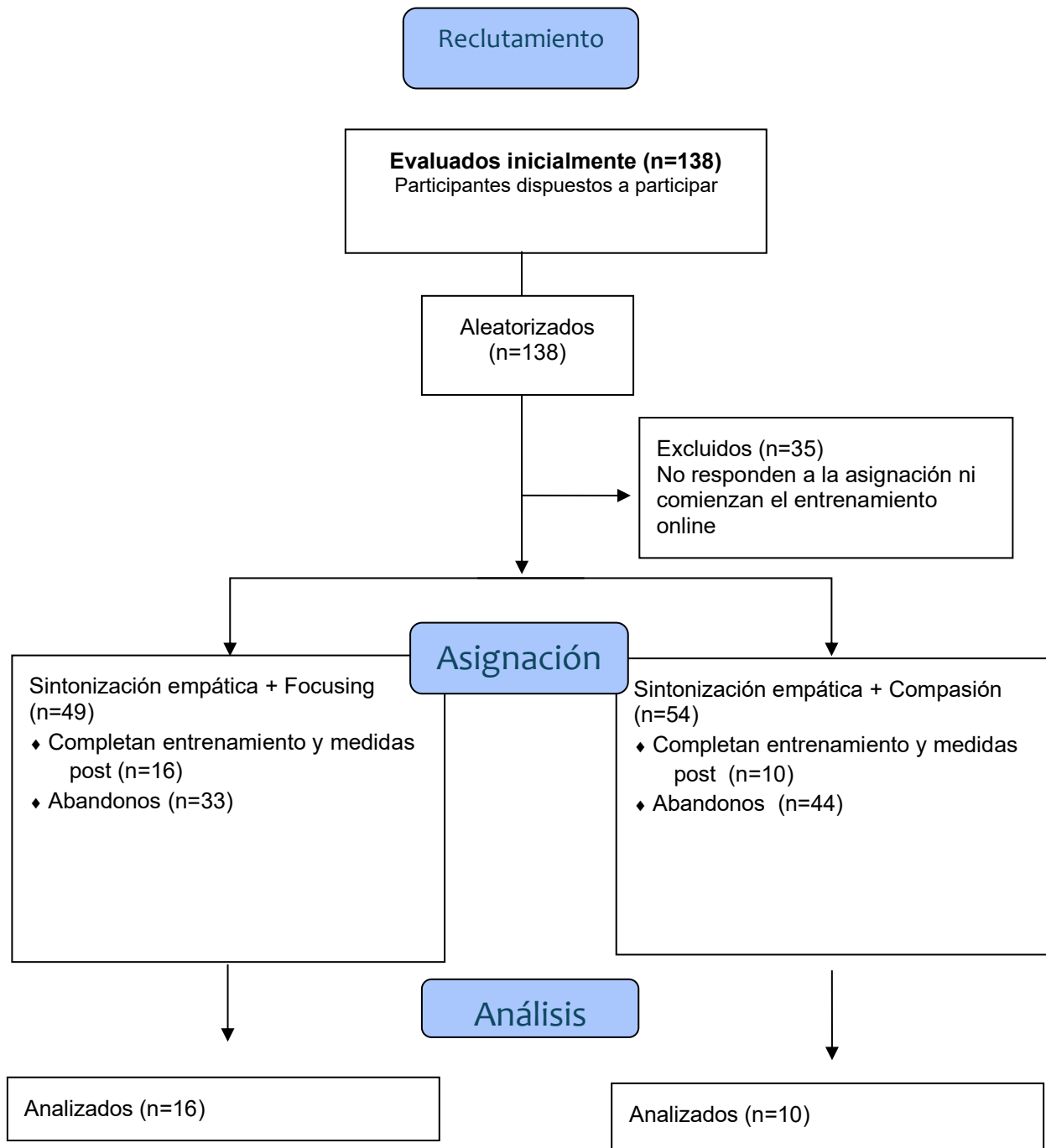
No se han abordado las relaciones que la compasión puede presentar con constructos relacionados, como la autocompasión, la empatía, la regulación emocional o el *mindfulness*, que se abordarán en un próximo estudio con participantes independientes (estudio 4).

A continuación, se presentan dos primeros estudios de carácter psicométrico (estudio 4 y 5) en los cuáles se toman los datos recogidos en la evaluación inicial de los 138 participantes dispuestos a colaborar en el estudio piloto del ensayo aleatorizado (ver Figura 1). Finalmente, los resultados del estudio piloto aleatorizado son presentados en el estudio 6.

PARTE 3: ESTUDIO PILOTO COMPLETAMENTE ALEATORIZADO

En la Figura 1 se muestra el diagrama CONSORT del estudio experimental. Se inscribió el ensayo en clinicaltrials.gov con número NCT04854161, Unique Protocol ID: UPC-21-02-Compassi-ON.

Figura 1. Diagrama Consort del ensayo controlado aleatorizado



Estudio 4: Validez divergente del SOCS

MÉTODO

Participantes

Un total de 138 personas participaron voluntariamente, con una edad entre 21 y 69 años (media de 29,3 años, $dt=10,1$), de las cuales 109 eran mujeres (86,5%).

Instrumentos

- Compasión hacia otros, escala Sussex-Oxford (SOCS-O, Sussex-Oxford Compassion for Others Scale; Gu et al., 2020). La escala empleada este estudio es una escala formada de 20 ítems, que comprende los 5 componentes de la compasión: *Reconocer* el sufrimiento, reconocer la *Universalidad*, experimentar *Interés y Preocupación* por la persona sufriendo, *Tolerar* sentimientos difíciles, y experimentar la *Motivación* de aliviar el sufrimiento del otro. Es una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que varían desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. La escala ha mostrado adecuada validez convergente y discriminante, así como adecuada evidencia de fiabilidad. El alfa de Cronbach en el estudio original fue de 0,94 (Gu et al., 2019). La fiabilidad de la escala en este estudio fue elevada también para el conjunto de los ítems ($\alpha = 0,902$; $\omega = 0,900$) y adecuado en cada una de las subescalas, aunque algo más bajas en la escala Preocupación e Interés (ver Tabla 13).

Tabla 13. Indicadores de Consistencia interna para las escalas de compasión hacia otros (SOCS-o)

	α de Cronbach	ω de McDonald
<i>Reconocimiento</i>	0,89	0,89
<i>Universalidad</i>	0,80	0,81
<i>Preocupación e Interés</i>	0,66	0,66
<i>Tolerancia</i>	0,74	0,74
<i>Motivación</i>	0,83	0,84

- Escala de autocompasión (SCS: Self-Compassion Scale de Neff, 2003; versión española de García-Campayo et al., 2014). Evalúa los principales componentes de la autocompasión en tres dimensiones, humanidad compartida vs. aislamiento, mindfulness vs. sobreidentificación y autoamabilidad vs. autocrítica. Consta de 26 ítems, con 5 opciones de respuesta. La fiabilidad en estudios previos (García-Campayo et al., 2014) fue buena, con alfa de Cronbach entre 0,72 y 0,79 para las 6 subescalas. En el estudio actual, los indicadores fueron elevados para las tres subescalas: Autocompasión ($\alpha = 0,918$; $\omega = 0,913$), Humanidad Común ($\alpha = 0,739$; $\omega = 0,684$) y Mindfulness ($\alpha = 0,813$; $\omega = 0,799$).

- Índice de Reactividad Interpersonal (IRI; Interpersonal reactivity index; Davis, 1980): Es un instrumento de auto-informe compuesto por 28 ítems, constituyendo 4 subescalas: Toma de Perspectiva, Preocupación Empática, Malestar Personal y Fantasía. Posee una escala de respuesta tipo Likert que varía de 1 a 5, desde el totalmente en desacuerdo al totalmente de acuerdo. La escala fue traducida por Pérez-Albéniz et al. (2003) y su adaptación mostró propiedades psicométricas inalteradas según el estudio de validación de Escrivá et al. (2004). Los indicadores de consistencia interna fueron adecuados en el presente estudio para tres de las dimensiones (Toma de perspectiva: $\alpha = ,818$, $\omega = ,823$; Fantasía: $\alpha = ,791$, $\omega = ,796$, y Malestar Personal: $\alpha = ,756$, $\omega = ,789$), aunque fue bajo para Preocupación Empática ($\alpha = ,548$, $\omega = ,565$).

- Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006; versión española de Cebolla et al., 2012). Consta de 39 ítems, con 5 opciones de respuesta. Este cuestionario recoge de cinco factores sobre mindfulness: Observación, Descripción, Actuar con Conciencia, Ausencia de Juicio, Ausencia de Reactividad. El instrumento posee adecuados, incluso muy buenos, niveles de fiabilidad (alfa de Cronbach varía entre ,75 a ,92) en la adaptación española. En el presente estudio obtenemos buenos índices de consistencia interna, en todas las subescalas: Observación ($\alpha = ,834$, $\omega = ,844$), Descripción ($\alpha = ,901$, $\omega = ,902$), Actuación Consciente ($\alpha = ,895$, $\omega = ,897$), Ausencia de Juicio ($\alpha = ,896$, $\omega = ,898$), Ausencia de Reactividad ($\alpha = ,759$, $\omega = ,773$).

-Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS; Gratz & Roemer, 2004) validado al español por Hervás y Jódar (2008). Esta escala consta de 36 ítems con

respuesta tipo Likert que van del 1(casi nunca) al 5 (casi siempre) y que conforman 5 factores: dificultades de Atención a las Emociones, falta de Claridad Emocional, dificultades en la Aceptación de las Emociones, interferencias en Conductas Dirigidas a Metas y dificultades en la Regulación. En el estudio original, el DERS muestra una buena consistencia interna ($\alpha=.93$) con una adecuada validez predictiva y de criterio. En nuestro estudio, los indicadores de fiabilidad fueron adecuados: Dificultades en Atención ($\alpha=.804$, $\omega=.815$), falta de Claridad ($\alpha=.688$, $\omega=.706$), dificultades en Aceptación ($\alpha=.878$, $\omega=.886$), Interferencias en Conductas Dirigidas a Metas ($\alpha=.891$, $\omega=.894$), dificultades en la Regulación ($\alpha=.877$, $\omega=.883$).

RESULTADOS

Con respecto a la asociación de la compasión con la empatía, encontramos correlaciones que varían entre pequeñas y moderadas en la mayoría de los casos (ver Tabla 14). Destacan como esperábamos una correlación negativa entre la Tolerancia (SOCS-O) y el Malestar Empático ($r=-.392$, $p<.001$). Por otra parte, se observa una correlación alta y positiva entre Tolerancia (SOCS-O) y la asunción de Perspectiva Empática ($r=.530$, $p<.001$). También entre el Preocupación e Interés (SOCS-O) y la Preocupación Empática ($r=.604$, $p<.001$), y entre la Motivación (SOCS-O) y la Preocupación Empática ($r=.501$, $p=.001$).

En cuanto a la regulación emocional, encontramos que las correlaciones son más bien bajas (ver Tabla 14). La subescala de Tolerancia presenta correlaciones negativas con las dificultades en Atender ($r=-.277$, $p=.002$), Aceptar ($r=-.234$, $p=.008$) y Regular las emociones ($r=-.224$, $p=.012$). Por último, la subescala de Reconocimiento (SOCS-O), se muestra relacionada con la dificultad en Atender las emociones ($r=-.255$, $p=.004$).

En cuanto a las correlaciones entre el compasión y mindfulness, encontramos algunas asociaciones, entre bajas y moderadas. Así, Reconocimiento (SOCS-O), correlaciona moderadamente con la Observación ($r=.393$, $p<.001$) y Descripción ($r=.395$, $p<.001$). También encontramos una relación significativa entre en Preocupación e Interés

y el factor Descripción ($r=.281$, $p<.001$). Encontramos que una subescala de compasión, la Tolerancia, correlaciona con las cinco facetas de mindfulness: Observación ($r=.260$, $p=.003$), Descripción ($r=.355$, $p<.001$), Actuación ($r=.281$, $p<.001$), No-Juicio ($r=.253$, $p=.004$) y No-Reactividad ($r=.313$, $p<.001$).

Por último, analizamos la relación entre compasión y autocompasión (medida con la escala SCS) observándose que todas las correlaciones son bajas o moderadas. Encontramos que las cinco subescalas del SOCS-O correlacionan con humanidad compartida con magnitud media-baja: Reconocimiento ($r=.203$, $p=.023$), Universalidad ($r=.276$, $p=.002$), Tolerancia ($r=.314$, $p<.001$), Preocupación e Interés ($r=.266$, $p=.003$), Motivación ($r=.252$, $p=.004$). Encontramos también que las facetas de autocompasión ($r=.217$, $p=.015$) y mindfulness ($r=.316$, $p<.001$) correlacionan únicamente con Tolerancia, no mostrando asociaciones con ninguna de otra escala de compasión hacia otros.

Tabla 14. Correlaciones de Pearson entre las medidas del estudio

		SCS				DERS				FFMQ					IRI			
		SC	CH	Mind	des	clar	rech	inter	reg	1	2	3	4	5	1	2	3	4
SOCS	Rec	.05	.20*	.11	-.26**	-.15	-.13	.02	.09	.39**	.40**	.15	.10	.11	.22*	.24**	.43**	-.07
	Uni	.07	.28**	.11	-.21*	-.24**	-.19*	.03	-.04	.16	.18*	.09	.19*	.12	.30**	.21*	.29**	-.10
	Sent	.09	.27**	.16	-.19*	-.11	-.09	-.03	-.05	.20*	.28**	.14	.11	.20*	.38**	.25**	.60**	-.09
	Tol	.22*	.31**	.32**	-.28**	-.16	-.23**	-.15	-.22*	.26**	.36**	.28**	.25**	.31**	.53**	.10	.24**	-.39**
	Act	.07	.25**	.12	-.24**	-.12	-.08	.02	-.05	.07	.19*	.16	.02	.08	.40**	.18*	.50**	-.14
SCS	SC	1																
	CH	.68**	1															
	Mind	.72**	.66**	1														
DERS	Des	-.40**	-.29**	-.41**	1													
	Clar	-.31**	-.26**	-.31**	.61**	1												
	Rech	-.55**	-.50**	-.49**	.34**	.36**	1											
	Inter	-.29**	-.35**	-.44**	.17	.31**	.37**	1										
	Reg	-.42**	-.37**	-.64**	.19*	.21*	.59**	.46**	1									
FFMQ	Obs	.25**	.28**	.39**	-.36**	-.26**	-.15	-.12	-.08	1								
	Desc	.31**	.23**	.36**	-.53**	-.51**	-.33**	-.29**	-.24**	.41**	1							
	Awar b	.36**	.30**	.40**	-.34**	-.41**	-.31**	-.41**	-.29**	.32**	.39**	1						
	No judg	.67**	.53**	.57**	-.25**	-.26**	-.64**	-.30**	-.40**	.18*	.37**	.42**	1					
	Nonrea	.43**	.41**	.68**	-.35**	-.30**	-.28**	-.46**	-.37**	.49**	.34**	.38**	.31**	1				
IRI	Persp	.31**	.42**	.51**	-.31**	-.16	-.11	-.14	-.23*	.43**	.28**	.28**	.22*	.49**	1			
	Fantas	-.15	-.15	-.23**	-.07	.11	.18*	.15	.30**	.16	.08	-.16	-.15	-.03	.15	1		
	Empco	-.06	.03	-.13	-.16	-.05	.13	.08	.25**	.03	.17	-.05	-.17	.04	.16	.41**	1	
	Pers dis	-.23*	-.28**	-.43**	.30**	.20*	.28**	.37**	.46**	-.24**	-.35**	-.36**	-.25**	-.35**	-.34**	.16	.13	1

Discusión

Este estudio tiene como objetivo examinar la validez divergente de la compasión y otras medidas como la autocompasión, la empatía, la regulación emocional o el mindfulness. Los resultados muestran bajas asociaciones entre la compasión por los demás y estas medidas, con todas las correlaciones por debajo de 0,8, destacando la idea de que son constructos distintos (Field, 2013). Por una parte, la relación encontrada entre la compasión hacia otros y la autocompasión podemos ver que esta correlación es débil (Kim & Seo, 2021). En el primer estudio, la única dimensión de la autocompasión que arrojó una correlación estadísticamente significativa (pero pequeña) con la dimensión de *Tolerating uncomfortable feelings* de la compasión por los demás fue la dimensión de Humanidad Común. En el estudio 3, las correlaciones entre las dimensiones de la autocompasión (humanidad común, mindfulness y autocompasión) y la subescala de *Tolerating uncomfortable feelings* fueron algo más altas, pero aun así nunca superiores a 0,32.

Este resultado apoya la proposición de que, a pesar de que algunos autores informan compasión y autocompasión como competencias simétricas dirigidas externamente e internamente (Gilbert, 2009, 2014; Strauss et al., 2016), nuestros datos concuerdan con evidencia previa (López et al., 2018; Neff & Pommier, 2013; Pommier, 2010) que señala una asociación relativamente baja entre ambos constructos. Más específicamente, esa dimensión de *Tolerating uncomfortable feelings* exhibe una relación positiva significativa y fuerte con la experiencia de aceptación y amabilidad hacia nosotros mismos de la autocompasión.

Parece que es la capacidad de soportar un poco de incomodidad a la luz del sufrimiento de otro la habilidad esencial vinculada con la autocompasión, así como con compasión por otras personas. La regulación emocional puede mediar este vínculo, y futuros estudios podrían investigar cómo esta habilidad habilita la asociación entre compasión y autocompasión.

En términos de regulación emocional, nuestros hallazgos sugieren que, a pesar de su claro vínculo con compasión por los demás, esta habilidad parece ser independiente de algunos procesos emocionales, lo que proporciona evidencia adicional de validez divergente ($r < 0,3$ en todos los casos). En nuestro primer análisis, encontramos que la

habilidad subyacente para *Tolerating uncomfortable feelings* se correlaciona negativamente con las dificultades para atender, aceptar y regular emociones (evaluadas con las subescalas del DERS), aunque la magnitud de esta relación es pequeña. Este hallazgo, que concuerda con estudios previos que demostraron que la regulación emocional y la compasión hacia los demás son habilidades distintas pero complementarias (Jazairi et al., 2017), nos lleva a la siguiente recomendación:

Es concebible que la regulación emocional tenga el efecto secundario de permitir a uno soportar el sufrimiento de los demás, mientras que la compasión actúa como un ciclo de retroalimentación positiva mejorando las habilidades de regulación, permitiendo una respuesta empática, no evasiva cuando se enfrenta al malestar de los demás.

El rasgo del mindfulness también ha sido vinculado con la compasión hacia los demás. El mindfulness puede permitir el *Feeling for the person suffering*, como lo evidencian nuestras correlaciones entre las subescalas de observación y descripción del FFMQ y la dimensión de *Feeling for the person suffering* del SOCS-O y por *Recognising suffering*. Esto sugiere que el beneficio del mindfulness es que ayuda a regular las emociones desagradables que surgen en respuesta al sufrimiento de otro. De hecho, también observamos que la subescala de *Tolerating uncomfortable feelings* se correlaciona con todas las demás subescalas del FFMQ ($p < 0,01$ en todos los casos; $\rho < 0,4$ en todos los casos), confirmando una vez más evidencia de validez divergente. El rasgo de mindfulness puede servir como un medio para regular las emociones (Durkin et al., 2016; Carpenter et al., 2019), lo que luego habilita la capacidad para soportar las emociones desafiantes que acompañan al sufrimiento de los demás.

En cuanto al vínculo entre empatía y compasión, las correlaciones que tuvimos fueron más fuertes que las registradas de autocompasión a compasión. Nuestro hallazgo de correlaciones positivas entre compasión y toma de perspectiva y entre preocupación empática son consistentes con los resultados de Kim & Seo (2021) para la versión coreana del SOCS-O. Además, *Tolerating uncomfortable feelings* se correlacionó negativamente con angustia empática ($r = -0,39$), respaldando descubrimientos anteriores que indican que la empatía y la compasión conducen a efectos diversos cuando se experimenta sufrimiento (Klimecki et al., 2014; Singer & Klimecki, 2014). Donde la empatía involucra a uno en el sufrimiento, la compasión parece evocar una reacción cuidada y orientada a la acción ante el sufrimiento de los demás.

ESTUDIO 5: VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EMPATÍA PERCIBIDA DE BARRET

MÉTODO

Participantes

Un total de 78 parejas de paciente-terapeuta participaron en esta investigación, de los que solo 53 terapeutas respondieron a su cuestionario. Por otra parte, los 78 voluntarios que ocuparon el rol de pacientes completaron el cuestionario (llamados “pacientes” a partir de ahora).

Instrumentos

- Una versión traducida al castellano del “Empathic Understanding” measure (EU, Barrett-Lennard, 1986), en su versión paciente y terapeuta, se empleó en este estudio. La fiabilidad resultó adecuada para la versión del paciente ($\alpha = 0,877$, $\omega = 0,874$), pero algo justa en la versión del terapeuta ($\alpha = 0,619$, no pudo calcularse el omega).

- Índice de Reactividad Interpersonal (IRI; Interpersonal reactivity index; Davis, 1980): Es un instrumento de auto-informe compuesto por 28 ítems, constituyendo 4 subescalas: Toma de Perspectiva, Preocupación Empática, Malestar Personal y Fantasía. Posee una escala de respuesta tipo Likert que varía de 1 a 5, desde el totalmente en desacuerdo al totalmente de acuerdo. La escala fue traducida por Pérez-Albéniz et al. (2003) y su adaptación mostró propiedades psicométricas inalteradas según el estudio de validación de Escrivá et al. (2004). Los indicadores de consistencia interna fueron adecuados en el presente estudio para tres de las dimensiones, aunque fue bajo para Preocupación Empática (ver Tabla 15).

Tabla 15. Indicadores de consistencia interna para la escala de empatía IRI

	Interpersonal Reactivity Index	
	alfa	omega
Preocupación empática	0,548	0,527
Toma de perspectiva	0,818	0,792

Malestar Personal	0,756	0,736
Fantasía	0,791	0,808

- Test de empatía cognitiva y afectiva. TECA (López-Pérez et al., 2008).

Instrumento que evalúa la empatía a partir de 33 ítems, recogiendo aspectos cognitivos (escalas de Adopción de perspectivas y Comprensión emocional) y afectivos (mediante las escalas de Estrés empático y Alegría empática), con buenos indicadores de fiabilidad en el estudio original ($\alpha=0,86$). En el presente estudio, tres de las subescalas cosecharon adecuados indicadores de consistencia interna, siendo inferiores en la escala de comprensión emocional (ver Tabla 16)

Tabla 16. Indicadores de consistencia interna para la escala de empatía TECA

	TECA	
	alfa	omega
Adopción perspectiva	0,741	0,711
Comprensión emocional	0,592	0,54
Estrés empático	0,719	0,719
Alegría Empática	0,773	0,772

- Inventario de Presencia Terapéutica (Geller et al., 2010).

Se empleó la versión adaptada al castellano por Martín-Íñigo (2015). Es un instrumento de 21 ítems con una escala de respuesta tipo likert de 7 puntos, que varía del 1 (Nada) al 7 (Completamente). La versión del paciente ($\alpha=0,824$, $\omega=0,893$) y terapeuta ($\alpha=0,861$, $\omega=0,895$) mostraron buenos indicadores de consistencia interna en el presente estudio.

- Escala de Formas de AutoCrítica/Ataque (Gilbert, Clarck et al., 2004; validación de López-Cavada, 2020). Es una escala de 14 ítems que permite medir, el grado en que la persona se autocritica, evaluando dos aspectos: los sentimientos de inadecuación de la persona (escala Yo Inadecuado, IS) y los sentimientos de odio hacia uno mismo (escala Yo odiado, HS). Los ítems se responden en una escala Likert de 5 puntos en función de cuanto se ajusta al evaluado (oscila de 0= “no, absolutamente no” a 4=

“extremadamente”). En este estudio los indicadores de consistencia interna fueron elevados, tanto para la escala de Yo Odiado ($\alpha = 0,834$, $\omega = 0,837$, como para la de Yo Inadecuado ($\alpha = 0,913$, $\omega = 0,914$).

RESULTADOS

Validez convergente

En la Tabla 17 se presentan las correlaciones del instrumento de Barrett, en su versión paciente y terapeuta, con los otros instrumentos de empatía (IRI y TECA). Sólo la versión contestada por el terapeuta del EU correlaciona de forma moderada con la toma de Perspectiva, tanto medido con el IRI ($r = .368$, $p = .007$), como con el TECA ($r = .375$, $p = 0,006$).

Tabla 17. Coeficientes de correlación de Pearson entre las medidas de empatía del estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Comprensión Empática (EU)</i>										
1. V. paciente										
2. V. Terapeuta	-,02									
<i>Empatía (IRI)</i>										
3. Toma perspectiva	-,05	,37*								
4. Fantasía	-,14	,04	,15							
5. Preocupación empática	,06	,08	,16	,41*						
6. Malestar	-,17	,16	-,34*	,16	,13					
<i>Empatía (TECA)</i>										
7. Perspectiva	-,12	,38*	,65*	,18*	,15	-,34*				
8. Comprensión	,04	,23	,23*	,07	,24*	-,12	,38*			
9. Estrés	-,03	,11	-,03	,23*	,57*	,20*	,05	,19*		
10. Alegría	,09	,24	,33**	,03	,29*	-,19*	,46*	,40*	,23*	
Media	1,92	1,24	4,07	3,65	3,91	2,15	4,05	4,00	3,17	4,41
dt	0,80	0,55	0,67	0,73	0,48	0,61	0,54	0,45	0,61	0,48
n	80	56	126	126	126	126	126	126	126	126

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

Se ha hallado una altísima la correlación con la presencia, especialmente cuando ambas escalas (presencia y comprensión empática) emplean la versión paciente ($r=0,850$, $p<0,001$). Cuando la empatía y la presencia es valorada por el terapeuta, la asociación es sólo moderada ($r=0,440$, $p<0,001$). Si la presencia es valorada por una persona diferente a la que valora la empatía (paciente o terapeuta), no hay asociación estadísticamente significativa (ver Tabla 18).

Tabla 18. Coeficientes de correlación de Pearson entre las medidas de Comprensión Empática y Presencia

	1	2	3	4
<i>Comprensión Empática (EU)</i>				
1. V. paciente	1			
2. V. terapeuta	-,02	1		
<i>Presencia</i>				
3. V. paciente	,85*	-,19	1	
4. V. terapeuta	,16	,44*	-,05	1

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

Validez Predictiva

Como anticipábamos, hay una relación negativa entre las puntuaciones de empatía y las medidas de autocrítica de los pacientes. Curiosamente dicha correlación se observa cuando el terapeuta valora la empatía (y no el paciente, ver Tabla 19). Así hay una correlación estadísticamente significativa entre la empatía valorada por el terapeuta y la autocrítica del paciente (con Yo odiado: $r=-0,357$, $p=0,030$, y con Yo inadecuado: $r=-0,368$, $p=0,020$).

Tabla 19. Coeficientes de correlación de Pearson entre las medidas de Comprensión Empática y Autocrítica del "Paciente"

	1	2	3	4
<i>Comprensión Empática (EU)</i>				
1. V. paciente	1			
2. V. terapeuta	-,02	1		
<i>Auto-crítica</i>				

3. Yo odiado	,19	-,36*	1
4. Yo inadecuado	,050	-,37*	,74* 1

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

Se realiza un análisis de regresión múltiple, con la presencia terapéutica (medida por el paciente) como variable dependiente. En un primer paso se introducen las medidas de empatía rasgo del terapeuta, que no muestran una predicción significativa de la presencia ($F(8,25)=1,03$, $p=0,443$). Sin embargo, al introducir en un segundo paso la empatía situacional, la presencia sí es predicha en este segundo modelo, ($F(2,23)=53,7$, $p<0,001$, $\Delta R^2=0,62$), explicándose un 62% de la varianza de la presencia (ver Tabla 20).

Tabla 20. Modelo de regresión múltiple por pasos, con Presencia como variable dependiente, y variables de empatía como variables independientes

	B	sesgo	Desv. Típ.	p	Int. Confianza 95 %	
					Inf	Sup
<i>Modelo 1</i>						
Constante	9,33	-,14	4,00	,055	2,74	18,10
Toma perspectiva (IRI)	-,32	-,03	,38	,394	-1,21	,30
Fantasía (IRI)	-,16	,00	,17	,324	-,55	,15
Preocupación empática (IRI)	,19	-,01	,40	,619	-,54	,99
Malestar (IRI)	-,74	,02	,48	,182	-1,68	,19
Perspectiva (TECA)	-,49	,06	,55	,401	-1,51	,52
Comprensión (TECA)	-,38	,03	,49	,431	-1,41	,49
Estrés(TECA)	,15	-,00	,34	,637	-,48	,84
Alegría (TECA)	,65	-,02	,56	,290	-,40	1,66
<i>Modelo 2</i>						
Constante	5,25	-,14	1,58	,009	2,09	8,52
Toma perspectiva (IRI)	,27	,03	,20	,189	-,13	,66
Fantasía (IRI)	,12	-,01	,13	,407	-,16	,37
Preocupación empática (IRI)	-,34	-,02	,27	,239	-1,01	,09
Malestar (IRI)	,06	,04	,22	,813	-,33	,57
Perspectiva (TECA)	-,40	,01	,27	,210	-,95	,07
Comprensión (TECA)	,07	,03	,25	,804	-,44	,54
Estrés (TECA)	,25	-,02	,19	,228	-,10	,61
Alegría (TECA)	,04	-,011	,21	,848	-,36	,46
<i>Entendimiento empático Pac.</i>	,92	-,01	,16	<,001	,52	1,18
<i>Entendimiento empático Ter.</i>	-,48	,04	,16	,023	-,77	-,12

* Los resultados de la simulación de muestreo se basan en 1000 muestras de simulación de muestreo

Es sorprendente que en el modelo 2, el entendimiento empático en su versión para terapeutas (controlando el entendimiento empático valorado por el “paciente”) prediga de manera inversa la presencia valorada por el paciente ($B=-0,481$, $p=0,023$).

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo corroborar las propiedades psicométricas de la escala de comprensión empática (EU) del Inventario de Relaciones de Barrett-Lennard (1981), que puede aplicarse para evaluar la empatía en el contexto clínico de la interacción terapeuta-paciente. Los resultados obtenidos reafirmaron que este instrumento demuestra ser adecuado en términos de fiabilidad, comparable a lo reportado por Messina (2013), lo que le permitía concluir su efectividad para su aplicación tanto en entornos científicos como clínicos. En comparación con este estudio, nuestros resultados muestran mejores indicadores de validez.

La versión del paciente presenta asociaciones más altas con la presencia terapéutica. Este hallazgo está en línea con modelos previos (Mearns, 1997; Mearns & Cooper, 2005) que indican que la presencia terapéutica es una condición decisiva para la emergencia de la empatía en la relación terapéutica. De hecho, podría considerarse como uno de los elementos esenciales de la empatía (Geller & Greenberg, 2012). Sin embargo, cuando la empatía y la presencia son medidas por el terapeuta, la correlación es moderada, lo que indica que la percepción del terapeuta sobre su propia presencia terapéutica puede estar influenciada por su percepción personal de la empatía. Estos resultados también reflejaron la falta de correlación entre la presencia terapéutica y la empatía medida por diferentes personas (terapeuta y paciente).

Sin embargo, solo la versión del terapeuta de la EU mostró correlaciones estadísticamente significativas con las medidas tipo rasgo de empatía del terapeuta (tanto el IRI como el TECA), específicamente con la capacidad de toma de perspectiva. Este hallazgo es consistente con la atribución de que la habilidad para tomar la perspectiva de otro es el factor impulsor de la empatía (Hoffman, 2002). Es interesante destacar las

diferencias entre las puntuaciones de la EU, que evalúa la empatía durante ciertos momentos de la escucha (empatía tipo estado), y los autoinformes (IRI y TECA), que evalúan aspectos o rasgos más estables de la empatía. Esta diferencia ofrece un campo potencial para perseguir la idea de la empatía no solo como una cualidad personal, sino también como un proceso dinámico cuya naturaleza varía según el contexto y la relación momento a momento entre el terapeuta y su paciente.

En cuanto a la relación entre empatía y alianza terapéutica, no encontramos correlaciones estadísticamente significativas cuando es evaluada por el terapeuta. Luborsky (1976) sugirió que existen dos alianzas establecidas diferentes: una al inicio de la terapia y otra a medida que avanza la terapia, lo que podría ofrecer una posible explicación para esto: Dado que nuestro estudio examinó solo una sesión de terapia, el desarrollo de la alianza terapéutica podría no haber evolucionado suficientemente como para recoger la influencia de la empatía.

Como era de esperar, con respecto a la relación entre la autocrítica del paciente y la empatía del terapeuta, se encontró una asociación negativa. Pero esta asociación se encontró solo cuando la información de la empatía era ofrecida por el terapeuta, y no por el paciente. De forma muy tentativa, podríamos interpretar que los terapeutas quizá capten la presencia de la voz evaluativa de los pacientes con mayor índice de autocrítica, y atribuyan la presencia de la crítica a su propio desempeño empático. Esto puede sugerir que la autoeficacia del terapeuta se ve mermada ante clientes autocríticos, aunque es una mera hipótesis para futuras líneas de investigación.

Dicho esto, en términos de validez predictiva, encontramos que la empatía percibida por el terapeuta predice negativamente la presencia terapéutica (una vez controlada la empatía percibida por el paciente), lo que sugiere que parte de la varianza de la empatía percibida por los terapeutas (la parte independiente de la empatía percibida por los pacientes) está inversamente relacionada con la presencia terapéutica que percibe el paciente. Sin embargo, la presencia terapéutica apreciada por el paciente es positivamente predicha por la empatía percibida por el paciente, añadiendo capacidad predictiva a lo explicado por la empatía de rasgo. Es llamativo comprobar que la empatía situacional (medida por el EU) explique el 62%. Algunos trabajos anteriores han propuesto que la presencia terapéutica pueda estar recogiendo aspectos similares de la

relación terapéutica tradicional (Salvio et al., 1992; Wing, 2010) y estos aspectos pueden afectar la evaluación de la empatía del terapeuta.

Por último, es importante señalar que las sesiones de terapia en línea podrían haber impactado la calidad de la presencia terapéutica. Es interesante, aunque sea de forma preliminar, que ciertos mecanismos fisiológicos que sustentan la presencia terapéutica pueden estar mermados: investigaciones previas han indicado que los participantes interactuando en línea presentan un menor efecto de sincronización con sus terapeutas en ciertas áreas del cerebro y la variabilidad de los ritmos cardíacos (Schwartz et al., 2022).

Limitaciones y futuras líneas de Investigación

En primer lugar, hemos de señalar que solo evaluamos la alianza terapéutica para una única sesión de terapia, lo que hace imposible seguir la evolución de la alianza terapéutica a lo largo del tiempo. Además, debido a que el paciente no tenía una motivación específica en recibir ayuda (aparte de participar voluntariamente en la investigación), esto podría haber afectado los resultados y podría alterar principalmente factores como la alianza terapéutica y la valoración de la presencia. En la investigación futura se deberían evaluar más sesiones y considerar la motivación de auténticos pacientes que solicitan ayuda en un contexto natural.

ESTUDIO 6: ESTUDIO PILOTO DEL EFECTO DE UN ENTRENAMIENTO ONLINE PARA INCREMENTAR LA EMPATÍA

El objetivo principal de este estudio será explorar el impacto de un programa de entrenamiento en sintonización empática, comprobando el efecto que el entrenamiento en compasión tiene en la facilitación del procesamiento empático. Para ello, se comparará dos versiones de entrenamiento empático, el entrenamiento facilitado por la compasión y el acompañado por un entrenamiento en Focusing. Ambas comparten un tronco común de entrenamiento en sintonización empática al afecto (que se presentó en el capítulo 3).

Se contrastarán las siguientes hipótesis (inscritas en el ensayo clínico número NCT04854161, Unique Protocol ID: UPC-21-02-Compassi-ON):

1. Es de suponer que el entrenamiento en empatía/compasión aumentará la presencia terapéutica en mayor medida que el entrenamiento en empatía/focalización. Se espera un efecto estadísticamente significativo de la interacción tiempo x grupo sobre las puntuaciones de presencia.
2. Presumiblemente, el entrenamiento en empatía/compasión aumentará las habilidades de regulación emocional de los terapeutas en mayor medida que el entrenamiento en empatía/focalización. Se espera un efecto estadísticamente significativo de la interacción de tiempo x grupo en las puntuaciones de regulación emocional.
3. Presumiblemente, el entrenamiento en empatía/compasión aumentará la puntuación en Alianza terapéutica de los terapeutas en mayor medida que el entrenamiento en empatía/concentración. Se espera un efecto estadísticamente significativo de la interacción tiempo x grupo en la puntuación de la alianza.
4. Presumiblemente, el entrenamiento en empatía/compasión reducirá el Malestar Empático, aumentará la Alegría Empática y la Preocupación e Interés empático en mayor medida que el entrenamiento en empatía/focalización. Se espera un efecto estadísticamente significativo de la interacción tiempo x grupo en estas medidas. Por otro

lado, se espera que la Fantasía Empática, la Perspectiva Empática y la comprensión Empática, permanezcan sin cambios en ambos grupos de entrenamiento en empatía.

5. Hipótesis de mediación: Los cambios de la empatía del terapeuta en empatía/compasión en comparación con empatía/focalización, estarán mediados por los cambios en las facetas de mindfulness, compasión hacia otros y autocompasión.

MÉTODO

Participantes

Como puede observarse en la Figura 1, un total de 138 participantes fueron inicialmente evaluados, de los cuales 112 fueron mujeres (81,2%). La edad media fue de 29,3 años ($dt=10,1$), variando entre 21 y 69 años. Se asignaron aleatoriamente 103 participantes a los dos grupos de los cuales finalizaron la investigación 16 en el grupo de focusing y 10 en el de compasión. (Ve figura 1).

Un total de 60 personas participaron como pacientes, 52 de las cuales (86,7%) fueron mujeres. La edad media fue de 20,7 años ($dt=3,0$), variando entre 17 y 36 años.

Medidas

- Empatía expresada, instrumento observacional (Watson y Prosser, 2002):

Un total de 26 entrevistas fueron analizadas por dos jueces entrenados en el instrumento Empatía Expresada (Watson y Prosser, 2002), 17 de las cuales fueron puntuados por ambos jueces. La fiabilidad interjueces resultó muy elevada para los 10 ítems del instrumento (ICC superior a 0,9 en todos los casos). La consistencia interna de los 10 ítems fue elevada, tanto en el momento pre ($\alpha= 0,977$, $\omega=0,981$), como en el post ($\alpha= 0,983$, $\omega=0,985$).

En la Tabla 21 se presentan los indicadores de consistencia interna de los diferentes instrumentos de autoinforme.

Instrumentos de autoinforme de empatía:

- Índice de Reactividad Interpersonal (IRI; Interpersonal reactivity index; Davis, 1980; versión española de Escrivá et al., 2004) descrito en los estudios 4 y 5.
- Test de empatía cognitiva y afectiva. TECA (López-Pérez et al., 2008), descrito en el estudio 5.
- Una versión traducida al castellano del “Empathic Understanding” measure (EU, Barrett-Lennard, 1986), utilizada en el estudio 5, en su versión paciente y terapeuta, se empleó también en este estudio.
- Inventario de Presencia Terapéutica (Geller et al., 2010). Se empleó la versión adaptada al castellano por Martín-Íñigo (2015), como en el estudio 5. En la Tabla 21 se muestran los indicadores de consistencia interna en los dos momentos de medida (antes y después del entrenamiento).
- Escala de Compasión hacia otros, escala Sussex-Oxford (SOCS-O, Sussex-Oxford Compassion for Others Scale; Gu et al., 2020; validado en los estudios 2 y 3.
- Escala de autocompasión (SCS: Self-Compassion Scale de Neff, 2003; versión española de García-Campayo et al., 2014), descrito en los estudios 2 y 4.
- Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS; Gratz & Roemer, 2004), validado al español por Hervás y Jódar (2008). Descrito en el estudio 4.
- Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006; versión española de Cebolla et al., 2012). Empleado en el estudio 4.

- Inventario de Alianza Terapéutica, versión abreviada, WAI-S (Horvath y Greenberg, 1986). Este cuestionario ha sido adaptado a la versión española por Corbella, Botella, Gómez, Herrero y Pacheco (2010). Este inventario es una forma abreviada formada por 12 ítems, los cuales se responden en una escala tipo Likert de 7 puntos donde podemos encontrar en su valoración inferior “nunca” y en su valor superior “siempre, habiendo un continuo de valoraciones intermedias. La puntuación máxima que se puede obtener en dicho cuestionario es de 84 puntos mientras que la mínima es de 12. Este instrumento está formado por 3 subescalas, compuestas de cuatro ítems cada escala. Esta prueba evalúa los grados de acuerdo en los objetivos del proceso terapéutico el grado de sensación mutua de que las tareas pedidas por cada 1 de ellos durante la terapia son racionales y alcanzables así como que estén relacionadas con los objetivos de la terapia y finalmente por la sensación de vínculo y entendimiento entre paciente y terapeuta. Con respecto a las consistencia interna de esta escala encontramos puntuaciones de 0,88 para el acuerdo en tareas, 0,86 pero la sensación de vínculo y 0,85 para la grada de acuerdo, siendo el coeficiente Alfa de cronbach pero la versión española 0,91 (Corbella et al., 2010).

Tabla 21. Consistencia interna de los instrumentos de autoinforme empleados en el estudio 6, en momento inicial y tras el entrenamiento

	Momento pre		Tras el entrenamiento	
	α	ω	α	ω
Alianza terapéutica	0,872	0,883	0,781	0,738
Presencia v. paciente	0,824	0,893	0,861	0,895
Presencia v. terapeuta	0,810	0,873	0,854	-
<i>Entendimiento Empático</i>				
EU terapeuta	0,619	-	0,603	-
EU paciente	0,877	0,874	0,902	0,903
<i>IRI</i>				
Preocupación empática	0,548	0,527	,706	0,735

Toma de perspectiva	0,818	0,792	0,827	0,851
Malestar Personal	0,756	0,736	0,377	-
Fantasía	0,791	0,808	0,777	0,768
<i>TECA</i>				
Adopción perspectiva	0,741	0,711	0,695	-
Comprensión emocional	0,592	0,54	0,561	-
Estrés empático	0,719	0,719	0,778	0,782
Alegría Empática	0,773	0,772	0,838	0,846
<i>SOCS</i>				
Reconocimiento	0,886	0,887	0,882	0,885
Universal	0,799	0,808	0,735	0,762
Sentimiento	0,660	0,664	0,855	0,855
Tolerancia	0,738	0,741	0,771	0,782
Actuación	0,838	0,841	0,759	0,764
<i>DEERS</i>				
Atención	0,804	0,814	0,784	0,770
Claridad	0,688	0,694	0,667	0,694
Rechazo	0,878	0,876	0,849	0,843
Interferencia	0,891	0,896	0,798	0,798
Regulación	0,877	0,874	0,773	-
<i>SCS</i>				
Auto-compasión	0,918	0,913	0,927	0,927
Humanidad Común	0,739	0,684	0,820	0,826
Mindfulness	0,813	0,799	0,810	0,812
<i>FFMQ</i>				
Observación	0,834	0,833	0,849	0,851
Descripción	0,901	0,901	0,895	0,896
Actuar con Conciencia	0,895	0,890	0,873	0,853
Ausencia de Juicio	0,896	0,897	0,924	0,925
Ausencia de Reactividad	0,759	0,743	0,846	0,830

Procedimiento

Los terapeutas fueron reclutados a través de diferentes publicaciones en redes sociales, mediante los cuales se pondrían en contacto con el investigador para comenzar para seleccionar a los participantes de acuerdo con los criterios de inclusión exclusión. Con respecto a los pacientes estos fueron reclutados a través de redes sociales, y una vez hubieron aceptado las condiciones de la investigación, se les administró una batería de preguntas para poder discriminar la inclusión o exclusión en el procedimiento.

Criterios de inclusión para el grupo de terapeutas: Psicólogos con experiencia en psicoterapia (al menos con un cliente). Criterios de exclusión para el grupo de terapeutas: se excluirá a todo estudiante que haya tomado el curso de "sintonía empática". También se excluirá a los sujetos que hayan recibido formación en enfoque (focusing) o compasión.

Criterios de inclusión para los participantes/pacientes: participación voluntaria y tener más de 18 años. Criterios de exclusión para los participantes/pacientes: Se excluirá a los participantes que presenten enfermedades mentales graves (esquizofrenia, trastornos psicóticos y de personalidad). También se excluirá a aquellos que presenten adicciones graves o trastornos alimentarios. Se indagará la presencia de estos diagnósticos.

Fase 1: Recogida de datos, aleatorización de los grupos, asignación de pacientes.

Una vez conseguida la muestra de participantes de ambos roles, habiendo pasado los criterios de inclusión y exclusión en ambos grupos, se procedió a la recogida de datos de la primera batería de cuestionarios previos al curso, donde se recogían datos tanto demográficos para ambos grupos, como aquellos datos referidos a puntuaciones en las diferentes escalas de empatía, compasión, mindfulness, regulación emocional y autocompasión, entre otros para los terapeutas, y cuestionarios sobre autocrítica para los pacientes.

Una vez recogidas los datos de dichos cuestionarios, se asignó aleatoriamente al grupo de terapeutas a uno de los dos grupos de esta investigación (focusing o compasión).

La asignación aleatoria se llevó a cabo a través del paquete estadístico “sample” de R y la llevó a cabo el director de la tesis, quien informaba a la doctoranda del grupo al que pertenecía cada participante.

Fase 2: Entrevista pre formación

Una vez asignados a cada grupo, se procedió al emparejamiento aleatorio con los participantes en el rol de pacientes y se les pidió que contactasen entre ellos para concertar una cita online para realizar una breve entrevista. La entrevista consistía media hora de encuentro online (a través de la plataforma de teams), la cual fue grabada para su posterior análisis. Dicha entrevista constaba de dos partes claramente diferenciadas: en la primera parte de esta entrevista, se le pidió a cada terapeuta que pusiera un audio previamente grabado por la investigadora principal, en la cual se procedía a guiar te llamo una tarea de activación emocional (en relación a la voz autocrítica) para el paciente (se puede acceder a la transcripción de dicha tarea en el apartado de anexos). Una vez que el paciente hubo realizado las instrucciones de la grabación facilitada por el terapeuta, se le dio las instrucciones al terapeuta de proseguir con la entrevista de la manera empática posible, hasta completar los 30 minutos.

Una vez finalizada la entrevista, se les pidió tanto a pacientes como terapeutas que completasen otra batería de cuestionarios, en los cuales se recogió información en referencia a la alianza, la empatía y a la presencia terapéutica tanto realizada por el terapeuta como percibida por el paciente.

Fase 3 Impartición del curso online de sintonización empática para terapeutas

Una vez que todos los participantes hubieran finalizado las entrevistas se comenzó a administrar semanalmente a cada participante los links que le permitirían acceder a los cursos del grupo al que pertenecían (Compasión o Focusing). La semana se les enviaba un nuevo link con el acceso a los vídeos y materiales correspondientes y se les facilitó unas fichas para salir la práctica de una forma más rigurosa, así como un pequeño diario personal con diferentes preguntas sobre su progreso.

Durante el transcurso del programa, en dos ocasiones entre las sesiones 2 y 3 y la 5 y 6, se les asignó aleatoriamente una pareja (otro terapeuta en formación) con la cual debían consensuar una fecha de encuentro online en vivo, para realizar una tarea referente a los diferentes temas abordados en el curso.

Fase 4: Entrevista post curso

Una vez finalizado el curso, se volvió a asignar de manera aleatoria un paciente para cada terapeuta, teniendo en consideración que fuesen pacientes diferentes para evitar así un sesgo de familiaridad ahora hora de responder a los cuestionarios. De nuevo se les pidió a los terapeutas que consensuaran una cita con los pacientes a través de Teams, y se les dio las mismas instrucciones que en la entrevista previa al curso. De nuevo, en primer lugar, tras una breve bienvenida, se les pidió que pusieran el audio con las instrucciones grabadas que activarían emocionalmente al paciente, Para posteriormente recoger el impacto emocional del paciente esta vez, poniendo en práctica lo aprendido durante el curso. De nuevo se les pidió grabar dicha entrevista para más tarde poder analizarla. Y una vez finalizada la entrevista, se les pedía tanto pacientes como terapeutas que completasen diferentes cuestionarios sobre empatía, alianza y presencia de la sesión que habían mantenido.

Fase 5: Recogida de información post curso

Finalmente, una vez concluida la entrevista, se les paso a los terapeutas, y una batería más completa de cuestionarios idénticos a los que se les pasó previo al curso. Una vez completados estos cuestionarios se les agradece la participación y se les ofreció a todos los participantes la posibilidad de acceder a las grabaciones del curso al que no habían sido asignados para ofrecer a todos los participantes las mismas posibilidades de formación.

Análisis de datos

Se utilizarán modelos lineales mixtos para analizar el impacto de los diferentes tipos de formación sobre las variables dependientes analizadas. Se utilizará el paquete estadístico lme4 (Bates, Mächler, Bolker y Walker, 2015), de R (R Core Team, 2020).

El análisis de mediación se realizará utilizando SPSS y la sintaxis de procesos de Hayes (2017). Se empleó G * Potencia 3.1. 9. 6 (Faul, Erdfelder, Lang, y Buchner, 2007) para los cálculos de potencia. Criterio de adherencia: Se eliminarán los participantes que no asistan a más de un 25% de las sesiones.

RESULTADOS

1. Cambios en Presencia Terapéutica

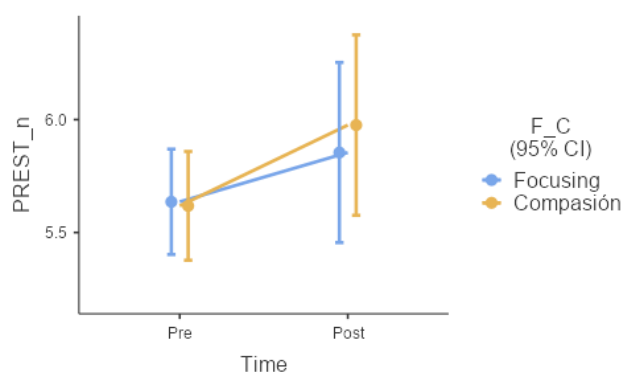
Como puede observarse en la Tabla 22 no hay diferencia en las puntuaciones de presencia evaluadas por el escuchado en función del entrenamiento recibido por el terapeuta, ni en función del tiempo, ni en función de la interacción tiempo x entrenamiento ($p > 0,1$ en los tres casos). Cuando consideramos las evaluaciones de la presencia a partir del autoinforme del terapeuta, encontramos que hay un efecto del tiempo marginalmente significativo ($F(1,25,3)=3,62$, $p=0,068$), en el que las medias de presencia tras el entrenamiento son mayores (ver Tabla 22).

Tabla 22. Resultados de los modelos lineales mixtos con Grupo y Tiempo como factores fijos, terapeuta como variable aleatoria

	Grupo Focusing				Grupo compasión				Prueba efecto fijos*								
	Pre		Post		Pre		Post		Efecto Grupo			Efecto tiempo			Grupo x tiempo		
	et		et		et		et		F	gl	p	F	gl	p	F	gl	p
<i>Presencia</i>																	
v. paciente	6,65	0,16	6,36	0,21	6,39	0,18	6,74	0,26	0,08	1,59	0,778	0,02	1,59	0,880	2,49	1,59	0,120
v. terapeuta	5,64	0,12	5,85	0,20	5,62	0,12	5,98	0,20	0,09	1,58,7	0,770	3,62	1,25,3	0,068	0,21	1,25,3	0,649
<i>Regulación Emocional</i>																	
Atención	1,86	0,10	1,76	0,15	2,07	0,10	1,71	0,19	0,26	1,110,1	0,613	3,76	1,29	0,062	1,08	1,29	0,307
Claridad	1,66	0,07	1,75	0,11	1,78	0,07	1,60	0,13	0,03	1,110,3	0,864	0,33	1,30	0,573	2,56	1,30	0,120
Rechazo	1,64	0,09	1,56	0,13	1,75	0,09	1,53	0,16	0,11	1,110,3	0,739	2,31	1,27,4	0,140	0,46	1,27,4	0,504
Interferencia	2,12	0,11	2,07	0,18	2,3	0,11	1,90	0,22	<,001	1,107,2	0,981	2,59	1,34,5	0,117	1,45	1,34,5	0,236
Regulación	1,61	0,07	1,48	0,10	1,55	0,07	1,39	0,11	0,48	1,108,7	0,490	5,00	1,25,2	0,035	0,10	1,25,2	0,751
<i>Alianza sesión</i>	8,74	0,35	8,41	0,45	8,53	0,37	9,15	0,54	0,36	1,59	0,550	0,11	1,59	0,740	1,21	1,59	0,276
<i>Empatía</i>																	
Preocup. (IRI)	3,89	0,07	4,08	0,10	3,88	0,07	3,85	0,13	1,23	1,111	0,270	0,98	1,37,9	0,328	1,73	1,37,9	0,196
Tom. Pers. (IRI)	4,08	0,10	4,09	0,14	4,05	0,09	4,24	0,17	0,15	1,111,2	0,698	0,86	1,35,6	0,360	0,74	1,35,6	0,394

Mal. Pers. (IRI)	2,15	0,08	2,20	0,13	2,14	0,08	1,88	0,16	1,68	1,109,3	0,197	1,05	1,43,9	0,312	2,47	1,43,9	0,123
Fantasía (IRI)	3,64	0,11	3,69	0,14	3,6	0,10	3,48	0,17	0,60	1,110,1	0,439	0,16	1,31,7	0,695	0,81	1,31,7	0,374
Perspec. (TECA)	4,07	0,08	4,11	0,13	3,99	0,08	4,26	0,16	0,09	1,108,3	0,762	2,34	1,39,9	0,134	1,25	1,39,9	0,271
Compren. (TECA)	3,99	0,06	4,11	0,09	4,02	0,06	4,21	0,12	0,50	1,108,4	0,480	4,40	1,36,1	0,043	0,24	1,36,1	0,629
Estrés (TECA)	3,21	0,10	3,21	0,12	3,12	0,09	3,3	0,15	<,001	1,109,4	0,977	1,21	1,30	0,279	1,28	1,30	0,267
Alegría (TECA)	4,4	0,07	4,27	0,11	4,38	0,07	4,38	0,13	0,15	1,111,5	0,704	0,72	1,39,5	0,402	0,67	1,39,5	0,419
EU v.paciente	2,03	0,12	2	0,212	1,89	0,13	2,14	0,26	<,001	1,93	0,992	0,35	1,93	0,555	0,53	1,93	0,468
EU v.terapeuta	1,22	0,09	1,36	0,13	1,17	0,10	1,65	0,15	0,726	1,64,3	0,397	11,85	1,19	0,003	3,73	1,19	0,068
Empatía expres.	6,51	0,83	7,59	0,83	5,33	0,89	5,53	0,89	2,36	1,11	0,153	1,10	1,11	0,317	0,53	1,11	0,483

Figura 2. Cambio en Presencia (versión del terapeuta) en los dos grupos de entrenamiento



2. Cambio en regulación emocional

Hemos encontrado un efecto estadísticamente significativo del tiempo en las puntuaciones de regulación emocional ($F(1,25,2)= 5,00$, $p=0,035$). Las dificultades de regulación son menores tras el entrenamiento en empatía (ver Tabla 22). Por otra parte, las dificultades de atender las emociones también han descendido (ver Tabla 22), de manera marginalmente significativa, tras el entrenamiento online ($F(1,29)=3,76$, $p=0,062$). No se han encontrado efecto del grupo (Focusing vs. compasión) ni su interacción con el tiempo en ninguna medida de dificultad de regulación emocional ($p>0,05$, en todos los demás casos, ver Tabla 22).

Figura 3. Cambio en regulación emocional (dificultades atencionales) en los dos grupos de entrenamiento

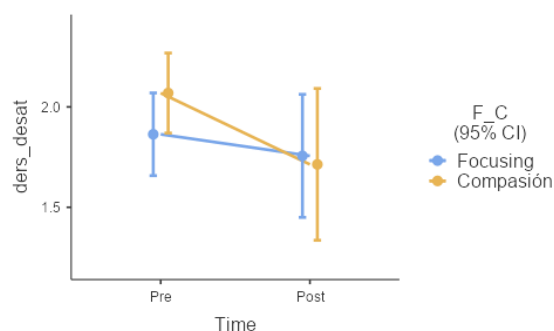
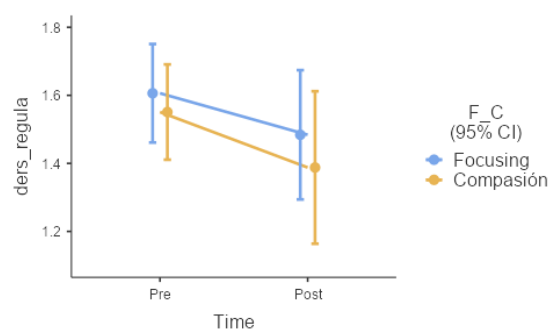


Figura 4. Cambio en regulación emocional (dificultades de regulación) en los dos grupos de entrenamiento



3. Cambio en Alianza terapéutica

No se ha encontrado efecto del tiempo, grupo de entrenamiento ni interacción tiempo x grupo en las medidas de alianza terapéutica ($p > 0,05$ en los 3 casos, ver Tabla 22).

4. Cambio en Empatía

Se han encontrado cambios en la comprensión empática de los terapeutas medida con el TECA, como efecto del Tiempo ($F(1,36,1)=4,40$, $p=0,043$). En la Tabla 22 se puede observar el incremento en las medidas de empatía en esta subescala del TECA antes y después de la formación.

Asimismo, se ha hallado un efecto del tiempo en la versión de terapeuta del EU (comprensión empática, $F(1,19)= 11,85$, $p=0,003$), mostrándose mayores niveles de comprensión tras el tratamiento en los dos grupos (ver Tabla 22). La interacción grupo x tiempo en este caso se reveló marginalmente significativa ($p=0,068$). Como puede observarse en la Tabla 22 se aprecia que el grupo entrenado en compasión parece incrementar en mayor medida su comprensión medida con el EU que el grupo entrenado en Focusing.

Con respecto a la medida de empatía expresada, no hemos encontrado cambios en el total, ni como efecto del tiempo, ni en la interacción grupo x tiempo ($p > 0,05$ en los tres casos, ver Tabla 22). Con respecto a los cambios en cada uno de los ítems del instrumento observacional de empatía (empatía expresada), encontramos únicamente un cambio en el grado en el que los terapeutas aceptan la vivencia de los pacientes tras el entrenamiento ($F(1,11)= 5,58$, $p=0,038$). No hubo efecto de interacción que revelara diferencias entre los grupos en el paso del tiempo ($p > 0,05$ en todos los casos, ver Tabla 24).

No hay efecto del tiempo, ni entrenamiento ni interacción grupo x tiempo en las otras medidas de empatía ($p > 0,05$ en los demás casos, ver Tabla 22).

Figura 5. Cambio en empatía (comprensión empática) en los dos grupos de entrenamiento

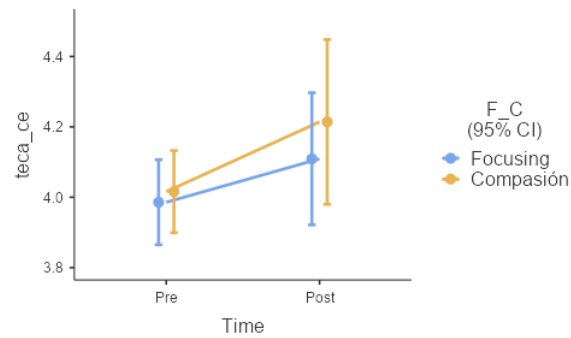
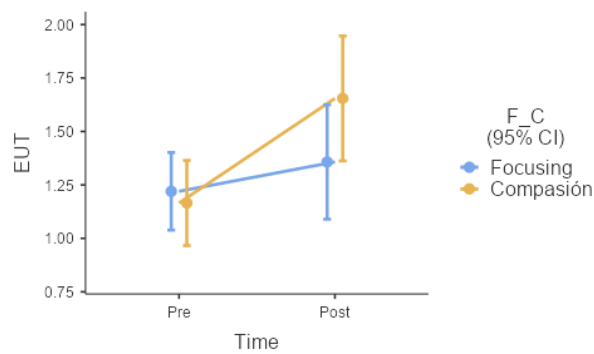


Figura 6. Cambios en Comprensión Empática (versión terapeuta) en los dos grupos de entrenamiento



5. Cambio en Compasión hacia otros.

Por otra parte, no se han encontrado efectos estadísticamente significativos del tiempo, grupo de entrenamiento, ni interacción entre grupo x tiempo, en ninguna escala de compasión hacia otros ($p > 0,05$ en todos los casos, ver Tabla 23).

Tabla 23. Resultados de los modelos lineales mixtos, con Grupo y Tiempo (efectos fijos) y terapeuta (efecto aleatorio). Cambios en Compasión

	Grupo Focusing				Grupo compasión				Prueba efecto fijos*								
	Pre		Post		Pre		Post		Efecto Grupo			Efecto tiempo			Grupo x tiempo		
	et		et		et		et		F	gl	p	F	gl	p	F	gl	p
<i>Compasión</i>																	
Reconocimiento	7,05	0,92	8,52	0,92	5,5	1,00	6,72	1,00	0,11	1,97,2	0,737	0,61	1,21,3	0,443	0,31	1,21,3	0,583
Universal	4,73	0,06	4,76	0,09	4,77	0,06	4,68	0,10	0,07	1,102,2	0,797	0,28	1,17,1	0,606	0,95	1,17,1	0,343
Sentimiento	4,2	0,07	4,23	0,14	4,2	0,07	4,53	0,17	1,36	1,104,8	0,247	2,44	1,34,4	0,127	1,77	1,34,4	0,192
Tolerancia	4,07	0,07	3,86	0,13	4,16	0,07	4,25	0,15	3,65	1,98,7	0,059	0,45	1,23,2	0,509	2,77	1,23,2	0,109
Actuación	4,15	0,08	4,21	0,14	4,28	0,08	4,23	0,16	0,257	1,97,6	0,613	<,001	1,19,1	0,989	0,27	1,19,1	0,610

* Estimación de grados de libertad a partir del método Satterth.

Tabla 24. Resultados de los modelos lineales mixtos, con Grupo y Tiempo (efectos fijos) y terapeuta (efecto aleatorio). Cambios en Empatía Expresada

	Grupo Focusing				Grupo compasión				Prueba efecto fijos*								
	Pre		Post		Pre		Post		Efecto Grupo			Efecto tiempo			Grupo x tiempo		
	et		et		et		et		F	gl	p	F	gl	p	F	gl	p
<i>Empatía</i>																	
<i>Expresada</i>																	
Voz interés,	7,19	0,84	8,05	0,84	6,72	0,91	6,06	0,91	1,99	22	0,172	0,01	22	0,914	0,76	22	0,392
Voz	7,05	0,93	7,29	0,93	5,56	1,01	5,22	1,01	2,19	11	0,167	<0,001	11	0,944	0,18	11	0,677
<i>expresiva</i>																	
Voz acorde	6,71	0,86	7,48	0,86	4,39	0,93	5,00	0,93	5,44	11	0,040	0,86	11	0,373	0,01	11	0,921
Cálida y	7,05	0,85	8,24	0,85	6,22	0,92	6,17	0,91	2,03	11	0,183	0,62	11	0,449	0,74	11	0,407
<i>segura</i>																	
Sint. interior	5,95	0,92	6,09	0,92	4,56	0,99	4,78	0,99	2,278	11	0,159	0,76	11	0,403	0,29	11	0,599
Interesado	7,48	0,87	8,24	0,87	6,5	0,94	6,56	0,94	1,45	11	0,253	0,41	11	0,538	0,30	11	0,594
Responsivo	5,81	0,94	7,05	0,94	4,72	1,02	5,33	1,02	1,30	11	0,278	2,11	11	0,174	0,24	11	0,632
Refl. interior	4,86	0,96	6,71	0,96	4,06	1,04	4,00	1,04	1,91	11	0,195	2,16	11	0,170	2,43	11	0,147
Reflejan	6,00	0,94	7,38	0,94	5,11	1,02	5,44	1,02	1,26	11	0,285	2,09	11	0,177	0,78	11	0,396
<i>marco</i>																	
Aceptación	7,05	0,92	8,52	0,92	5,50	0,99	6,72	0,99	1,87	11	0,199	5,58	11	0,038	0,05	11	0,828

Tamaño del efecto

En la Tabla 25 se muestran los tamaños del efecto intragrupo, en los que valores negativos reflejan valores en la postintervención más alto que en el momento preintervención.

Tabla 25. Tamaño del efecto intragrupo (cambio después del programa respecto a valores iniciales).

		Preintervención (observada)			Posintervención (observada)			Posintervención (estimada)		Pre-post Tamaño del efecto intragrupo (medias estimadas) d de Cohen (95% CI)
Measure		N	M	SD	N	M	SD	M	SE	
Pres pac.	Comp	19	6,39	0,97	9	6,74	0,46	6,74	0,26	-0,46 (-1,11 – 0,18)
	Focus	22	6,63	0,66	13	6,36	0,75	6,36	0,21	0,38 (-0,21 – 0,98)
Pres terap.	Comp	16	5,47	0,16	7	5,92	0,31	5,98	0,2	-0,57 (-1,09 – -0,04)*
	Focus	21	5,54	0,15	7	5,80	0,17	5,85	0,2	-0,35 (-0,85 – 0,15)
DERS_ate	Comp	29	2,07	0,79	10	5,93	0,68	1,71	0,19	0,51 (0,1 – 0,92)*
	Focus	31	1,86	0,62	10	5,85	0,43	1,76	0,15	0,19 (-0,23 – 0,6)
DERS_clar	Comp	47	1,77	0,5	10	1,68	0,61	1,6	0,13	0,42 (0,01 – 0,83)*
	Focus	44	1,66	0,47	16	1,72	0,44	1,75	0,11	-0,21 (-0,63 – 0,21)
DERS_rech	Comp	47	1,75	0,64	10	1,5	0,35	1,53	0,16	0,38 (-0,03 – 0,79)
	Focus	44	1,64	0,61	16	1,66	0,38	1,56	0,13	0,16 (-0,26 – 0,58)
DERS_interf	Comp	47	2,3	0,81	10	1,57	0,51	1,9	0,22	0,63 (0,22 – 1,04)*
	Focus	44	2,13	0,77	16	1,48	0,36	2,07	0,18	0,07 (-0,35 – 0,49)
DERS_regul	Comp	47	1,55	0,47	10	1,8	0,39	1,39	0,11	0,37 (-0,03 – 0,78)
	Focus	44	1,61	0,52	16	2,05	0,63	1,48	0,1	0,31 (-0,11 – 0,73)
alianza sesion	Comp	19	8,53	1,61	9	9,15	1,27	9,15	0,54	-0,43 (-1,07 – 0,22)
	Focus	22	8,74	1,78	13	8,41	1,55	8,41	0,45	0,2 (-0,39 – 0,79)
IRI_preoc	Comp	47	3,88	0,47	10	4	0,34	3,85	0,13	0,07 (-0,33 – 0,48)
	Focus	44	3,89	0,48	16	4,05	0,48	4,08	0,1	-0,4 (-0,82 – 0,03)
IRI_pers	Comp	47	4,05	0,67	10	4,33	0,64	4,24	0,17	-0,29 (-0,7 – 0,12)
	Focus	44	4,08	0,68	16	4,05	0,55	4,09	0,14	-0,02 (-0,43 – 0,4)
IRI_mal	Comp	47	2,15	0,5	10	1,91	0,63	1,88	0,16	0,46 (0,05 – 0,87)*
	Focus	44	2,15	0,58	16	2,17	0,43	2,2	0,13	-0,1 (-0,52 – 0,32)
IRI_fantas	Comp	47	3,6	0,68	10	3,49	0,67	3,48	0,17	0,18 (-0,23 – 0,58)
	Focus	44	3,64	0,72	16	3,73	0,87	3,69	0,14	-0,06 (-0,48 – 0,36)
TECA_persp	Comp	47	3,99	0,57	10	4,4	0,38	4,26	0,16	-0,56 (-0,97 – -0,15)*
	Focus	44	4,07	0,53	16	4,1	0,48	4,11	0,13	-0,08 (-0,5 – 0,34)
TECA_compren	Comp	47	4,02	0,39	10	4,31	0,34	4,21	0,12	-0,52 (-0,93 – -0,11)*
	Focus	44	3,99	0,44	16	4,13	0,33	4,11	0,09	-0,31 (-0,73 – 0,11)
TECA_estr	Comp	47	3,12	0,6	10	3,4	0,73	3,3	0,15	-0,27 (-0,68 – 0,14)
	Focus	44	3,21	0,65	16	3,22	0,68	3,21	0,12	0 (-0,42 – 0,42)
TECA_alegr	Comp	47	4,38	0,42	10	4,49	0,48	4,38	0,13	0 (-0,4 – 0,4)
	Focus	10	4,4	0,52	16	4,23	0,69	4,27	0,11	0,21 (-0,21 – 0,63)
EU_pac	Comp	26	1,89	0,76	9	2,14	0,77	2,14	0,26	-0,33 (-0,87 – 0,22)
	Focus	39	2,03	0,75	13	2	0,8	2	0,21	0,04 (-0,41 – 0,48)
EU_terap	Comp	24	1,18	0,53	8	1,56	0,27	1,65	0,15	-1,14 (-1,75 – -0,53)*
	Focus	30	1,22	0,5	9	1,35	0,57	1,36	0,13	-0,26 (-0,77 – 0,25)
Empa_expres	Comp	6	5,33	2,55	6	5,53	2,77	5,53	0,89	-0,08 (-1,21 – 1,06)
	Focus	7	6,51	1,94	7	7,59	1,38	7,59	0,83	-0,64 (-1,72 – 0,43)

Sólo en el grupo que recibe la intervención empatía y compasión se encuentra tamaños del efecto cuyo intervalo de confianza no comprende al cero: Los tamaños del efecto resultaron entre moderados y grandes, encontrándose mejoras en presencia terapéutica (versión terapeuta, $d=-,57$), regulación emocional (menor interferencia

emocional, $d=.64$), mejoras en la perspectiva y comprensión empática (medido por el TECA, $d=-.56$ y $d=-.52$ respectivamente), mucho mejor entendimiento empático (EU de Barrett, $d=-1.14$) y menor malestar empático (IRI, $d=.46$). Por el contrario, en el grupo de empatía y focusing no se ha observado ningún cambio tras la intervención respecto a sus propios valores iniciales (el intervalo de confianza del tamaño del efecto incluye al cero en todos los casos).

En la Tabla 26 se puede observar el tamaño del efecto de la diferencia tras la intervención en los grupos de compasión y focusing. Los valores negativos reflejan mayores valores en la Compasión que en Focusing en el momento posintervención.

Se observan tres tamaños del efecto moderados estadísticamente significativos: El grupo de compasión supera al grupo de Focusing en un mayor entendimiento empático (EU versión terapeuta, $d=-.63$) y menor malestar empático (IRI, $d=.59$). Si embargo, el grupo de Focusing presenta mayor preocupación empática que el grupo de compasión (IRI, $d=.56$).

Tabla 26. Tamaño del efecto intergrupo

	Tamaño del efecto intergrupo (medias estimadas) d de Cohen (95% CI)
Pres pac.	-0,6 (-1,23 – 0,03)
Pres terap.	-0,23 (-0,74 – 0,28)
DERS_ate	0,09 (-0,32 – 0,5)
DERS_clar	0,41 (0 – 0,83)
DERS_rech	0,07 (-0,34 – 0,48)
DERS_interf	0,33 (-0,09 – 0,74)
DERS_regul	0,26 (-0,15 – 0,67)
alianza sesion	-0,52 (-1,14 – 0,11)
IRI_preoc	0,56 (0,14 – 0,98)*
IRI_pers	-0,25 (-0,66 – 0,16)
IRI_mal	0,59 (0,17 – 1,01)*
IRI_fantas	0,27 (-0,14 – 0,68)
TECA_persp	-0,35 (-0,76 – 0,07)
TECA_compren	-0,3 (-0,71 – 0,12)
TECA_estr	-0,13 (-0,54 – 0,28)
TECA_alegr	-0,19 (-0,6 – 0,23)

EU_pac	-0,18 (-0,67 – 0,32)
EU_terap	-0,63 (-1,18 – -0,08)*
Empa_expres	0,97 (-0,18 – 2,12)

Tomados en su conjunto estos dos tipos de tamaños del efecto (intragrupo e intergrupo), observamos que el grupo de compasión muestran mayor entendimiento empático y menor malestar empático, tras la intervención, ya sea respecto a sus propios valores iniciales como respecto a los valores logrados por el grupo de focusing tras la intervención.

Discusión:

Vamos a retomar las diferentes hipótesis planteadas originalmente para discutir los hallazgos de este estudio.

Efecto del entrenamiento en empatía y compasión en el desarrollo de la presencia, regulación emocional y alianza terapéutica

Las tres primeras hipótesis declaraban que el entrenamiento en empatía/compasión aumentaría la presencia, regulación emocional y alianza terapéutica en mayor medida que el entrenamiento en empatía/focalización, esperando un efecto estadísticamente significativo de la interacción tiempo (pre-post) y grupo de entrenamiento sobre las puntuaciones de las tres variables (presencia, regulación emocional y alianza terapéutica). No hemos encontrado estos efectos predichos en ninguna de las tres variables. La ausencia de resultados estadísticamente significativos puede deberse a la escasez de muestra, que merma, sin duda, la potencia estadística.

Sin embargo, el entrenamiento en sintonización empática parece promover la presencia terapéutica, independiente de la condición, dado que se observa un aumento de las puntuaciones tras el entrenamiento en ambos grupos (un efecto del tiempo). Posiblemente, debido a que tanto focusing como compasión, abordan habilidades de contacto con uno mismo y con el otro, cruciales para el desarrollo de esta habilidad (Geller y Greenberg, 2012), el conjunto de la muestra presenta este incremento en presencia. Sin

embargo, estas puntuaciones solo manifiestan cambios cuando son evaluadas por el terapeuta y no cuando son percibidas por el paciente. Quizás el entrenamiento ha aumentado la autopercepción de las habilidades del terapeuta, como sugiere Myers (2000) en su estudio correlacional sobre empatía. Y aunque esto ya es importante, ya que la autopercepción del terapeuta puede darle seguridad a este para desarrollar su trabajo, es aún más importante, que sea el paciente el que pueda percibir estos cambios. Quizás estos resultados se pueden deber a las condiciones de la investigación, ya que la sesión propuesta entre paciente y terapeuta era online, intuyendo que las sesiones online, pueden repercutir en la capacidad del terapeuta de manifestar presencia y del cliente de recibirla. Realizando la anterior afirmación como una suposición apoyada en la mera subjetividad del investigador, ante la falta de investigaciones previas sobre este tema encontradas hasta la fecha. Una posible explicación de la dificultad de transmitir presencia terapéutica en el formato online, podríamos hallarla en los estudios de sincronización fisiológica. Hemos encontrado algunas aportaciones, que apuntan a que hay diferencias en la sincronización de la variabilidad del latido del corazón en la versión presencial frente al online, siendo casi inexistente esta sincronización en el formato online, lo que podría explicar de manera mediacional el porqué de nuestros datos (Pérez et al., 2017).

No obstante, sí hemos encontrado tamaños del efecto moderados-grandes y significativos (cuyo intervalo de confianza no contiene el cero) en los cambios tras el entrenamiento únicamente en el grupo experimental, en la variable de presencia terapéutica ($d=.57$), lo que supone una prometedora evidencia de que el entrenamiento en compasión ayuda a aumentar la presencia terapéutica. El entrenamiento en compasión lleva una parte inherente de entrenamiento en presencia plena (Garland & Jinpa, 2024) por lo que no es de extrañar que haya mejorado la presencia terapéutica.

En cuanto a la regulación emocional, sí hemos encontrado diferencias significativas en varios aspectos. En primer lugar, observamos cómo existe una menor dificultad en la regulación emocional tras el entrenamiento en ambos grupos, así como también hay una menor dificultad en entender las emociones. Esto podría indicar que el entrenamiento en sintonización empática ha sido eficaz a la hora de ayudar al terapeuta a regularse emocionalmente, aunque no tengamos una condición control para comparar este efecto. Probablemente tanto el entrenamiento en focusing como el entrenamiento en

compasión hayan conseguido que el terapeuta sea más capaz de contactar con su interior, y de tolerar el malestar. Por una parte, dentro de del grupo de focusing, se ha trabajado con una técnica llamada despejar un espacio (Elliott y Greenberg, 2021), que probablemente haya ayudado al terapeuta a encontrar un lugar tranquilo desde el que acercarse al dolor del otro. Quizás de esta manera, el terapeuta haya encontrado más espacio mental y emocional para atender las emociones del otro. Por otra parte, las herramientas ofrecidas por el entrenamiento en compasión, que se centran en abrirse y comprender el sufrimiento del otro, así como en generar emociones positivas y de apoyo desde una actitud basada en permanecer en el momento presente, pueden haber facilitado que el terapeuta regule el sufrimiento percibido del paciente a través de la emoción de compasión. Siendo este un aspecto transformacional muy alineado con los planteamientos de la terapia focalizada en la emoción (Greenberg, 2023).

En cualquier caso, sí hemos encontrado tamaños del efecto moderados-grandes y significativos (cuyo intervalo de confianza no contiene el cero) en los cambios tras el entrenamiento únicamente en el grupo experimental (empatía y compasión), en la “dificultades de regulación emocional por interferencia” ($d=.63$), lo que supone una prometedora evidencia de que la compasión ayuda en el entrenamiento de empatía a mejorar las habilidades regulatorias de los terapeutas en formación.

Con respecto a la alianza terapéutica no se han encontrado diferencias ni en cuanto a la comparación entre los grupos, ni en cuanto al efecto del entrenamiento. Probablemente este es uno de los factores más difíciles de abordar con el diseño planteado en esta investigación (una única sesión de escucha). La alianza terapéutica no solo se compone de las condiciones necesarias que Rogers expone su teoría (Rogers, 1986), sino también del acuerdo entre metas y objetivos entre paciente y terapeuta, y en la forma de llegar a estas metas (Hatcher y Brends, 2006). Dado que en nuestra investigación solo hemos propuesto una sesión de trabajo de apenas 20 minutos, en el que las metas ya estaban establecidas (el procedimiento las definía), era improbable encontrar estos efectos en cuanto a metas y objetivos.

En cualquier caso, creíamos poder obtener cambios respecto a la dimensión del vínculo, en consonancia con el planteamiento de Germer (2012), que expone que una

buena alianza terapeuta necesita de un terapeuta capaz de abrirse al dolor del cliente de una manera compasiva, ya que es este proceso el que permite generar una conexión entre el terapeuta y el cliente. Estos datos son apoyados por el estudio de Carter, (2014) en el que observa que la activación intencional del sentimiento de compasión en el terapeuta provoca una liberación de oxitocina y vasopresina, lo cual fomenta la tendencia del terapeuta a profundizar en el vínculo con el cliente, lo que fortalece la relación terapéutica.

Efecto del entrenamiento en empatía y compasión en el desarrollo de la empatía

La cuarta hipótesis sostenía que el entrenamiento en empatía/compasión reduciría el Malestar Empático, aumentaría la Alegría Empática y la Preocupación e Interés empático en mayor medida que el entrenamiento en empatía/focalización, encontrando un efecto estadísticamente significativo de la interacción tiempo x grupo en estas medidas. Por otro lado, se esperaba que la Fantasía Empática, la Perspectiva Empática y la comprensión Empática, pudieran mejorar en ambos grupos, sin anticiparse diferencias entre ambos grupos de entrenamiento.

De la misma forma que las tres primeras hipótesis, no hemos encontrado el efecto estadísticamente significativo hipotetizado, quizá debido a una escasa muestra que ha mermado la potencia estadística. De hecho, sí hemos obtenido algunas evidencias derivadas de los tamaños del efecto en el grupo de empatía y compasión que son prometedoras y pasamos a describir.

En concreto y como se esperaba, al analizar el tamaño del efecto por separado en cada grupo, encontramos que solo el grupo de compasión presenta mejoras en varios aspectos como son la perspectiva y comprensión empática y reducciones del malestar empático, lo que apuntaría a que efectivamente el entrenamiento en compasión sí ha podido tener efectos importantes con respecto a la mejora de la empatía. Esto puede ser debido a que la compasión activa áreas del cerebro relacionadas con emociones positivas (Klimecki & Singer, 2014; Stebnicki, 2007), se facilita una mayor comprensión y entendimiento empático. Finalmente, al comparar los dos grupos, encontramos que el grupo que trabaja con compasión obtiene mejores resultados que los del focusing en entendimiento empático y observamos que disminuye más el malestar empático con en

entrenamiento en compasión, lo que seguiría apuntando a que el entrenamiento en compasión no solo obtiene mejores resultados por sí mismo, sino en comparación con un entrenamiento en el que también se pretende un objetivo secundario de regulación emocional.

Además, hemos podido observar cómo aumenta la comprensión empática en ambos grupos, lo que revela, al igual que el estudio 1, que el programa de sintonización empática (en este caso en formato online) ha cosechado cambios en la formación de terapeutas.

Hipótesis de mediación: Los cambios de la empatía del terapeuta en empatía/compasión en comparación con empatía/focalización, estarán mediados por los cambios en las facetas de mindfulness, compasión hacia otros y autocompasión.

No hemos encontrado evidencia de esta mediación. De hecho, dado que los grupos no diferían en sus puntuaciones en compasión, no ha procedido realizar estos análisis mediacionales, que quedan pendientes para futuras investigaciones. Inesperadamente no se han encontrado diferencias en los niveles de compasión, ni entre los grupos de focusing y compasión ni tras el entrenamiento. Estos resultados quizás podrían deberse a la modalidad ofrecida de este programa, siendo esta online asincrónica, lo que podría haber afectado a la adherencia al programa, ya que no podemos verificar que los participantes hayan seguido el programa de manera correcta o que hayan realizado los ejercicios propuestos. En cualquier caso, tenemos diversos estudios que nos llevan a anticipar que la compasión promueva vínculo empático, mejor precisión empática y menos autocrítica (Beaumont et al., 2017; Bibeau et al., 2016; Lamorethe et al., 2016; Luberto et al., 2018 y Mascaró et al., 2013), y esperamos en el futuro poder explorar esta posible mediación con una muestra mayor de participantes.

Limitaciones y líneas futuras

A la luz de los datos obtenidos cabe mencionar que existen varias limitaciones en este estudio, así como varios factores a mejorar para poder generalizar estos resultados. Por un lado, el número reducido de participantes ha podido ser un hándicap importante a

la hora de obtener unos resultados más consistentes. Debido a las condiciones de esta investigación, y por varias dificultades técnicas, solo se ha podido llegar a un número limitado de participantes. Además de todo ello, probablemente la modalidad online asincrónica, en la que los participantes se descargaban las grabaciones, ha hecho que la adherencia al programa no sea la esperada. Mencionar que algunos de los participantes no pudieron seguir semanalmente el curso, debido a enfermedad o situaciones personales adversas, por lo cual, aunque todos los participantes empezaron a la vez, un bajo porcentaje finalizaron tras 6 semanas. Además, prácticamente ninguno de los participantes completó un registro semanal en su práctica, por lo que nos es difícil constatar si realizaban los ejercicios propuestos para cada semana y por ello si complementaban totalmente el entrenamiento propuesto.

En otro orden de cosas, nos planteamos la posibilidad de realizar un formato diferente en cuando a las sesiones realizadas por el terapeuta escuchando paciente, pudiendo añadir quizás un mayor número de sesiones en las cuales se puedan acordar objetivos y metas ente paciente y terapeuta, lo que podría ayudar a encontrar cambios en la alianza terapéutica.

Por otro lado, cabe destacar que en el entrenamiento de focusing, han podido aparecer herramientas y técnicas similares a las del grupo de compasión, ya que el focusing parte de una base de compasión hacia uno mismo y hacia la propia experiencia, así como a la experiencia del otro (Alemany, 2007). Quizás valdría la pena estudiar la diferencia entre grupos, con y sin compasión, o con otras técnicas más independientes de las prácticas compasivas, como podría ser la relajación o simplemente en lista de espera. Además, podría tener sentido añadir al entrenamiento en empatía y compasión, un entrenamiento en autocompasión, que pudiera ayudar a los terapeutas a aceptarse a sí mismos para poder aceptar mejora sus clientes y así generar un vínculo empático más fuerte (McCollum & Gehart, 2010; Leaviss & Uttley, 2005).

En conclusión, a pesar de la reducida muestra de este estudio piloto, hemos encontrado evidencias de que el entrenamiento en compasión y empatía cosecha mejores resultados que el entrenamiento control en presencia terapéutica, regulación emocional y empatía. Los datos han de tomarse con cautela, dado que parece haber habido algo más

de abandono en la condición experimental. Además, el grupo de entrenamiento en compasión no ha logrado mejores resultados en los niveles de compasión de los participantes, por lo que es necesaria mayor investigación en el futuro para comprender los mecanismos mediacionales que explican este potencial efecto de la compasión en la mejora de la adquisición de habilidades empáticas. En cualquier caso, el entrenamiento online parece ser eficaz al cosechar cambios en las habilidades empáticas y existen diversos indicios que señalan la importancia de la compasión del terapeuta para afianzar habilidades técnicas y relacionales de los terapeutas en formación.

Conclusión Final

A modo de conclusión, resaltamos los principales hallazgos de este trabajo. Respecto al estudio acerca del entrenamiento presencial en sintonización empática, podemos concluir:

- Respecto a las medidas rasgo de empatía, hemos encontrado diferencias tras el entrenamiento, en un aumento de la toma de perspectiva, y una disminución del malestar empático. No se han hallado diferencias en la subescala de preocupación empática ni en fantasía empática.
- Tras el entrenamiento, encontramos otras diferencias:
 - Una mayor presencia de intenciones de respuesta de los terapeutas en los que preguntan más por la vivencia.
 - En cuanto a los tipos de respuestas empáticas, aumentaron el ofrecimiento de tareas para casa, la realización de sugerencias de proceso y las observaciones de proceso y siendo marginalmente significativa la evocación empática.
 - Se encontraron inesperadamente un incremento en las respuestas que ofrecen soluciones.

Respecto al compendio de estudios sobre la validación del cuestionario de compasión SOCS-O, podemos concluir:

- Encontramos que el modelo de un factor no muestra un ajuste adecuado, mejorando enormemente en la solución de 5 factores y en el modelo jerárquico, siendo ambos similares. Además el modelo de 5 factores predice mucho mejor que el de un solo factor ($\Delta\chi^2=425,9$, $p<,001$).

- En cuanto a la consistencia interna, tanto alfa como omega se muestran elevados exceptuando la dimensión de Tolerancia que es algo inferior. Además, podemos afirmar la ausencia de efecto suelo y techo.
- Encontramos evidencia de validez convergente:
 - Encontramos relaciones significativas y positivas entre todas las subescalas de SOCS-O con la escala COOL, especialmente en las dimensiones de Motivación, Interés y Preocupación, y asociaciones moderadas con Tolerar y Reconocimiento y baja con Universalidad.
- En cuanto a la validez divergente, se observa que:
 - En un primer estudio, solo la dimensión de tolerancia (SOCS-O) correlaciona con humanidad compartida (SCS). En un segundo estudio, todas las dimensiones del SOCS-O presentaron asociaciones con la humanidad compartida (autocompasión, SCS). También Tolerancia (SOCS-O) presentó asociaciones con autocompasión y mindfulness (SCS), aunque todas las correlaciones encontradas son bajas y moderadas, revelándose que compasión y auto-compasión son constructos diferenciables.
 - Además, la asociación entre apego y compasión resultó baja, observándose solo entre la motivación (compasión) y apego seguro, y entre apego preocupado con diferentes escalas de la compasión (preocupación, interés y motivación).
 - Las correlaciones entre compasión y empatía han resultado ser entre pequeñas y moderadas, lo que supone evidencia de validez divergente. Empatía y compasión hacia otros, pese a presentar cierto solapamiento, son constructos diferenciables.
 - Las correlaciones entre compasión y Regulación emocional son entre bajas y moderadas, siendo la dimensión de Tolerancia (SOCS-O) la que

correlaciona negativamente con dificultad en Atender, Aceptar y Regular (DERS). El reconocimiento del malestar (SOCS-O) se relaciona negativamente con la dificultad de Atender las emociones (DERS).

⊖ Diferenciación entre mindfulness y compasión: La dimensión de Tolerancia (SOCS-O) correlaciona con las cinco facetas de Mindfulness. Encontramos asociaciones positivas entre bajas y moderadas entre Reconocimiento del sufrimiento (SOCS-O) y las dimensiones de observación y Descripción (FFMQ). Asimismo, entre Preocupación e interés (SOCS-O) y Descripción (FFMQ).

- Respecto a la invarianza factorial, encontramos que:

- Hemos hallado evidencia de invarianza configural y métrica.
- Por otro lado, la invarianza escalar ha sido parcial, debido al ítem 5, por lo que se propone una nueva traducción del mismo.

Con respecto a la validación de la escala de empatía Percibida de Barrett “Empathic Understanding” measure (Barrett-Lennard, 1986). Encontramos que:

- Con respecto a la validez divergente, solo la versión contestada por el terapeuta (EU) correlaciona de forma moderada con la Toma de Perspectiva (IRI y TECA).
- Existe una altísima correlación del EU con la presencia terapéutica cuando ambas escalas usan la versión del paciente. Mientras que si es evaluada por el terapeuta la asociación es solo moderada. Usando las versiones del paciente, la presencia del terapeuta es predicha por la empatía situacional del terapeuta explicando el 62% de la varianza de presencia. La empatía rasgo no tiene esa capacidad predictiva de la presencia situacional.

- Encontramos una relación negativa entre las puntuaciones de empatía y las medidas de autocrítica del paciente, que se observa, curiosamente, solo cuando el terapeuta valora empatía.

Con respecto al ensayo aleatorizado piloto de un entrenamiento online para incrementar la empatía encontramos que:

- En cuanto a la regulación emocional encontramos un efecto estadísticamente significativo del tiempo en estas puntuaciones. Tras el entrenamiento las dificultades en la regulación emocional disminuyen y la dificultad de atender emociones también disminuye de manera marginal.
- Con respecto a empatía hemos encontrado cambios en la comprensión empática de los terapeutas (TECA) como efecto del tiempo. Asimismo, también encontramos un efecto del tiempo en la versión del terapeuta del (EU) en la escala de comprensión empática, mostrándose mayores niveles de comprensión empática en ambos grupos al finalizar el entrenamiento.
- No hay cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones en presencia terapéutica, compasión hacia otros, ni en la alianza terapéutica, ni en función del tiempo ni en función de la interacción tiempo por entrenamiento.
- Sin embargo, cuando observamos el tamaño del efecto, observamos que el grupo que recibe el entrenamiento en empatía y compasión presenta tamaños en efecto entre moderados y grandes, y cuyo intervalo de confianza excluye el cero, encontrándose mejoras en la presencia terapéutica (versión del terapeuta), regulación emocional, perspectiva y comprensión empática (TECA), entendimiento empático (EU), y un menor malestar empático (IRI).
- Por el contrario, en el grupo de entrenamiento en empatía y focusing no se encuentran tamaños del efecto del cambio, intervalos de confianza del tamaño del efecto que excluyan el cero.

- Por otro lado, el grupo de empatía y compasión obtiene puntuaciones mayores post intervención en Entendimiento empático (EU), y una reducción del malestar empático (IRI) en comparación con el grupo de entrenamiento en empatía y focusing.
- Tras el entrenamiento, el grupo de focusing presenta mayor preocupación empática (IRI) en comparación con el grupo de compasión.
- Tomados en conjunto el tamaño del efecto intragrupo e intergrupo, Observamos que el grupo entrenado en compasión muestra mayor entendimiento empático y menor malestar empático tras la intervención tanto con respecto a sus propios valores como en comparación a los valores del grupo de focusing.

Finalmente, y como broche final de este trabajo, me gustaría dedicar unas líneas sobre la razón de ser de este trabajo con respecto a mi vocación. Desde que empecé este proyecto, he ido descubriendo a cada momento, como la compasión es uno de los factores que más ha afectado positivamente tanto a mi vida personal como profesional. Ojalá este trabajo pueda servir para que muchos terapeutas puedan ablandar su corazón ante el sufrimiento de la humanidad y así puedan aprender a acompañar a sus pacientes con el corazón abierto. Ojalá este trabajo pueda ser un granito de arena más para seguir manteniendo mi voto de ayudar a aliviar el sufrimiento de más y más seres sensibles.

“Que todos los seres sean felices,
 Qué todos los seres estén libres de sufrimiento,
 Que todos los seres puedan residir siempre en la felicidad,
 Que todos los seres puedan residir en la ecuanimidad libre de apego y aversión,
 Que yo sea el vehículo para que todo esto pueda ocurrir”

(Cuatro inconmensurables)

Referencias

- Abel, A., Hayes, A. M., Henley, W., & Kuyken, W. (2016). Sudden gains in cognitive-behavior therapy for treatment-resistant depression: Processes of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(8), 726-737. <https://doi.org/10.1037/ccp000010>
- Abel, J. P., Buff, C. L., & Burr, S. A. (2016). Social media and the fear of missing out: Scale development and assessment. *Journal of Business & Economics Research, 14*(1), 33-44. <https://doi.org/10.19030/jber.v14i1.9554>
- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology, 28*(2), 91.
- Beaumont, E., & Martin, C. J. H. (2016). A proposal to support student therapists to develop compassion for self and others through Compassionate Mind Training. *The Arts in Psychotherapy, 50*, 111-118.
- Beaumont, E., Durkin, M., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery, 34*, 239-244.
- Bellosta-Batalla, M., Pérez-Blasco, J., Pons, M. J. N., & Moya-Albiol, L. (2016). Mejora de la empatía cognitiva y el bienestar psicológico en estudiantes de psicología tras una intervención en mindfulness. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 19*(1), 336-354.
- Bellosta-Batalla, M., Ruiz-Robledillo, N., Sariñana-González, P., Capella-Solano, T., Vitoria-Estruch, S., Hidalgo-Moreno, G., & Moya-Albiol, L. (2018). Increased salivary IgA response as an indicator of immunocompetence after a mindfulness and self-compassion-based intervention. *Mindfulness, 9*, 905-913.
- Bellosta-Batalla, M., Cebolla, A., Pérez-Blasco, J., & Moya-Albiol, L. (2019). La empatía en el ejercicio y formación de los psicólogos clínicos y sanitarios, y su relación con

mindfulness y compasión. *Beneficios de una intervención basada en mindfulness y compasión en la formación de los psicólogos clínicos y sanitarios*, 45.

Beutler, L. E., Crago, M., & Arizmendi, T. G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. En S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 257-310). Wiley.

Beutler, L. E., & Hamblin, D. L. (1986). Individualized outcome measures of internal change: Methodological considerations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 48-53. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.1.48>

Bibeau, M., Dionne, F., & Leblanc, J. (2016). Can compassion meditation contribute to the development of psychotherapists' empathy? A review. *Mindfulness*, 7, 255-263.

Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy.

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

Breithaupt, F. (2019). *The dark sides of empathy*. Cornell University Press.

Brito-Pons, G., Campos, D., & Cebolla, A. (2018). Implicit or explicit compassion? Effects of compassion cultivation training and comparison with mindfulness-based stress reduction. *Mindfulness*, 9, 1494-1508.

Britton, P. C., & Fuendeling, J. M. (2005). The relations among varieties of adult attachment and the components of empathy. *Journal of Social Psychology*, 145(5), 519.

Carpenter, J. K., Conroy, K., Gomez, A. F., Curren, L. C., & Hofmann, S. G. (2019). The relationship between trait mindfulness and affective symptoms: A meta-analysis of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Clinical Psychology Review*, 74, 101785. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101785>

- Carpenter, J. K., Sanford, J., & Hofmann, S. G. (2019). The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. *Behavior Therapy, 50*(3), 630-645.
- Carpenter, N., Angus, L., Paivio, S., & Bryntwick, E. (2016). Narrative and emotion integration processes in emotion-focused therapy for complex trauma: An exploratory process-outcome analysis. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 15*(2), 67-94.
- Carter, C. S. (2014). Oxytocin pathways and the evolution of human behavior. *Annual Review of Psychology, 65*(1), 17-39. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115110>
- Carter, M. (2014). Vocation and altruism in nursing: The habits of practice. *Nursing Ethics, 21*(6), 695-706. <https://doi.org/10.1177/0969733013516159>
- Crocker, J., & Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support in communal relationships: The role of compassionate and self-image goals. *Journal of Personality and Social Psychology, 95*(3), 555-575. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.555>
- Dahl, C. J., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: Cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Sciences, 19*(9), 515-523.
- David, D., Freeman, A., & DiGiuseppe, R. (2010). Rational and irrational beliefs: Implications for mechanisms of change and practice in psychotherapy. En D. David, S. J. Lynn, & A. Ellis (Eds.), *Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice* (pp. 195-217). Oxford University Press.
- David, D. D., Lynn, S. J., & Ellis, A. (Eds.). (2010). *Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice*. Oxford University Press.
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy, 48*(2), 198.
- Davis, M. H. (1983). Empathic concern and the muscular dystrophy telethon: Empathy as a multidimensional construct. *Personality and Social Psychology Bulletin, 9*(2), 223-229.

- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.936>
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F., & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 344-354.
- Durkin, M., Beaumont, E., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse Education Today*, 46, 109-114.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399-410.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 493-539). Wiley.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association.

- Engen, H. G., & Singer, T. (2012). Empathy circuits. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(2), 275-282. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2012.11.003>
- Engen, H. G., & Singer, T. (2015). Compassion-based emotion regulation up-regulates experienced positive affect and associated neural networks. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(9), 1291-1301.
- Engen, H. G., & Singer, T. (2016). Affect and motivation are critical in constructive meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 20(3), 159-160.
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2001). Predictors of caregiving in adult intimate relationships: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(6), 972.
- Feeney, B. C., & Woodhouse, S. S. (2016). Caregiving. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed., pp. 827-851). Guilford Press.
- Galante, J., Galante, I., Bekkers, M. J., & Gallacher, J. (2014). Effect of kindness-based meditation on health and well-being: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1101.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 71-86.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. American Psychological Association.
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178.

- Gordon, K. M., & Toukmanian, S. G. (2002). Is how it is said important? The association between quality of therapist interventions and client processing. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(2), 88-98.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. En A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 509-539). Wiley.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 611-630.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. American Psychological Association.
- Gu, J., Baer, R., Cavanagh, K., Kuyken, W., & Strauss, C. (2020). Development and psychometric properties of the Sussex-Oxford Compassion Scales (SOCS). *Assessment*, 27(1), 3-20.
- Güngör, D., & Bornstein, M. H. (2010). Culture-general and-specific associations of attachment avoidance and anxiety with perceived parental warmth and psychological control among Turk and Belgian adolescents. *Journal of Adolescence*, 33(5), 593-602.
- Halifax, J. (2011). The precious necessity of compassion. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(1), 146-153.
- Hermann, A., Kress, L., & Stark, R. (2017). Neural correlates of immediate and prolonged effects of cognitive reappraisal and distraction on emotional experience. *Brain Imaging and Behavior*, 11(5), 1227-1237. <https://doi.org/10.1007/s11682-016-9603-9>
- Hintsanen, M., Gluschkoff, K., Dobewall, H., Cloninger, C. R., Keltner, D., Saarinen, A., & Pulkki-Råback, L. (2019). Parent-child relationship quality predicts offspring dispositional compassion in adulthood: A prospective follow-up study over three decades. *Developmental Psychology*, 55(1), 216.

- Horvath, A. O. (1981). An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to therapy outcome (Doctoral dissertation). University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139.
- Hunt, C. A., Goodman, R. D., Hilert, A. J., Hurley, W., & Hill, C. E. (2021). A mindfulness-based compassion workshop and pre-session preparation to enhance therapist effectiveness in psychotherapy: A pilot study. *Counselling Psychology Quarterly*, 35(3), 546-561.
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215-235.
- Jazaieri, H., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2017). Treating social anxiety disorder with CBT: Impact on emotion regulation and satisfaction with life. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 406-416.
- Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2014). A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 38, 23-35.
- Jinpa, T. (2015). *A fearless heart: Why compassion is the key to greater wellbeing*. Hachette UK.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta Trade Paperbacks.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2008). Preface. En F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. ix-xiv). Springer.

- Kim, J., & Seo, J. W. (2021). Assessing compassion in the Korean population: Psychometric properties of the Korean version of Sussex-Oxford Compassion Scales. *Frontiers in Psychology*, 12, 744481.
- Kim, J. J., Cunnington, R., & Kirby, J. N. (2020). The neurophysiological basis of compassion: An fMRI meta-analysis of compassion and its related neural processes. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 108, 112-123.
- Klimecki, O. M., & Singer, T. (2012). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. En B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological altruism* (pp. 368-383). Oxford University Press.
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 873–879. <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>
- Lamothe, M., Rondeau, É., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., & Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in healthcare providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*, 24, 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.11.001>
- Layne, A. E., Bernstein, G. A., & March, J. S. (2006). Teacher awareness of anxiety symptoms in children. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(4), 383-392. <https://doi.org/10.1007/s10578-006-0009-6>
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927-945. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- López, A., Sanderman, R., Ranchor, A., & Schroevers, M. (2018). Compassion for others and self-compassion: Levels, correlates, and relationship with psychological well-being. *Mindfulness*, 9(1), 325-331. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0777-z>
- Luberto, C. M., Shinday, N., Song, R., Philpotts, L. L., Park, E. R., Fricchione, G. L., & Yeh, G. Y. (2018). A systematic review and meta-analysis of the effects of meditation on empathy, compassion, and prosocial behaviors. *Mindfulness*, 9(3), 708-724. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0841-8>
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). Brunner/Mazel.
- Lutz, A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2007). Meditation and the neuroscience of consciousness. En P. D. Zelazo, M. Moscovitch, & E. Thompson (Eds.), *The Cambridge handbook of consciousness* (pp. 499-555). Cambridge University Press.
- Malenfant, S., Jaggi, P., Hayden, K. A., & Sinclair, S. (2022). Compassion in healthcare: An updated scoping review of the literature. *BMC Palliative Care*, 21(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00942-3>
- Malin, A. J., & Pos, A. E. (2015). The impact of early empathy on alliance building, emotional processing, and outcome during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 25(4), 445-459.
- Markiewicz, D., Doyle, A. B., & Brendgen, M. (2001). The quality of adolescents' friendships: Associations with mothers' interpersonal relationships, attachments to parents and friends, and prosocial behaviors. *Journal of Adolescence*, 24(4), 429-445. <https://doi.org/10.1006/jado.2001.0374>

- Marshall, M. B., Zuroff, D. C., McBride, C., & Bagby, R. M. (2008). Self-criticism predicts differential response to treatment for major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 231-244. <https://doi.org/10.1002/jclp.20438>
- Mascaro, J. S., Rilling, J. K., Tenzin Negi, L., & Raison, C. L. (2013). Compassion meditation enhances empathic accuracy and related neural activity. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(1), 48-55. <https://doi.org/10.1093/scan/nss095>
- McCollum, E. E., & Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: A qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(3), 347-360. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2010.00214.x>
- McKay, R., Langdon, R., & Coltheart, M. (2006). The defensive function of persecutory delusions: An investigation using the Implicit Association Test. *Acta Neuropsychiatrica*, 18(6), 261-262. <https://doi.org/10.1017/S0924270800030568>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Moseley, D. (1983). The therapeutic relationship and its association with outcome (Master's thesis). University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- Myers, D. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.56>
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S., & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in

individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593-605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>

Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157-1172.

Paivio, S. C. (2013). Essential processes in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 50(3), 341-345. <https://doi.org/10.1037/a0032810>

Peabody, S. A., & Gelso, C. J. (1982). Countertransference and empathy: The complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 29(3), 240-245. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.29.3.240>

Pérez, A., Carreiras, M., & Duñabeitia, J. A. (2017). Brain-to-brain entrainment: EEG interbrain synchronization while speaking and listening. *Scientific reports*, 7(1), 4190.

Pommier, E. A. (2010). The compassion scale [Tesis Doctoral, University of Texas].

Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W. W. Norton & Company.

Pos, A. E., Greenberg, L. S., & Warwar, S. H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1055-1066. <https://doi.org/10.1037/a0017059>

Quaglia, J. T., Soisson, A., & Simmer-Brown, J. (2020). Compassion for self versus other: A critical review of compassion training research. *The Journal of Positive Psychology*, 15(5), 589-604. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1805502>

- Redelmeier, D. A., Molin, J. P., & Tibshirani, R. J. (1995). A randomized trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. *The Lancet*, 345(8958), 1131-1134. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(95\)90975-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(95)90975-3)
- Roca, P., Vázquez, C., Díez, G., Brito-Pons, G., & McNally, R. J. (2021). Not all types of meditation are the same: Mediators of change in mindfulness and compassion meditation interventions. *Journal of Affective Disorders*, 283, 354-362. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.070>
- Salvio, M. A., Beutler, L., Wood, J., & Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 2(1), 31-36. <https://doi.org/10.1080/10503309212331333578>
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N)
- Sinclair, S., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F., Hagen, N. A., McConnell, S., & Chochinov, H. M. (2016). Compassion in health care: An empirical model. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(2), 193-203. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.009>
- Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., McClement, S., & Bouchal, S. R. (2016). Compassion: A scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care*, 15(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0080-0>
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875-R878.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Medvedev, O. N., Hwang, Y. S., Myers, R. E., & Townshend, K. (2020). Using mindfulness to improve quality of life in caregivers of individuals with intellectual disabilities and autism spectrum disorder. *International Journal of Developmental Disabilities*, 66(5), 370-380.

- Smith, S., Gentleman, M., Conway, L., & Sloan, S. (2017). Valuing feedback: An evaluation of a National Health Service programme to support compassionate care practice through hearing and responding to feedback. *Journal of Research in Nursing*, 22(1-2), 112-127. <https://doi.org/10.1177/1744987116685913>
- Stellar, J. E., Cohen, A., Oveis, C., & Keltner, D. (2015). Affective and physiological responses to the suffering of others: Compassion and vagal activity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(4), 572-585. <https://doi.org/10.1037/pspi0000010>
- Stellar, J. E., Gordon, A. M., Piff, P. K., Cordaro, D., Anderson, C. L., Bai, Y., Maruskin, L. A., & Keltner, D. (2017). Self-transcendent emotions and their social functions: Compassion, gratitude, and awe bind us to others through prosociality. *Emotion Review*, 9(3), 200-207. <https://doi.org/10.1177/1754073916684557>
- Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15-27.
- Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10(3), 352-372. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.558404>
- Thompson, K. L., & Gullone, E. (2008). Prosocial and antisocial behaviors in adolescents: An investigation into associations with attachment and empathy. *Anthrozoös*, 21(2), 123-137. <https://doi.org/10.2752/175303708X305774>
- Town, J. M., Salvadori, A., Falkenström, F., Bradley, S., & Hardy, G. (2017). Is affect experiencing therapeutic in major depressive disorder? Examining associations between affect experiencing and changes to the alliance and outcome in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 54(2), 148-158. <https://doi.org/10.1037/pst0000108>
- Trusty, J., Ng, K. M., & Watts, R. E. (2005). Model of effects of adult attachment on emotional empathy of counseling students. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 66-77.

- Vilchinsky, N., Findler, L., & Werner, S. (2010). Attitudes toward people with disabilities: The perspective of attachment theory. *Rehabilitation Psychology*, 55(3), 298-306.
- Vivino, B. L., Thompson, B. J., Hill, C. E., & Ladany, N. (2009). Compassion in psychotherapy: The perspective of therapists nominated as compassionate. *Psychotherapy Research*, 19(2), 157-171. <https://doi.org/10.1080/10503300802430681>
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. J. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914-923. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>
- Watson, J. C., McMullen, E. J., Prosser, M. C., & Bedard, D. L. (2011). An examination of the relationships among clients' affect regulation, in-session emotional processing, the working alliance, and outcome. *Psychotherapy Research*, 21(1), 86-96. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.518637>
- Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24(3), 286-298. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.802823>
- Watson, J. C., & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 25-33.
- Witvliet, C. V. O., Knoll, R. W., Hinman, N. G., & DeYoung, P. A. (2010). Compassion-focused reappraisal, benefit-focused reappraisal, and rumination after an interpersonal offense: Emotion regulation implications for subjective emotion, linguistic responses, and physiology. *The Journal of Positive Psychology*, 5(3), 226-242. <https://doi.org/10.1080/17439761003790997>
- Wong, K., & Pos, A. E. (2014). Interpersonal processes affecting early alliance formation in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.708794>

ANEXOS

Índice de anexos

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	4
ABSTRACT	6
ÍNDICE DE TABLAS	10
ÍNDICE DE FIGURAS	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO 1.- EMPATÍA	21
1.- DEFINICIÓN DE EMPATÍA Y SU OPERACIONALIZACIÓN	21
1.1 Origen y evolución del concepto	22
1.2. Conceptualización del proceso empático en la Terapia Focalizada en la Emoción ..	31
2.- ASOCIACIÓN DE LA EMPATÍA CON LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS	34
2.1. El impacto de la empatía en los resultados terapéuticos	35
2.2. Mecanismos mediacionales del efecto de la empatía sobre los resultados terapéuticos	36
2.3.- Factores facilitadores en la empatía en el contexto terapéutico	39
3.- PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO DE LA EMPATÍA	41
3.1. Entrenamiento en empatía	42
3.2. Estudios sobre programas de entrenamiento en empatía	46
CAPÍTULO 2. COMPASIÓN HACIA LOS DEMÁS	48
1. DEFINICIÓN DE COMPASIÓN HACIA OTROS Y SU OPERACIONALIZACIÓN	48
2. ASOCIACIÓN DE LA COMPASIÓN EXPERIMENTADA POR EL TERAPEUTA CON LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS	53
2.1. MECANISMOS MEDIACIONALES: ¿AFECTA LA COMPASIÓN A OTROS PROCESOS INTERMEDIOS QUE	
PROMUEVEN A SU VEZ EL CAMBIO EN SÍNTOMAS Y BIENESTAR?.....	55
2.1.2 La compasión promueve la regulación emocional.....	56
2.1.3 La compasión promueve la Alianza Terapéutica	59
2.1.4- La compasión del terapeuta rebaja la defensividad del paciente y promueve la exploración.	
.....	59
2.1.5- La compasión del terapeuta propicia la transformación emocional de memorias emocionales	
desadaptativas.	60
2.2. FACTORES FACILITADORES DE LA COMPASIÓN EN PSICOTERAPIA	64
3.- PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO DE LA COMPASIÓN	68
3.1. PROTOCOLO DE ENTRENAMIENTO EN COMPASIÓN, DE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA COMPASIÓN	
(CBCT).	69
3.2. EL ENTRENAMIENTO EN COMPASIÓN SOSTENIDA (SUSTAINABLE COMPASSION TRAINING; SCT).....	71
3.3. EL ENTRENAMIENTO EN COMPASIÓN BASADA EN APEGO (ATTACHMENT-BASED COMPASSION TRAINING;	
ABCT).....	72
3.4. EL ENTRENAMIENTO EN MEDITACIÓN DE AMABILIDAD AMOROSA (LOVING KINDNESS MEDITATION; LKM) ...	72
3.4. LA TERAPIA FOCALIZADA EN LA COMPASIÓN (CFT).....	73
3.5. ENTRENAMIENTO EN EL CULTIVO DE LA COMPASIÓN.	74
CAPÍTULO 3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y PROPUESTA DE LOS PROGRAMAS DE	
ENTRENAMIENTO.....	76
CAPÍTULO 4: ESTUDIOS EMPÍRICOS.....	92
PARTE 1. ENTRENAMIENTO EN SINTONIZACIÓN EMPÁTICA	94
ESTUDIO 1: ESTUDIO PILOTO SOBRE EL ENTRENAMIENTO PRESENCIAL EN SINTONIZACIÓN	
EMPÁTICA	94
MÉTODO	94

RESULTADOS	97
Discusión	100
PARTE 2 VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SUSSEX-OXFORD DE COMPASIÓN HACIA OTROS (SOCS-O)	103
ESTUDIO 2. VALIDEZ FACTORIAL, CONVERGENTE Y DIVERGENTE DEL CUESTIONARIO SUSSEX-OXFORD DE COMPASIÓN HACIA OTROS (SOCS-O)	103
MÉTODO	103
Procedimiento	105
Análisis de Datos	105
RESULTADOS	106
Discusión	111
ESTUDIO 3: INVARIANZA FACTORIAL DEL SUSSEX-OXFORD DE COMPASIÓN HACIA OTROS (SOCS-O)	116
MÉTODO	116
RESULTADOS	116
DISCUSIÓN	118
PARTE 3: ESTUDIO PILOTO COMPLETAMENTE ALEATORIZADO	120
ASIGNACIÓN	120
ANÁLISIS	120
RECLUTAMIENTO	120
ESTUDIO 4: VALIDEZ DIVERGENTE DEL SOCS	121
MÉTODO	121
RESULTADOS	123
Discusión	126
ESTUDIO 5: VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EMPATÍA PERCIBIDA DE BARRET	128
MÉTODO	128
RESULTADOS	130
Discusión	133
ESTUDIO 6: ESTUDIO PILOTO DEL EFECTO DE UN ENTRENAMIENTO ONLINE PARA INCREMENTAR LA EMPATÍA	136
MÉTODO	137
RESULTADOS	144
Discusión	155
CONCLUSIÓN FINAL	162
REFERENCIAS	167
ANEXOS	181
ANEXO 1. INSTRUMENTOS:	185
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO FASE 1	190
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO FASE 2	193
ANEXO 4. INSTRUCCIONES PARA EVOCAR AUTOCRÍTICA DE WELTON	195
ANEXO 5; PROGRAMA DE EMPATÍA	196
ANEXO 6; PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN COMPASIÓN PARA FACILITAR LA EMPATÍA DEL TERAPEUTA	202
ANEXO 7; PROGRAMA FOCUSING	244
ANEXO 6; TAREAS POR PAREJAS DE LOS ENTRENAMIENTOS	254

Anexo 1. INSTRUMENTOS:

FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire)

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

	Please rate each of the following statements with the number that best describes <i>your own opinion</i> of what is <i>generally true</i> for you.	Never or very rarely true	Rarely true	Sometimes true	Often true	Very often or always true
FFQM 1	When I'm walking, I deliberately notice the sensations of my body moving. (OBS)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
FFQM 2	I'm good at finding words to describe my feelings. (D)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
FFQM 3	I criticize myself for having irrational or inappropriate emotions. (NJ-R)	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
FFQM 4	I perceive my feelings and emotions without having to react to them. (NR)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
FFQM 5	When I do things, my mind wanders off and I'm easily distracted. (AA-R)	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
FFQM 6	When I take a shower or bath, I stay alert to the sensations of water on my body. (OBS)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
FFQM 7	I can easily put my beliefs, opinions, and expectations into words. (D)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
FFQM 8	I don't pay attention to what I'm doing because I'm daydreaming, worrying, or otherwise distracted. (AA-R)	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
FFQM 9	I watch my feelings without getting lost in them. (NR)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
FFQM 10	I tell myself I shouldn't be feeling the way I'm feeling. (NJ-R)	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
FFQM 11	I notice how foods and drinks affect my thoughts, bodily sensations, and emotions. (OBS)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
FFQM 12	It's hard for me to find the words to describe what I'm thinking. (D-R)	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
FFQM 13	I am easily distracted. (AA-R)	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
FFQM 14	I believe some of my thoughts are abnormal or bad and I shouldn't think that way. (NJ-R)	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
FFQM 15	I pay attention to sensations, such as the wind in my hair or sun on my face. (OBS)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
FFQM 16	I have trouble thinking of the right words to express how I feel about things. (D-R)	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
FFQM 17	I make judgments about whether my thoughts are good or bad. (NJ-R)	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
FFQM 18	I find it difficult to stay focused on what's happening in the present. (AA-R)	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

Escala de Compasión hacia los demás (SOCS-O)

	Nunca es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1. Me doy cuenta cuando otras personas se sienten angustiadas sin que tengan que decírmelo.	1	2	3	4	5
2. Entiendo que todas las personas experimentan sufrimiento en algún momento de sus vidas.	1	2	3	4	5
3. Cuando alguien atraviesa un momento difícil, siento compasión hacia esa persona.	1	2	3	4	5
4. Cuando alguien está disgustado, trato de permanecer abierto a sus sentimientos en lugar de evitarlos.	1	2	3	4	5
5. Cuando otros pasan apuros, trato de hacer cosas que puedan ayudarles.	1	2	3	4	5
6. Me doy cuenta cuando otros se sienten angustiados.	1	2	3	4	5
7. Entiendo que sentirse disgustado a veces es parte de la naturaleza humana.	1	2	3	4	5
8. Cuando escucho que a otras personas les ocurren cosas negativas, me preocupo por su bienestar.	1	2	3	4	5
9. Permanezco al lado y escucho a otras personas cuando están disgustadas, incluso si es difícil de soportar.	1	2	3	4	5
10. Cuando alguien atraviesa un momento complicado, trato de cuidarlo.	1	2	3	4	5
11. Rápidamente noto los primeros signos de angustia en los demás.	1	2	3	4	5

Sussex-Oxford Compassion for Others Scale (SOCS-O): Final Draft (subject to change)
 The SOCS-O is free to use but please email Clara Strauss at c.y.strauss@sussex.ac.uk to let us know you are using the scale and to share your findings

DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale)

ESCALA DE DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL (DERS)

INSTRUCCIONES: Por favor, indique con una "X" con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones:

1	2	3	4	5
Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
1. Percibo con claridad mis sentimientos.			1 2 3 4 5	
2. Presto atención a cómo me siento.			1 2 3 4 5	
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.			1 2 3 4 5	
4. No tengo ni idea de cómo me siento.			1 2 3 4 5	
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.			1 2 3 4 5	
6. Estoy atento a mis sentimientos.			1 2 3 4 5	
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.			1 2 3 4 5	
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.			1 2 3 4 5	
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.			1 2 3 4 5	
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.			1 2 3 4 5	
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme así.			1 2 3 4 5	
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.			1 2 3 4 5	
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.			1 2 3 4 5	
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.			1 2 3 4 5	
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.			1 2 3 4 5	
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.			1 2 3 4 5	
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.			1 2 3 4 5	
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.			1 2 3 4 5	
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera débil.			1 2 3 4 5	
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme así.			1 2 3 4 5	
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.			1 2 3 4 5	
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.			1 2 3 4 5	
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme así.			1 2 3 4 5	
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.			1 2 3 4 5	
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.			1 2 3 4 5	
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.			1 2 3 4 5	
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.			1 2 3 4 5	
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.			1 2 3 4 5	

Puntuación Inversa
1 = 5
2 = 4
3 = 3
4 = 2
5 = 1

CLAVES DE CORRECCIÓN

Test de empatía cognitiva y afectiva (TECA; López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008).

TECA

Nombre _____

Sexo ☐ V ☐ M Edad _____ Fecha _____ / _____ / _____

Las siguientes frases se refieren a sus sentimientos y pensamientos en una variedad de situaciones. Indique cómo le describe cada situación eligiendo la puntuación de 1 a 5 como se indica a la derecha. Cuando haya elegido su respuesta, **rodee con un círculo** el número correspondiente. Lea cada frase cuidadosamente antes de responder. Conteste honestamente con lo que más se identifique, ya que no hay respuestas correctas o incorrectas. No deje ninguna frase sin contestar.

① Totalmente en desacuerdo

② Algo en desacuerdo

③ Neutro

④ Algo de acuerdo

⑤ Totalmente de acuerdo

1	Me resulta fácil darme cuenta de las intenciones de los que me rodean.	1 2 3 4 5
2	Me siento bien si los demás se divierten.	1 2 3 4 5
3	No me pongo triste sólo porque un amigo lo esté.	1 2 3 4 5
4	Si un amigo consigue un trabajo muy deseado, me entusiasmo con él.	1 2 3 4 5
5	Me afectan demasiado los programas de sucesos.	1 2 3 4 5
6	Antes de tomar una decisión intento tener en cuenta todos los puntos de vista.	1 2 3 4 5
7	Rara vez reconozco cómo se siente una persona con sólo mirarla.	1 2 3 4 5
8	Me afecta poco escuchar desgracias sobre personas desconocidas.	1 2 3 4 5
9	Me hace ilusión ver que un amigo nuevo se encuentra a gusto en nuestro grupo.	1 2 3 4 5
10	Me es difícil entender cómo se siente una persona ante una situación que no he vivido.	1 2 3 4 5
11	Cuando un amigo se ha portado mal conmigo intento entender sus motivos.	1 2 3 4 5
12	Salvo que se trate de algo muy grave, me cuesta llorar con lo que les sucede a otros.	1 2 3 4 5
13	Reconozco fácilmente cuándo alguien está de mal humor.	1 2 3 4 5
14	No siempre me doy cuenta cuando la persona que tengo al lado se siente mal.	1 2 3 4 5
15	Intento ponerme en el lugar de los demás para saber cómo actuarán.	1 2 3 4 5
16	Cuando a alguien le sucede algo bueno siento alegría.	1 2 3 4 5
17	Si tengo una opinión formada no presto mucha atención a los argumentos de los demás.	1 2 3 4 5
18	A veces sufro más con las desgracias de los demás que ellos mismos.	1 2 3 4 5
19	Me siento feliz sólo con ver felices a otras personas.	1 2 3 4 5
20	Cuando alguien tiene un problema intento imaginarme cómo me sentiría si estuviera en su piel.	1 2 3 4 5
21	No siento especial alegría si alguien me cuenta que ha tenido un golpe de suerte.	1 2 3 4 5
22	Cuando veo que alguien recibe un regalo no puedo reprimir una sonrisa.	1 2 3 4 5
23	No puedo evitar llorar con los testimonios de personas desconocidas.	1 2 3 4 5
24	Cuando conozco gente nueva me doy cuenta de la impresión que se han llevado de mí.	1 2 3 4 5
25	Cuando mis amigos me cuentan que les va bien, no le doy mucha importancia.	1 2 3 4 5
26	Encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otras personas.	1 2 3 4 5
27	Entender cómo se siente otra persona es algo muy fácil para mí.	1 2 3 4 5
28	No soy de esas personas que se deprimen con los problemas ajenos.	1 2 3 4 5
29	Intento comprender mejor a mis amigos mirando las situaciones desde su perspectiva.	1 2 3 4 5
30	Me considero una persona fría porque no me conmuevo fácilmente.	1 2 3 4 5
31	Me doy cuenta cuando las personas cercanas a mí están especialmente contentas sin que me hayan contado el motivo.	1 2 3 4 5
32	Me resulta difícil ponerme en el lugar de personas con las que no estoy de acuerdo.	1 2 3 4 5
33	Me doy cuenta cuando alguien intenta esconder sus verdaderos sentimientos.	1 2 3 4 5

Autores: B. López-Pérez, I. Fernández-Pinto y F. J. Abad García

Copyright © 2008 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

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

1	Sueño despierto y fantaseo, con cierta regularidad, sobre cosas que podrían pasarme.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Frecuentemente tengo sentimientos de compasión y preocupación respecto a gente menos afortunada que yo.	☐	☐	☐	☐	☐
3	En algunas ocasiones encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de las otras personas.	☐	☐	☐	☐	☐
4	No suelo sentir mucha lástima por las otras personas cuando tienen problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Me siento realmente involucrado con los sentimientos de los personajes de una novela.	☐	☐	☐	☐	☐
6	En las situaciones de emergencia me siento aprensivo y a punto de enfermar.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Generalmente soy objetivo cuando veo una película o representación teatral y no suelo sentirme completamente inmerso en ellas.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Intento contemplar la posición de todo el mundo antes de tomar una decisión.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Cuando veo a una persona de quien se aprovechan, me siento un tanto protector hacia ella.	☐	☐	☐	☐	☐
10	A veces me siento indefenso cuando estoy en medio de una situación con mucha carga emocional.	☐	☐	☐	☐	☐
◀ ▲ ▼ ▶		Poco	Mucho			
11	A veces intento comprender mejor a mis amigos imaginando cómo se deben ver las cosas desde su punto de vista.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Llegar a sentirme extremadamente involucrado en un buen libro o película es bastante raro para mí.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Cuando veo que alguien se ha hecho daño suelo mantener la calma.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Las desgracias de las otras personas no me suelen perturbar demasiado.	☐	☐	☐	☐	☐
15	Si estoy convencido de tener la certeza sobre algo no suelo perder demasiado tiempo escuchando las argumentaciones de otras personas.	☐	☐	☐	☐	☐
16	Después de ver una representación teatral o una película me he sentido como si yo hubiese sido uno de los personajes.	☐	☐	☐	☐	☐
17	Me asusta encontrarme en una situación emocional tensa.	☐	☐	☐	☐	☐
18	A veces no siento demasiada lástima cuando veo que tratan a una persona de forma injusta.	☐	☐	☐	☐	☐
19	Suelo ser bastante efectivo al enfrentarme a situaciones de emergencia.	☐	☐	☐	☐	☐
20	Frecuentemente me siento afectado por cosas que veo que pasan.	☐	☐	☐	☐	☐
◀ ▲ ▼ ▶		Poco	Mucho			
21	Creo que cada situación presenta dos caras e intento contemplarlas a las dos.	☐	☐	☐	☐	☐
22	Me describiría a mi mismo como una persona con bastante buen corazón.	☐	☐	☐	☐	☐
23	Cuando veo una buena película me pongo fácilmente en el lugar del personaje principal.	☐	☐	☐	☐	☐
24	Suelo perder el control durante las situaciones de emergencia.	☐	☐	☐	☐	☐
25	Cuando alguien me hace enfadar, suelo intentar ponerme por un momento en su lugar.	☐	☐	☐	☐	☐
26	Cuando leo una historia interesante en un relato o novela, me imagino cómo me sentiría yo si los acontecimientos en la historia me sucedieran a mí.	☐	☐	☐	☐	☐
27	Cuando en una situación de emergencia veo que alguien necesita urgentemente ayuda me siento al borde del colapso nervioso.	☐	☐	☐	☐	☐
28	Antes de criticar a alguien intento imaginar como me sentiría yo si estuviera en su lugar.	☐	☐	☐	☐	☐
La cumplimentación de este cuestionario interactivo no reemplaza en ningún caso una evaluación formal a cargo de un profesional de la salud. Para calcular el resultado obtenido con sus respuestas presione sobre el botón «Evaluar».						

Anexo 2. consentimiento informado fase 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO FASE 1 (CUESTIONARIO)

PROYECTO DE TESIS: _____

DOCTORANDO/A: _____

DIRECTOR/A: _____

DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE:

Nombre y apellidos: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

DECLARA QUE HA SIDO INFORMADO QUE:

- El siguiente cuestionario pertenece a un proyecto de investigación realizado por D./D^a. _____, estudiante del programa de Doctorado de la Universidad Pontificia Comillas y dirigido por _____ Dr/Dra. D./D^a.

- El cuestionario tiene como propósito seleccionar la muestra que participará en una

segunda fase de la investigación seleccionando a aquellos candidatos que se ajusten a los criterios de inclusión de la misma. Está de acuerdo en facilitar un correo electrónico o teléfono de contacto para que el investigador pueda localizarle si cumple los criterios para ser incluido/a en dicha segunda fase.

- Sus datos personales (correo electrónico o teléfono y respuestas al cuestionario) serán custodiados por la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas, durante 5 años, procediéndose a su destrucción posteriormente.

- Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatorio terminar el cuestionario pudiendo dejar de responder en cualquier momento, si así lo decide.

Nombre y apellidos: Fecha:

Fdo: _____

Código seguro de verificación: ADAF9A9505010168C630EFD354EA004C. Este es un documento administrativo electrónico emitido por la Universidad Pontificia Comillas. Su autenticidad puede ser

contrastada a través de la siguiente dirección:

<http://www.comillas.edu/VerificarDocumento>. Documento firmado

electrónicamente en cumplimiento del Reglamento (UE) N° 910/2014 (eIDAS)

Secure verification code: ADAF9A9505010168C630EFD354EA004C. This is an electronic administrative document issued by the Universidad Pontificia Comillas. Its authenticity can be verified through

the following address: <http://www.comillas.edu/VerificarDocumento>. Document signed electronically in compliance with Regulation (EU) No. 910/2014 (eIDAS)

PROTECCIÓN DE DATOS

Sus datos personales serán tratados por la Universidad Pontificia Comillas para contactar

con usted en el caso de que resulte seleccionado para realizar la segunda fase consistente en una sesión de escucha terapéutica.

En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, en la Ley Orgánica

3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos

Digitales y demás normativa de desarrollo, le informamos que tiene derecho a acceder,

rectificar y suprimir los datos, limitar su tratamiento, oponerse al tratamiento y ejercer su

derecho a la portabilidad de los datos de carácter personal, todo ello de forma gratuita,

mediante escrito remitido a la Universidad Pontificia Comillas – Secretaría General, Calle

Alberto Aguilera, 23, 28015 Madrid o bien enviando un correo electrónico a

prodatos@comillas.edu Con la finalidad de atender su solicitud, resulta requisito

indispensable que nos acredite previamente su identidad, mediante el envío de copia de

su DNI, NIE, Pasaporte o documento equivalente.

Puede consultar nuestra política de privacidad en www.comillas.edu/ProteccionDeDatos

Cualquier duda o consulta que usted tenga posteriormente puede escribirme a _____@comillas.edu

Ha leído los párrafos anteriores y reconoce que al cumplimentar y entregar este cuestionario está dando su consentimiento para participar en este estudio.

Acepto

Nombre y apellidos: Fecha:

Fdo: _____

Código seguro de verificación: ADAF9A9505010168C630EFD354EA004C. Este es un documento administrativo electrónico emitido por la Universidad Pontificia Comillas. Su autenticidad puede ser

contrastada a través de la siguiente dirección: <http://www.comillas.edu/VerificarDocumento>. Documento firmado

electrónicamente en cumplimiento del Reglamento (UE) N° 910/2014 (eIDAS)

Secure verification code: ADAF9A9505010168C630EFD354EA004C. This is an electronic administrative document issued by the Universidad Pontificia Comillas. Its authenticity can be verified through

the following address: <http://www.comillas.edu/VerificarDocumento>. Document signed electronically in compliance with Regulation (EU) No. 910/2014 (eIDAS)

- Los datos que se faciliten durante la sesión para realizar la tesis doctoral deberán ser anonimizados, de tal manera que se desvincule la información de interés del dato personal, no pudiendo identificarse a la persona titular de los mismos.
- Ha sido informado que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles.

Por todo ello, se compromete a que su conducta en la sesión y realización del Proyecto de Investigación de la Tesis doctoral se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de este documento, que se suscribe por duplicado.

Y para que conste, firma el presente documento en Madrid, a 30 de Noviembre de 2020

Nombre y apellidos

Carlota E. Martín Sanz

Fdo:



☐ Ejemplar del estudiante de doctorado ☒ Ejemplar para la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Anexo 3. Consentimiento informado fase 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO FASE 2

(ENTREVISTA PERSONAL)

PROYECTO DE TESIS: _____

DOCTORANDO/A: _____

DIRECTOR/A: _____

DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE:

Nombre y apellidos: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

DECLARA QUE HA SIDO INFORMADO/A QUE:

I. El siguiente cuestionario pertenece a un proyecto de investigación realizado por _____, estudiante del programa de Doctorado de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas y dirigido por el/la profesor/a Dr/a. D./D^a._____.

II. De los objetivos del estudio:

- Explorar el proceso emocional personal implicado en las vivencias de ansiedad. Se realizará un ejercicio inicial para explorar los mensajes interiores que provocan ansiedad y la respuesta asociada. Dicho ejercicio será grabado audiovisualmente.

- Explorar la relación entre las respuestas de un terapeuta y la profundización de la exploración del paciente. Se realizará una entrevista con un psicólogo psicoterapeuta. Dicha entrevista será grabada audiovisualmente. La entrevista durará un máximo de 60 minutos.

Consistirá en un diálogo con el psicoterapeuta que buscará facilitar que

Código seguro de verificación: 31E8467DEC2C5C6499FB9324722EBCCF. Este es un documento administrativo electrónico emitido por la Universidad Pontificia Comillas. Su autenticidad puede ser

contrastada a través de la siguiente dirección:

<http://www.comillas.edu/VerificarDocumento>. Documento firmado

electrónicamente en cumplimiento del Reglamento (UE) N° 910/2014 (eIDAS)

Secure verification code: 31E8467DEC2C5C6499FB9324722EBCCF. This is an electronic administrative document issued by the Universidad Pontificia

Comillas. Its authenticity can be verified through

the following address: <http://www.comillas.edu/VerificarDocumento>. Document signed electronically in compliance with Regulation (EU) No. 910/2014 (eIDAS)

esté en contacto con las emociones y experiencias asociadas a sus vivencias de ansiedad.

III. Puede realizar preguntas sobre el estudio.

IV. Sus datos personales (la grabación audiovisual del ejercicio inicial y la entrevista)

serán custodiados por la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas, durante 5 años, procediéndose a su destrucción posteriormente.

V. Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatorio terminar pudiendo

abandonar en cualquier momento, si así lo ha decidido, sin tener que dar explicaciones y sin que esto suponga ningún tipo de penalización o discriminación.

VI. La entrevista se grabará. Da su autorización a ser grabado/a en audio/video del ejercicio inicial y la entrevista en torno a los factores emocionales implicados en los procesos de ansiedad.

VII. El uso de las grabaciones queda limitado por las siguientes condiciones:

- Se respetará el secreto profesional sobre los contenidos.
- No se hará ninguna copia para uso exterior de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. No se podrán solicitar copias de las cintas para fines jurídicos.
- Las grabaciones y los cuestionarios cumplimentados podrán ser utilizadas para:

En Madrid, _____ de _____ de 20____

Nombre:

Fdo: _____

☐ La investigación, preservando su anonimato. Sí No

☐ La docencia y formación de psicólogos dentro del centro. Sí No

☐ En entrenamiento de otros profesionales de la salud mental

fuera del centro, (seminarios de trabajo, conferencias personales)

Sí No

Anexo 4. Instrucciones para evocar autocrítica de Welton

Cada persona tiene una parte de sí mismos que le mira, le monitoriza y le evalúa lo que hace. Lo que critica difiere de una persona a otra, pero todos tenemos alguna versión de esta voz autocrítica en la cabeza.

Lo que te voy a pedir que hagas hoy es que seas esa voz. Imagínate sentado en esta silla frente a tí mismo y díte en voz alta lo que la voz normalmente te diría. Habla durante 5 minutos y dile a "la imagen que tienes en frente" lo que sea que digas para criticarle ".

"Imagínate ahora que estamos dando vuelta a estas sillas. Ahora eres "la imagen de ti mismo que estaba ahí en frente sentado

Te enfrentas a tu crítico. Ahora tienes 5 minutos para responder. ¿Cómo respondes a tu crítico sobre las críticas que has recibido? ". Respóndele.

Anexo 5; Programa de Empatía

Bases del programa

El programa de empatía se basa en 6 módulos desde los cuales se va entrenando progresivamente la empatía imágenes específico la sincronización empática desde la terapia focalizada en la emoción.

La intención de este programa se basa en la teoría de los 5 pasos de la empatía de Greenberg.

- Estos 5 pasos son; dejar ir, abrir, resonar, seleccionar lo nuclear, expresar y captar el impacto. Estos 5 pasos se han articulado de manera transversal a través de los 6 módulos.
- Trabajamos tanto con teoría como con práctica para aumentar la presencia terapéutica, de tal manera que el terapeuta pueda estar presente durante toda la sesión captando las emociones del paciente.
- Trabajamos para construir una visión profunda del terapeuta, para que pueda ser capaz de captar lo más nuclear y doloroso del paciente.
- Hoy desarrollamos la capacidad del alumno de articular diferentes tipos de reflejos terapéuticos, que conseguirán activar diferentes modos de procesamiento emocional en el paciente.
- Por último desarrollaremos la capacidad del terapeuta de poder dar respuesta en situaciones complicadas dentro de la terapia.

Distribución por semanas.

Cada una de las sesiones se distribuirán de la siguiente manera; una primera parte de teoría, en la que el terapeuta podrá adquirir los conocimientos necesarios para poder desarrollar en la práctica cada uno de los temas sugeridos en cada semana, una práctica online en la en la cual se procederá al visionado de algunos sketch de video, a través de los cuales el terapeuta podrá poner en práctica lo aprendido en cada una de las sesiones. Después se propondrá una práctica formal para realizar durante la semana, y finalmente la sugerencia de una práctica informal para poder consolidar los conocimientos en el día a día.

Semana 1; introducción a la presencia terapéutica

En esta primera semana, se explica de forma teórica que es la sintonización empática, siendo esta un proceso muy específico dentro de la terapia focalizada en la emoción. En primer lugar se explica porque la empatía es eficaz para el cambio enumerando diferentes estudios y metaanálisis que explican este concepto. En 1 segundo lugar se explican las implicaciones neurobiológicas con respecto al empatía, haciendo énfasis en las neuronas espejo Y en las diferentes áreas del cerebro implicadas en los procesos empáticos. Posteriormente se explica la cómo la empatía es la habilidad de sentir desde dentro para resonar, entender y comunicar. En esta última parte del video, explicamos los 5 pasos involucrados en la empatía, como preámbulo al trabajo posterior en este mismo curso de estos 5 pasos.

Práctica formal

La práctica formal de esta semana, se basa en escuchar una imaginación guiada de enraizamiento trabajando así la presencia terapéutica. Para posteriormente poder ver un sketch de video, desde ese estado de presencia evocado previamente en la imaginación guiada anterior. En este video únicamente se pretende trabajar con el entendimiento empático de los terapeutas y observar qué tipo de respuestas dan.

Práctica informal

para esta semana la práctica informal que se propone es la de cultivar espacios durante el día en los que realizaremos las tareas a una velocidad inferior a la normal, con el propósito de poder entrenar una presencia terapéutica más consciente. Se propone como segunda opción, poder entrenar esta presencia terapéutica en las relaciones en el día a día.

semana 2; abrir y resonar

Práctica formal

Durante esta segunda semana la práctica formal que se propone está relacionada con la teoría en cuanto a los canales de receptividad. Para lo cual se propone ver y escuchar un clip varias veces, tratando de priorizar uno de los canales de receptividad en cada una de las veces que se escucha el video.

Otra de las propuestas formales para esta semana para poder trabajar la teoría referente a los tipos de reflejos según el paisaje, es observar un video, y poder escribir un reflejo y observar con qué tipo de paisaje está relacionado.

Se propone también una práctica deliberada en la que la propuesta es realizar reflejos emocionales aprendidos en la clase teórica, tras haber realizado el ejercicio de la parte de compasión, de realizar compasión con un otro cercano.

Práctica informal

La práctica informal de esta semana propone que cada día durante unos instantes nos propongamos abrir los canales de escucha para prestar atención a una persona de nuestra vida cotidiana.

semana 3 tipos de emociones

Práctica formal

Durante esta tercera semana, la práctica que se propone es atender a los elementos del esquema emocional, tratando de identificar cada 1 de los elementos en un video. También se propone realizar y entrenar los diferentes reflejos de exploración y conjetura que se han explicado en la teoría

Práctica informal

En esta semana se propone que traten de utilizar la imaginación a la hora de escuchar a las personas con las que se crucen en el día a día. Con esta propuesta se pretende hacer musculo a la hora de hacerse una imagen mental que les permita poder hacer una conjetura.

semana 4; hacia lo nuclear

Práctica formal

En esta cuarta semana, se propone hacer un visionado de un clip de video en el cual se pueden identificar las emociones primarias y se pueda ejercitar la realización de reflejos de formación empática y de evocación. También se propone que los alumnos puedan reflexionar sobre las metáforas de su propia vida, con la intención de que puedan desarrollar la capacidad de realizar metáforas en terapia de una manera más ágil y efectiva.

Práctica informal

como práctica informal esta semana se propone que puedan prestar atención a sus propias emociones primarias. Además se propone que intenten identificar cuando las emociones que sienten son primarias o secundarias y en el caso de que se topen con una emoción secundaria la propuesta es de observación a través de preguntas, para poder llegar a la emoción primaria adaptativa o desactiva. Se propone también que observen las situaciones diarias, y puedan elegir algunas de las escenas que observan en su día a día para poder identificar las emociones primarias o secundarias. Y en el caso de que las

emociones que observan sean secundarias intentar conjeturar cuál podría ser la emoción primaria.

semana 5; el paso precisa en cada instante

Práctica formal

En esta quinta semana, La propuesta es realizar un ejercicio en el que puedan guiar para atender, aceptar, regular, diferenciar, aumentar emociones así como para mejorar la congruencia emocional, aprender a simbolizar estas emociones y desarrollar la propia agencia a los pacientes.

Además, se les propondrá el visionado de videos en los cuales puedan trabajar estas habilidades. En este caso los vídeos visionados, propondrán trabajar el estar en contacto con el otro cuando éste está sintiendo una fuerte experiencia emocional. Finalmente se les presentará un último clip de video en el cual puedan re realizar propuestas de formulación y sugerencias de proceso que les permitan entrenar este tipo de reflejos.

Por último se les propondrá hacer un ejercicio por parejas en el cual el foco se mantendrá en la escucha.

Práctica informal

La práctica informal de esta semana, se basa en completar un diario emocional.

semana 6: situaciones difíciles.

Práctica formal

Esta última semana, la propuesta es la observación de varios video en los cuales puedan entrenar la realización de respuestas de auto manifestación, En estos vídeos salen pequeños clips de pacientes los cuales proponen una situación difícil al terapeuta, y la idea es que los estudiantes puedan practicar diferentes tipos de respuestas desde la

congruencia. También se Propone la visualización de 1 segundo video en el cual podrán entrenar la habilidad de responder con reflejos de formulación como alternativa a la confrontación.

Otro de los ejercicios que se presenta para esta semana es un ejercicio de auto manifestación para hacer en parejas. La intención es que puedan observar desde dónde qué afecto sienten y que puedan apuntar el propio proceso emocional que están sintiendo a la hora de poder hacer un reflejo de este estilo.

Práctica informal

Por último la propuesta de práctica informal para esta última semana, es tratar de notar en la vida cotidiana en qué momento estamos sintiendo un enfado asertivo y en qué momento estamos sintiendo compasión. Y notar que dificultades encontramos a la hora de poder manifestar ambos estados.

Anexo 6; Programa de entrenamiento en compasión para facilitar la empatía del terapeuta

Bases del programa

La intención del programa es trabajar el cambio en cuatro áreas;

El punto de vista primario, que lo cambiamos trabajando con la intención consciente y las actitudes de nuestro día a día en cuanto a cómo experimentamos el mundo, nuestro trabajo y nuestra vocación.

Mejoramos nuestra atención consciente trabajando con nuestra capacidad de atención y aprendiendo a estar con nuestras experiencias tal y como ellas se despliegan, sin querer cambiarlas o evitarlas.

Cultivamos nuestra capacidad empática tratando de llevar calidez a nuestro corazón, deseando que nuestros pacientes y los demás estén bien y tomando partido en su felicidad pudiendo alegrarnos con ellos.

Trabajamos la empatía reconociendo las similitudes que tenemos en cuanto a pertenecientes a la misma humanidad. Shantideva, que fue un practicante budista del siglo VIII, nos habla de los beneficios del sufrimiento, ya que es este estado en el que sufrimos lo que nos permite aprender humildad y nos hace más empáticos hacia los demás, ya que estos también sufren igual que nosotros.

Trabajamos con los cuatro inconmensurables; amor, alegría, compasión y ecuanimidad.

Puedan todos los seres poseer la felicidad y sus causas: esta frase se refiere al **amor** bondadoso, un amor sin apego, simplemente el puro deseo de que todos los seres sean felices.

Puedan todos los seres estar libres del sufrimiento y de sus causas: referido a la **compasión**, el deseo de que todos los seres se liberen del sufrimiento, siendo este un punto de unión que todos experimentamos y deseamos evitar.

Puedan todos los seres no estar separados de la felicidad libre de todo sufrimiento. El regocijo de ver la **alegría** y la buena fortuna de los demás. Cultivando la capacidad de sentir una alegría genuina por los demás, deshaciendo los celos y la avaricia.

Puedan todos los seres residir en la ecuanimidad libres de apego y aversión; se refiere a residir en la calma independientemente de las causas que nos rodeen, cultivando una actitud de **ecuanimidad** sin importar que las situaciones en las que nos vemos inmersos sea placenteras o dolorosas, agradables o desagradables, de éxito o de fracaso, con alabanzas o agravios, de fama o de descrédito.

Cada una de estas condiciones tiene su opuesto a transformar;

De la compasión ➡ La crueldad

De la alegría la envidia o los celos ➡

Del amor bondadoso la animadversión o los intentos hirientes.

De la ecuanimidad el dejarse llevar ➡ por las situaciones conflictivas.

También hay enemigos cercanos que pueden confundir nuestras aspiraciones a estos cuatro incommensurables;

Del amor bondadoso nos encontramos con la afección egoísta o el apego (cuando queremos a alguien por lo que nos puede dar).

De la alegría podemos encontrar la alegría frívola, que se aferra a experiencias agradables pero sin sentido.

De la ecuanimidad es la indiferencia o la apatía. La diferencia es que la ecuanimidad es comprometida. (la ecuanimidad es la fuerza que nos mantiene alejados de la expectación y la aprehensión).

De la compasión, el enemigo cercano en la lástima. La lástima nos aleja de la persona ya que interpone una distancia en la cual nosotros sentimos superioridad hacia el otro, mientras que la compasión nos acerca a la otra persona desde su dignidad, al darnos cuenta de que el hilo conductor que nos une es el sufrimiento, la necesidad de estar libre del sufrimiento y la tendencia a alcanzar la felicidad.

PROGRAMA DE 6 SEMANAS

Sesión 1, Calmar la mente.

Trabajamos con la respiración, respiraciones diafragmáticas lentas centrándose en los ciclos de la respiración, descansando la atención en el movimiento de la respiración y haciendo recuentos de las respiraciones llegando a 10 y empezando de nuevo en 1. No es necesario practicar estas habilidades para sentir compasión por alguien pero si lo es si queremos hacer frente a las situaciones en las que surjan dificultades para sentir compasión, cuando la vida lo pone más complicado. El estado por defecto de la mente es un estado de vagabundear, lo que nos trae emociones infelices. Por ello es imprescindible que el primer paso sea calmar la mente para luego poder trabajar con ella.

PRÁCTICA FORMAL

Ejercicio 1: Motivación e Intención

Sentar las bases de la intención consciente: ejercicio contemplativo al inicio de todas las sesiones en la que conectamos con nuestras más profundas aspiraciones que pueden informarnos sobre nuestras motivaciones.

Existe una diferencia entre motivación e intención, la diferencia es la capacidad de deliberación. La motivación es la razón que yace tras las cosas que hacemos. La fuente de nuestro deseo que nos conduce a hacer algo y de la cual podemos ser más o menos conscientes. La motivación está guiada por el deseo y la recompensa. Sin embargo la intención es siempre deliberada dirigida a una meta consciente. La intención nos enfoca hacia una meta, la motivación nos mueve hacia ella. La motivación es la chispa que mueve hacia la intención.

Encuentra una postura confortable. Relaja tu cuerpo si necesitas estira tus hombros y tu espalda. Toma tres respiraciones profundas imaginando que llenas tu cuerpo por dentro como si fueras una jarra llenándose de agua. Una vez te hayas relajado observa estas cuestiones

¿Qué es lo que yo realmente valoro profundamente?

¿Qué deseo en lo más profundo de mi corazón para mí y mis seres queridos y para el mundo?

Estate con estas preguntas un rato y mira si aparece alguna respuesta. Si no vienen respuestas no pasa nada, a veces todo está funcionando dentro cuando se está dejando que venga una respuesta. Si la respuesta llega, déjala dando vueltas en tus pensamientos y quédate con las sensaciones que estas respuestas te traigan.

Por último, desarrolla un conjunto específico de pensamientos como su intención consciente para el día de hoy. Puedes pensar; que pueda ser más consciente hoy de mis pensamientos, palabras y actos. Evitando conscientemente hacer daño a los demás. Pueda permanecer en el día de hoy conmigo mismo y con los demás con más amabilidad, entendimiento y menos juicio. Pueda permanecer hoy conectado con mis más profundos valores.

Ejercicio 2: Calmar la mente y centrar la atención.

Tres habilidades que entrenar: aprender a calmar la mente, desarrollar la concentración a través de enfocar la atención y por último fortalecer/consolidar nuestra conciencia en un estado relajado en el que podemos observar nuestros pensamientos sin estar sobrepasados por ellos.

Relajar a través de la respiración:

En primer lugar, vamos a realizar un ejercicio de respiraciones profundas para calmar el cuerpo y la mente. Para ello, ponte en una postura en la que estés cómodo y lleva la atención a tu respiración. Cuando tomes aire, hazlo de manera lenta y profunda, imagina que el aire fresco entra en tu cuerpo llega hasta las zonas del cuerpo donde haya tensión. Imagina que este aire relaja esas tensiones. Cuando eches el aire, imagina que se van relajando estas tensiones. Imagina que te sientes ligero, flexible y sin tensión en el cuerpo. Repite un par de veces siempre que te sientas tenso y al iniciar cualquier sesión de

meditación. Este ejercicio será la antesala del resto de las prácticas, lo que nos permitirá relajar un poco la tensión de nuestro cuerpo para que no obstaculice el resto de la práctica.

Mente espaciosa:

Este ejercicio complementa el anterior ayudando a la mente a sentir más espacio, a reducir las constricciones mentales y la rigidez y pesadez. Para ello acomoda tu respiración respirando naturalmente. Imagina que tu mente es un espacio abierto, expansivo y basto. Toma consciencia de tus pensamientos, emociones, esperanzas y miedos como si fueran nubes que toman forma y desaparecen en la bastedad del espacio abierto. Cuando venga un pensamiento y una emoción míralo como si fuera insustancial, como una nube que pasa. Imagina como surgen y desaparecen en la expansión ilimitada de tu mente. Después descansa tu mente en la espaciosidad por un instante, siente la calma. Haz esto durante un 5 minutos de minutos.

Enfocando la mente:

Para poder trabajar con la compasión y que esta nos impregne de verdad, es necesario trabajar con la atención de la mente. Ya que esta tiende a divagar y nos distrae haciendo que perdamos el hilo de lo que estábamos haciendo. Por eso realizaremos este ejercicio antes de cada sesión y siempre que podamos para trabajar la concentración.

Ahora, después de haber tomado un par de respiraciones profundas, relaja tu respiración y empieza a centrarte en un punto sobre la respiración, podría ser la sensación de como el aire entra y sale por tu nariz, como tu barriga se mueve cuando con el aire... cualquier punto estará bien.

Cada vez que tu mente empiece a divagar o a despistarse, date cuenta y vuelve a llevar tu atención a ese punto. Ahora comenzaremos a contar respiraciones, del uno al 10. Coge aire, suelta el aire y cuentas uno, coge aire y suelta y cuentas dos... con las premisas de que cada vez que tu mente divague vuelvas a centrar tu atención en ese punto y vuelvas a empezar la cuenta por el uno. Cuando llegues a diez, vuelves a empezar por el uno de nuevo. Es importante que cuando te distraigas no te juzgues o te critiques o te enfades,

simplemente reconoce que tu mente se ha distraído y tráela amablemente de nuevo al punto donde has centrado la atención. 5 minutos.

Metacognición:

Toma un par de respiraciones profundas intentando relajar la tensión de tu cuerpo. Puedes continuar haciendo un par de rondas de contar respiraciones (ejercicio C) poniendo atención en un punto para calmar la mente. Después cuando estemos relajados y con la mente un poco más en calma, relaja tu mente, puedes mantener los ojos cerrados, o bien abiertos centrados en una pared lisa sin colores. Con la conciencia en el momento presente, observa lo que puede estar sucediendo, entrando y saliendo de tu conciencia. Ruidos de coches, sonidos sensaciones, pensamientos, recuerdos... simplemente mantente presente, consciente sin querer suprimirlo ni seguirlo. Sin alimentar los pensamientos, solo obsérvalo, reconócelo y déjalo ir. ¡Suelta! 5 minutos.

Ejercicio 3: Mindfulness para terapeutas

Este ejercicio que vamos a practicar ahora es una pequeña propuesta para realizar antes de cada sesión, ya sea que vayas a realizar tu o que vayas a observar. Para ello te propongo que adoptes una postura cómoda y te des unos instantes para tomar unas respiraciones profundas que te ayuden a relajar tu cuerpo. Tomate unos instantes para aquietar tu mente llevando tu atención a un punto de tu cuerpo (pueden ser la sensación del aire entrando y saliendo por la nariz, el tacto de tus manos tocando tus piernas...) y simplemente deja que tu mente se relaje en este punto. Deja que los pensamientos aparezcan y se desvanezcan observándolo sin interferir. Permanece así por un par de minutos.

Ahora imagina con los ojos cerrados imagina que estás a la puerta de la sala en la que vas a tener la sesión. Ahora imagina como tienes una mochila en tu espalda. Date unos segundos para imaginar la textura la forma... esta mochila está llena de las cosas que te preocupan, de las cosas que quizás no vayan del todo bien, de aquellas vivencias de este

día. Imagina el peso de esta mochila y trata de sentir este peso. Ahora imagina que te quitas esta mochila y la dejas en la puerta. Trata de generar en ti una sensación de ligereza al quitártela. Y deja resonar en tu mente la idea de que te quitas esta mochila para poder entrar ligera para trabajar con la mochila de la persona que esta por llegar y que cuando salgas podrás volver a coger tu mochila, pero ahora solo vas a dejar ahí por un tiempo para poder tener más espacio mental para el otro.

Ahora imagina entrando a la sala donde vas a estar. Dibuja con detalle en tu imaginación esta sala e imagina que te sientas en el lugar donde vas a sentarte cuando llegue el paciente. Date unos instantes imaginándote en tu silla y deja que tu mente se expanda dejando espacio para lo que la otra persona traiga. Descansa en esta expansión, libérate de expectativas, de recuerdos... si vienen pensamientos, recuerdos o pensamientos de que tienes que hacer déjalos que surjan y se disuelvan. Permanece así unos instantes generando espacio para poder estar con lo que el otro traiga, sea lo que asea y genera la intención de mantener este espacio vacío para poder dejarlo llenarse con lo que traiga el otro. Permanece con esta sensación de espaciosidad unos instantes. Ahora manteniendo esta sensación abre los ojos e intenta mantener esta actitud durante la sesión.

Si durante la sesión viene alguna preocupación a tu mente, puedes dejarla mentalmente fuera en tu mochila y volver a centrarte en la sesión, advirtiéndole que esto es algo que atenderás cuando salgas, ya que puede ser importante y decirte algo sobre lo que esta ocurriendo contigo y este paciente.

Práctica durante la semana

Relajación, mente espaciosa y enfocar la mente. Haz estos ejercicios todos los días por 20. Además es más importante que hagas este ejercicio todos los días durante aunque solo sean unos minutos, ya que si no, podrás comenzar a frustrarte y asociar emociones negativas a esta práctica que podrán hacer que te distancies de ella.

Calmar la mente y centrar la atención:

Ponte entre 3 y 5 alarmas en el móvil para que durante el día te recuerden tomarte unos instantes para hacer los ejercicios 2AB, 2AC y 2AD. Anóta en tu diario.

Cada vez que vayas a mirar el móvil respira consciente y profundo llevando tu atención a la sensación de cómo el aire entra y sale por tu nariz durante 10 segundos. Anótalo en tu diario.

Si vas a tener un paciente, realiza el ejercicio 3 antes de la sesión. Cuando finalice la sesión, toma consciencia de si ha venido algo de tu mochila a ti y trata de darle un espacio a esto que ha surgido para averiguar que te esta diciendo y averiguar que necesitas hacer con ello. Anota en tu diario.

Sesión 2- Amor bondadoso y compasión hacia un ser querido.

Esta semana trabajaremos conectando con la capacidad de sentir amor y compasión hacia otra persona, conectar con sentimientos de interés, ternura, conexión, y calidez hacia el otro. En nuestra sociedad, es más fácil empezar generando sentimientos de amor y compasión por un ser querido que por nosotros mismos. Es la forma en la que comenzamos a despertar el corazón y desarrollar la calidez que ya tenemos de forma inherente.

PRÁCTICA FORMAL

Ejercicio 1: Motivación e Intención

Encuentra una postura confortable. Relaja tu cuerpo si necesitas estira tus hombros y tu espalda. Toma tres respiraciones profundas imaginando que llenas tu cuerpo por dentro como si fueras una jarra llenándose de agua. Una vez te hayas relajado observa estas cuestiones

¿Qué es lo que yo realmente valoro profundamente?

¿Qué deseo en lo más profundo de mi corazón para mí y mis seres queridos y para el mundo?

Estate con estas preguntas un rato y mira si aparece alguna respuesta. Si no vienen respuestas no pasa nada, a veces todo está funcionando dentro cuando se está dejando que venga una respuesta. Si la respuesta llega, déjala dando vueltas en tus pensamientos y quédate con las sensaciones que estas respuestas te traigan.

Por último, desarrolla un conjunto específico de pensamientos como su intención consciente para el día de hoy. Puedes pensar; que pueda ser más consciente hoy de mis pensamientos, palabras y actos. Evitando conscientemente hacer daño a los demás. Pueda permanecer en el día de hoy conmigo mismo y con los demás con más amabilidad, entendimiento y menos juicio. Pueda permanecer hoy conectado con mis más profundos valores.

Ejercicio 2: Calmar la mente y centrar la atención.

Tres habilidades que entrenar: aprender a calmar la mente, desarrollar la concentración a través de enfocar la atención y por último fortalecer/consolidar nuestra conciencia en un estado relajado en el que podemos observar nuestros pensamientos sin estar sobrepasados por ellos.

Relajar a través de la respiración:

En primer lugar, vamos a realizar un ejercicio de respiraciones profundas para calmar el cuerpo y la mente. Para ello, ponte en una postura en la que estés cómodo y lleva la atención a tu respiración. Cuando tomes aire, hazlo de manera lenta y profunda, imagina que el aire fresco entra en tu cuerpo llega hasta las zonas del cuerpo donde haya tensión. Imagina que este aire relaja esas tensiones. Cuando eches el aire, imagina que se van relajando estas tensiones. Imagina que te sientes ligero, flexible y sin tensión en el cuerpo. Repite un par de veces siempre que te sientas tenso y al iniciar cualquier sesión de meditación. Este ejercicio será la antesala del resto de las prácticas, lo que nos permitirá relajar un poco la tensión de nuestro cuerpo para que no obstaculice el resto de la práctica.

Mente espaciosa:

Este ejercicio complementa el anterior ayudando a la mente a sentir más espacio, a reducir las constricciones mentales y la rigidez y pesadez. Para ello acomoda tu respiración respirando naturalmente. Imagina que tu mente es un espacio abierto, expansivo y basto. Toma consciencia de tus pensamientos, emociones, esperanzas y miedos como si fueran nubes que toman forma y desaparecen en la bastedad del espacio abierto. Cuando venga un pensamiento y una emoción míralo como si fuera insustancial, como una nube que pasa. Imagina como surgen y desaparecen en la expansión ilimitada de tu mente. Después descansa tu mente en la espaciosidad por un instante, siente la calma. Haz esto durante un 5 minutos.

Enfocando la mente:

Para poder trabajar con la compasión y que esta nos impregne de verdad, es necesario trabajar con la atención de la mente. Ya que esta tiende a divagar y nos distrae haciendo

que perdamos el hilo de lo que estábamos haciendo. Por eso realizaremos este ejercicio antes de cada sesión y siempre que podamos para trabajar la concentración.

Ahora, después de haber tomado un par de respiraciones profundas, relaja tu respiración y empieza a centrarte en un punto sobre la respiración, podría ser la sensación de como el aire entra y sale por tu nariz, como tu barriga se mueve cuando con el aire... cualquier punto estará bien.

Cada vez que tu mente empiece a divagar o a despistarse, date cuenta y vuelve a llevar tu atención a ese punto. Ahora comenzaremos a contar respiraciones, del uno al 10. Coge aire, suelta el aire y cuentas uno, coge aire y suelta y cuentas dos... con las premisas de que cada vez que tu mente divague vuelvas a centrar tu atención en ese punto y vuelvas a empezar la cuenta por el uno. Cuando llegues a diez, vuelves a empezar por el uno de nuevo. Es importante que cuando te distraigas no te juzgues o te critiques o te enfades, simplemente reconoce que tu mente se ha distraído y tráela amablemente de nuevo al punto donde has centrado la atención. Haz esto durante otros 5 minutos

Metacognición:

Toma un par de respiraciones profundas intentando relajar la tensión de tu cuerpo. Puedes continuar haciendo un par de rondas de contar respiraciones (ejercicio C) poniendo atención en un punto para calmar la mente. Después cuando estemos relajados y con la mente un poco más en calma, relaja tu mente, puedes mantener los ojos cerrados, o bien abiertos centrados en una pared lisa sin colores. Con la conciencia en el momento presente, observa lo que puede estar sucediendo, entrando y saliendo de tu conciencia. Ruidos de coches, sonidos sensaciones, pensamientos, recuerdos... simplemente mantente presente, consciente sin querer suprimirlo ni seguirlo. Sin alimentar los pensamientos, solo obsérvalo, reconócelo y déjalo ir. ¡Suelta! 5 minutos.

Ejercicio 3: Bondad amorosa y compasión por un ser querido

Para poder sentir compasión tenemos que mantener nuestro corazón abierto, dejar que sea tocado por lo que sea que haya fuera, dejar que vibre con el amor y el sufrimiento que

vemos en los demás. Cuando nuestro corazón permanece cerrado, dejamos de estar conectados con nosotros mismos y con los demás. A veces cerramos el corazón por estar quemados o por miedo a que nos dañen, creemos que podemos llegar más lejos o estar a salvo si nos protegemos y cerramos nuestro corazón. Pero la verdad es que cuando cerramos nuestro corazón y no nos dejamos ser tocados por las emociones, acabamos experimentando una sensación de soledad, ya que no dejamos que exista una verdadera conexión con el otro.

Tomate unos minutos para respirar profundamente y realizar un ejercicio de contar respiraciones. Ahora imagina a un ser querido que está pasando por dificultades. Imagina que puede estar sintiendo son respecto a esta dificultad. Nota que emociones empiezan a surgir en ti cuando imaginas a esta persona sufriendo. Puede que sientas su dolor en tu corazón. Quizás puedas sentir un malestar en tu barriga o en tu garganta. O quizás la necesidad de ayudarlo. Si no surge ningún sentimiento, simplemente quédate con los pensamientos que puedan surgir.

Mientras imaginas su sufrimiento, repite mentalmente estas frases:

“Puedas estar libre de sufrimiento, puedas estar libre del miedo y de la ansiedad. Puedas encontrar la seguridad y la paz”.

Repite esto durante un ratito mientras continúas atendiendo a tu respiración y mantienes a esta persona en tu mente. Refresca su imagen de vez en cuando y recuerda su sufrimiento y lo que esta persona podría estar necesitando. Ahora de nuevo repite las frases.

“Puedas estar libre de sufrimiento, puedas estar libre del miedo y de la ansiedad. Puedas encontrar la seguridad y la paz”.

Continúa con este ejercicio por unos 3 a 5 minutos. Cuando haya pasado este tiempo, imagina que tu expiración se convierte en una luz cálida blanca, que emerge de tu corazón y toca a la persona que estas imaginando impregnándola. Imagina que cuando esta luz le toca, le llena de paz y le libera del sufrimiento. Ahora con el corazón lleno del deseo de aliviar su sufrimiento, repite de nuevo las frases anteriores.

Práctica durante la semana

Relajación, mente espaciosa y enfocar la mente.

Siéntate en un lugar cómodo en una postura que te sea confortable en la que no estés ni demasiado cómodo ni demasiado tenso, toma 3 respiraciones profundas relajando tensiones. Ahora durante 5 minutos, mantén la atención en tu respiración mientras cuentas respiraciones del 1 al 10. La premisa es que cada vez que te distraigas vuelvas a dirigir tu atención al punto elegido y empieces a contar por el uno y cada vez que llegues al 10 vuelve a empezar por el 1. Haz esto por 5 minutos.

Ahora deja que tu mente se expanda, acomoda tu respiración respirando naturalmente. Imagina que tu mente es un espacio abierto, expansivo y basto. Toma consciencia de tus pensamientos, emociones, esperanzas y miedos como si fueran nubes que toman forma y desaparecen en la bastedad del espacio abierto. Cuando venga un pensamiento y una emoción míralo como si fuera insustancial, como una nube que pasa. Imagina como surgen y desaparecen en la expansión ilimitada de tu mente. Después descansa tu mente en la espaciosidad por un instante, siente la calma. Haz esto durante 5 minutos.

Por último trabaja la metacognición dejando que tu mente sea consciente de lo que ocurre fuera, con la conciencia en el momento presente, observa lo que puede estar sucediendo, entrando y saliendo de tu conciencia. Ruidos de coches, sonidos sensaciones, pensamientos, recuerdos... simplemente mantente presente, consciente sin querer suprimirlo ni seguirlo. Sin alimentar los pensamientos, solo obsérvalo, reconócelo y déjalo ir. ¡Suelta! Mantente en esta práctica durante 5 minutos

Haz estos ejercicios todos los días por 20 minutos. Anota en tu diario.

Ejercicio 3

Procura practicar todos los días el ejercicio 3. Puedes hacerlo un mínimo de 20 minutos preferiblemente al inicio del día.

Bondad amorosa y compasión por un ser querido

Presta atención a tu alrededor y estate atento en particular a los gestos de amabilidad y compasión que tienen las personas por las que sientes cercanía y aprecio. Observa que pasa en ti cuando ves a alguien haciendo un acto de amabilidad, observa tu primera reacción instintiva antes incluso de que haya pensamientos. Mira a ver si se mueve o conmueve algo por dentro, ¿qué sientes? ¿Sientes calidez en el pecho? O ¿quizás se te ha iluminado una sonrisa? Al final del día anota en tu diario algunas de estas experiencias.

Sesión 3- Cultivar la compasión y bondad amorosa hacia uno mismo.

Aumentar la autocompasión, la autoaceptación, no juzgar y ternura hacia uno mismo.

Luego la bondad amorosa hacia uno mismo, que trata de ejercitar las actitudes de cordialidad, valoración, alegría y gratitud. (Meditación en imaginación, de situaciones en las que uno sintió valoración y alegría hacia uno mismo, gratitud... posible utilización de la figura de apego... extender esa actitud a situaciones en las que uno la ha cagado). Importancia de conectar con las propias experiencias, emociones y necesidades y abrazarlas.

A veces somos nosotros esa persona difícil y es difícil sentir compasión y amor bondadoso por nosotros mismos, dado que a veces, los seres humanos aprendemos a tratarnos con desprecio, con enfado y sentimos rechazo hacia nosotros mismos. Esto tiene que ver con el apego que hemos recibido de niños. En los primeros años de vida, los niños aprenden como es el mundo y a como sentirse en él. Esto depende del trato recibido por los padres, mediante el cual, los niños desarrollan su sistema de apego, pudiendo este ser un apego seguro, cuando los padres proveen de apoyo, comprensión, seguridad y son capaces de tranquilizar al pequeño. Así el niño desarrolla una forma de tratarse a sí mismo capaz de tranquilizarle, calmarle y hacerle sentir a salvo. No obstante, cuando los padres no proveen al niño de seguridad y amor, este aprenderá que el mundo no es un lugar seguro y podrá desarrollar un apego inseguro, ansioso o evitativo.

Otro factor importante es la capacidad de los padres de transmitirles a sus hijos una sensación de valía intrínseca, de ser queribles y valiosos por ser quienes son. Pero en ocasiones, los padres, que a menudo se tratan a sí mismos con dureza, les enseñan a sus hijos a tratarse de esa misma forma, haciéndoles sentir que su valía depende de sus logros, o que no son queribles. Lo que acaba desembocando en el desarrollo de una parte autocrítica y una visión de sí mismos, como débiles, dañinos, o no merecedores de amor incondicional. Así pues, esto acaba creando una forma crítica de tratarse a ellos mismos, que hace muy complicado que puedan sentir amor o compasión por ellos mismos. Es por esto, que el entrenamiento en autocompasión, encuentra aquí su mayor reto y su posible mayor beneficio.

PRÁCTICA FORMAL

Ejercicio 1: Motivación e Intención

Encuentra una postura confortable. Relaja tu cuerpo si necesitas estira tus hombros y tu espalda. Toma tres respiraciones profundas imaginando que llenas tu cuerpo por dentro como si fueras una jarra llenándose de agua. Una vez te hayas relajado observa estas cuestiones

¿Qué es lo que yo realmente valoro profundamente?

¿Qué deseo en lo más profundo de mi corazón para mí y mis seres queridos y para el mundo?

Estate con estas preguntas un rato y mira si aparece alguna respuesta. Si no vienen respuestas no pasa nada, a veces todo está funcionando dentro cuando se está dejando que venga una respuesta. Si la respuesta llega, déjala dando vueltas en tus pensamientos y quédate con las sensaciones que estas respuestas te traigan.

Por último, desarrolla un conjunto específico de pensamientos como su intención consciente para el día de hoy. Puedes pensar; que pueda ser más consciente hoy de mis pensamientos, palabras y actos. Evitando conscientemente hacer daño a los demás. Pueda permanecer en el día de hoy conmigo mismo y con los demás con más amabilidad, entendimiento y menos juicio. Pueda permanecer hoy conectado con mis más profundos valores.

Ejercicio 2: Calmar la mente y centrar la atención.

Tres habilidades que entrenar: aprender a calmar la mente, desarrollar la concentración a través de enfocar la atención y por último fortalecer/consolidar nuestra conciencia en un

estado relajado en el que podemos observar nuestros pensamientos sin estar sobrepasados por ellos.

Relajar a través de la respiración:

En primer lugar, vamos a realizar un ejercicio de respiraciones profundas para calmar el cuerpo y la mente. Para ello, ponte en una postura en la que estés cómodo y lleva la atención a tu respiración. Cuando tomes aire, hazlo de manera lenta y profunda, imagina que el aire fresco entra en tu cuerpo llega hasta las zonas del cuerpo donde haya tensión. Imagina que este aire relaja esas tensiones. Cuando eches el aire, imagina que se van relajando estas tensiones. Imagina que te sientes ligero, flexible y sin tensión en el cuerpo. Repite un par de veces siempre que te sientas tenso y al iniciar cualquier sesión de meditación. Este ejercicio será la antesala del resto de las prácticas, lo que nos permitirá relajar un poco la tensión de nuestro cuerpo para que no obstaculice el resto de la práctica.

Mente espaciosa:

Este ejercicio complementa el anterior ayudando a la mente a sentir más espacio, a reducir las constricciones mentales y la rigidez y pesadez. Para ello acomoda tu respiración respirando naturalmente. Imagina que tu mente es un espacio abierto, expansivo y basto. Toma consciencia de tus pensamientos, emociones, esperanzas y miedos como si fueran nubes que toman forma y desaparecen en la bastedad del espacio abierto. Cuando venga un pensamiento y una emoción míralo como si fuera insustancial, como una nube que pasa. Imagina como surgen y desaparecen en la expansión ilimitada de tu mente. Después descansa tu mente en la espaciosidad por un instante, siente la calma. Haz esto durante un par de minutos.

Enfocando la mente:

Para poder trabajar con la compasión y que esta nos impregne de verdad, es necesario trabajar con la atención de la mente. Ya que esta tiende a divagar y nos distrae haciendo que perdamos el hilo de lo que estábamos haciendo. Por eso realizaremos este ejercicio antes de cada sesión y siempre que podamos para trabajar la concentración.

Ahora, después de haber tomado un par de respiraciones profundas, relaja tu respiración y empieza a centrarte en un punto sobre la respiración, podría ser la sensación de como el aire entra y sale por tu nariz, como tu barriga se mueve cuando con el aire... cualquier punto estará bien.

Cada vez que tu mente empiece a divagar o a despistarse, date cuenta y vuelve a llevar tu atención a ese punto. Ahora comenzaremos a contar respiraciones, del uno al 10. Coge aire, suelta el aire y cuentas uno, coge aire y suelta y cuentas dos... con las premisas de que cada vez que tu mente divague vuelvas a centrar tu atención en ese punto y vuelvas a empezar la cuenta por el uno. Cuando llegues a diez, vuelves a empezar por el uno de nuevo. Es importante que cuando te distraigas no te juzgues o te critiques o te enfades, simplemente reconoce que tu mente se ha distraído y tráela amablemente de nuevo al punto donde has centrado la atención.

Metacognición:

Toma un par de respiraciones profundas intentando relajar la tensión de tu cuerpo. Puedes continuar haciendo un par de rondas de contar respiraciones (ejercicio C) poniendo atención en un punto para calmar la mente. Después cuando estemos relajados y con la mente un poco más en calma, relaja tu mente, puedes mantener los ojos cerrados, o bien abiertos centrados en una pared lisa sin colores. Con la conciencia en el momento presente, observa lo que puede estar sucediendo, entrando y saliendo de tu conciencia. Ruidos de coches, sonidos sensaciones, pensamientos, recuerdos... simplemente mantente presente, consciente sin querer suprimirlo ni seguirlo. Sin alimentar los pensamientos, solo obsérvalo, reconócelo y déjalo ir. ¡Suelta!

Ejercicio 3: Perdón y autoaceptación y amabilidad hacia uno mismo

Perdonándonos a nosotros mismos:

Siéntate en una posición cómoda y date unos instantes para relajar tu cuerpo a través de unas respiraciones profundas que lleguen hasta el abdomen y luego tomate unos 30 segundos en silencio. Ahora piensa en algún momento en el que tu hayas hecho algo que no habrías querido hacer y que te reprochas. Por ejemplo comprar más de la cuenta,

gritarle a alguien, no atreverte a hacer algo... puede ser algo que te afecte solo a ti o algo que involucre también a alguien querido. Algo de lo que luego te has sentido culpable o avergonzado. Intenta recordarlo para poder evocar las emociones con más viveza. Ahora estate unos instantes con estas emociones. Después pregúntate ¿Por qué he reaccionado a esto de una forma tan dura? ¿Cuál es la necesidad subyacente no cubierta que yo estaba intentando satisfacer con este hecho? Quizás, si perdiste los papeles pudo ser porque te sentías poco respetado o necesitabas sentirte respetado o poner un límite a alguien. Necesitabas ser oído y esto no estaba ocurriendo.

Ahora quédate por un instante con esto. Ahora vuelve a recordar el hecho viéndolo desde la perspectiva de tu necesidad no satisfecha. Quizás intentaste satisfacerla de una forma torpe o poco adaptativa, pero recuerda que tu necesidad era legítima. En caso de haber gastado demasiado, o de sentirte avergonzado es porque quizás te sentías desencantado, decepcionado, de bajón y necesitabas un empujoncito que te hiciera dejar de sentirte así.

De nuevo con toda tu consciencia sobre el porqué permítete sentir esas emociones de tristeza decepción... en vez de culpable y avergonzado. Deja a un lado la forma de juzgarte a ti mismo por eso que hiciste ya que ahora sabes cuales eran las necesidades no satisfechas. Ahora respirando despacio, al expirar completamente deja ir las tensiones del cuerpo, deja ir todos los pensamientos de la mente y repítete; puedo dejar ir esto, lo voy a dejar ir. Finalmente siente esa expansión interna al dejar ir todo esto. Y respira profundamente unas cuantas veces más descansando en esta expansión.

Auto aceptación:

Toma de nuevo 3 respiraciones profundas dejando que tu cuerpo se vaya relajando. Después deja tu mente y tu cuerpo en silencio durante 30 segundos dejando que se vaya abriendo un espacio para realizar el siguiente ejercicio. Trae a tu mente una imagen de alguien que represente para ti la compasión, el amor, el cuidado, la sabiduría, la fuerza... podría ser alguien que te quiere sin condiciones y que te ha cuidado bien. Quizás no hayas tenido una figura tan positiva en tu vida, si esto es así, intenta buscar la imagen de alguien que pueda hacerte sentir que es capaz de tener estas cualidades aunque no lo conozcas personalmente. Podría ser una persona de alguna religión, el papa, algún santo, alguien que has visto en televisión... déjate un tiempo para encontrar la persona adecuada.

Ahora tomate unos instantes para dejar que estos pensamientos de compasión penetren en tu mente y la inunden. No es necesario que tengas una imagen muy vívida, pero sí que sientas su presencia. Imagina que delante de esta imagen puedes ser completamente tú mismo, con tus defectos y tus virtudes. No hace falta ningún tipo de regalo, ni que intentes ser alguien que no eres. No hay juicios ni voces críticas, lo que tu encuentras en esta presencia es una total aceptación de ti mismo.

Permanece en esta sensación de total aceptación de ti mismo. ¿Cómo se siente estar ahí? Siente como tu cuerpo se relaja y las tensiones en tu corazón bajan la guardia y comienza a sentir esa calidez que te impregna. Mantén la imagen de esta persona mientras respiras profundamente y al respirar te vas llenando de ese amor. Visualiza como cálidos rayos de luz emergen de esta persona y llegan a ti tocando todas las partes de tu cuerpo. Mientras te tocan estos rayos siente como estos te calman, alivian tu sufrimiento, y te dan fuerza y sabiduría. Ahora permanece en este momento y en este estado por unos instantes mientras los rayos te tocan y te llenan de tranquilidad, de amor, de calidez... cuando vayas a terminar el ejercicio toma una gran respiración profunda que te acabe de llenar de estas emociones.

Amabilidad hacia uno mismo:

Imagínate a ti mismo como un niño, quizás ayude imaginarnos como un niño pequeño de unos 2-3 años. Siente la vulnerabilidad de este niño. O quizás un niño del cual ya tengas recuerdos. ¿Sientes como algo dentro de ti querría protegerlo? Libre de juicios negativos, críticas y reprimendas. ¿Puedes sentir ternura hacia él?. Deja que estos sentimientos de ternura y protección surjan en ti desde lo más profundo de tu corazón. Permanece unos instantes dejando que esta sensación te impregne.

Práctica durante la semana

Relajación, mente espaciosa y enfocar la mente.

Siéntate en un lugar cómodo en una postura que te sea confortable en la que no estés ni demasiado cómodo ni demasiado tenso, toma 3 respiraciones profundas relajando tensiones. Ahora durante 5 minutos, mantén la atención en tu respiración mientras cuentas respiraciones del 1 al 10. La premisa es que cada vez que te distraigas vuelvas a dirigir tu atención al punto elegido y empieces a contar por el uno y cada vez que llegues al 10 vuelve a empezar por el 1.

Ahora deja que tu mente se expanda, acomoda tu respiración respirando naturalmente. Imagina que tu mente es un espacio abierto, expansivo y vasto. Toma consciencia de tus pensamientos, emociones, esperanzas y miedos como si fueran nubes que toman forma y desaparecen en la vastedad del espacio abierto. Cuando venga un pensamiento y una emoción míralo como si fuera insustancial, como una nube que pasa. Imagina como surgen y desaparecen en la expansión ilimitada de tu mente. Después descansa tu mente en la espaciosidad por un instante, siente la calma. Haz esto durante 5 minutos.

Por último trabaja la metacognición dejando que tu mente sea consciente de lo que ocurre fuera, con la conciencia en el momento presente, observa lo que puede estar sucediendo, entrando y saliendo de tu conciencia. Ruidos de coches, sonidos sensaciones, pensamientos, recuerdos... simplemente mantente presente, consciente sin querer suprimirlo ni seguirlo. Sin alimentar los pensamientos, solo obsérvalo, reconócelo y déjalo ir. ¡Suelta! Mantente en esta práctica durante 5 minutos

Haz estos ejercicios todos los días por 20 minutos. Anota en tu diario.

Ejercicio 3

Realiza el ejercicio 3 una vez cada día durante 20 minutos, preferiblemente al inicio del día después de la práctica anterior. Anota en tu diario cualquier experiencia que hayas experimentado, así como las dificultades que hayas podido encontrarte.

Identificar juicios, críticas y ansiedad y transformarla.

A lo largo del día, estate atento a cómo te tratas a ti mismo. Durante esta semana, te proponemos que prestes atención a cómo te haces sentir a ti mismo. La idea es que estés especialmente atento/a a los pensamientos que pasan por tu cabeza cuando haces algo

mal, cuando algo no te sale, cuando sientes vergüenza o miedo a algo. Mira a ver que te dices, cómo te lo dices y que te hace sentir en ese momento. ¿Te animas y te apoyas en estos momentos? O mas bien te riñes, te recuerdas cosas negativas, te criticas, te asustas... cuando te des cuenta de como te estás tratando, imagina ahora a un ser muy querido delante de ti e imagina que se lo dices a él/ella. ¿Se lo dirías? Ahora imagina que es esa persona tan querida la que te habla cuando te salen las cosas mal, cuando te asusta algo, cuando te avergüenzas... ¿qué te diría el/ella? ¿Cómo te haría sentir?. Ahora intenta sentir su calidez en tu interior e imagínate cuando eras pequeño. Imagina que ha sido ese niño el que ha hecho algo mal o el que tiene que hacer frente a estas dificultades y mira a ver cómo te gustaría tratarle en ese momento. Anota en tu diario que estás descubriendo de como te tratas a ti mismo y que te gustaría cambiar de esto.

Sesión 4- Compasión hacia los demás:

Primero ejercitando el sentimiento de humanidad compartida, en el que se descubre que todos los seres desean la felicidad y desean evitar el sufrimiento. Para esto se empieza con un ser querido, luego se extiende hacia una persona neutra, para seguir con alguien que es difícil y por último a todos los seres del universo.

Luego se aprende a observar una interconexión con todos los seres del universo. Se reconoce que dependemos de otras personas para “todo” para alimentarnos, vestarnos, aprender... para esto se observa como una camiseta por ejemplo empieza por una planta y se imagina todo el camino hasta llegar a tenerla. Trabajar la gratitud.

PRÁCTICA FORMAL

Ejercicio 1: Motivación e Intención

Encuentra una postura confortable. Relaja tu cuerpo si necesitas estira tus hombros y tu espalda. Toma tres respiraciones profundas imaginando que llenas tu cuerpo por dentro como si fueras una jarra llenándose de agua. Una vez te hayas relajado observa estas cuestiones

¿Qué es lo que yo realmente valoro profundamente?

¿Qué deseo en lo más profundo de mi corazón para mí y mis seres queridos y para el mundo?

Estate con estas preguntas un rato y mira si aparece alguna respuesta. Si no vienen respuestas no pasa nada, a veces todo está funcionando dentro cuando se está dejando que venga una respuesta. Si la respuesta llega, déjala dando vueltas en tus pensamientos y quédate con las sensaciones que estas respuestas te traigan.

Por último, desarrolla un conjunto específico de pensamientos como su intención consciente para el día de hoy. Puedes pensar; que pueda ser más consciente hoy de mis pensamientos, palabras y actos. Evitando conscientemente hacer daño a los demás. Pueda permanecer en el día de hoy conmigo mismo y con los demás con más amabilidad,

entendimiento y menos juicio. Pueda permanecer hoy conectado con mis más profundos valores.

Ejercicio 2: Calmar la mente y centrar la atención.

Tres habilidades que entrenar: aprender a calmar la mente, desarrollar la concentración a través de enfocar la atención y por último fortalecer/consolidar nuestra conciencia en un estado relajado en el que podemos observar nuestros pensamientos sin estar sobrepasados por ellos.

Relajar a través de la respiración:

En primer lugar, vamos a realizar un ejercicio de respiraciones profundas para calmar el cuerpo y la mente. Para ello, ponte en una postura en la que estés cómodo y lleva la atención a tu respiración. Cuando tomes aire, hazlo de manera lenta y profunda, imagina que el aire fresco entra en tu cuerpo llega hasta las zonas del cuerpo donde haya tensión. Imagina que este aire relaja esas tensiones. Cuando eches el aire, imagina que se van relajando estas tensiones. Imagina que te sientes ligero, flexible y sin tensión en el cuerpo. Repite un par de veces siempre que te sientas tenso y al iniciar cualquier sesión de meditación. Este ejercicio será la antesala del resto de las prácticas, lo que nos permitirá relajar un poco la tensión de nuestro cuerpo para que no obstaculice el resto de la práctica.

Mente espaciosa:

Este ejercicio complementa el anterior ayudando a la mente a sentir más espacio, a reducir las constricciones mentales y la rigidez y pesadez. Para ello acomoda tu respiración respirando naturalmente. Imagina que tu mente es un espacio abierto, expansivo y basto. Toma consciencia de tus pensamientos, emociones, esperanzas y miedos como si fueran nubes que toman forma y desaparecen en la bastedad del espacio abierto. Cuando venga un pensamiento y una emoción míralo como si fuera insustancial, como una nube que pasa. Imagina como surgen y desaparecen en la expansión ilimitada de tu mente. Después descansa tu mente en la espaciosidad por un instante, siente la calma. Haz esto durante un par de minutos.

Enfocando la mente:

Para poder trabajar con la compasión y que esta nos impregne de verdad, es necesario trabajar con la atención de la mente. Ya que esta tiende a divagar y nos distrae haciendo que perdamos el hilo de lo que estábamos haciendo. Por eso realizaremos este ejercicio antes de cada sesión y siempre que podamos para trabajar la concentración.

Ahora, después de haber tomado un par de respiraciones profundas, relaja tu respiración y empieza a centrarte en un punto sobre la respiración, podría ser la sensación de como el aire entra y sale por tu nariz, como tu barriga se mueve cuando con el aire... cualquier punto estará bien.

Cada vez que tu mente empiece a divagar o a despistarse, date cuenta y vuelve a llevar tu atención a ese punto. Ahora comenzaremos a contar respiraciones, del uno al 10. Coge aire, suelta el aire y cuentas uno, coge aire y suelta y cuentas dos... con las premisas de que cada vez que tu mente divague vuelvas a centrar tu atención en ese punto y vuelvas a empezar la cuenta por el uno. Cuando llegues a diez, vuelves a empezar por el uno de nuevo. Es importante que cuando te distraigas no te juzgues o te critiques o te enfades, simplemente reconoce que tu mente se ha distraído y tráela amablemente de nuevo al punto donde has centrado la atención.

Metacognición:

Toma un par de respiraciones profundas intentando relajar la tensión de tu cuerpo. Puedes continuar haciendo un par de rondas de contar respiraciones (ejercicio C) poniendo atención en un punto para calmar la mente. Después cuando estemos relajados y con la mente un poco más en calma, relaja tu mente, puedes mantener los ojos cerrados, o bien abiertos centrados en una pared lisa sin colores. Con la conciencia en el momento presente, observa lo que puede estar sucediendo, entrando y saliendo de tu conciencia. Ruidos de coches, sonidos sensaciones, pensamientos, recuerdos... simplemente mantente presente, consciente sin querer suprimirlo ni seguirlo. Sin alimentar los pensamientos, solo obsérvalo, reconócelo y déjalo ir. ¡Suelta!

Ejercicio 3: Compasión por otros:

Ahora imagina a alguien querido, alguien a quien te sea fácil querer y tratar. Podría ser un miembro de tu familia, quizás incluso una mascota, mira si puedes sentir su presencia. Estate atento a cualquier emoción placentera de ver a esta persona. Ahora imagina ponerte es sus zapatos y sentir que tú eres esa persona. Siente lo fácil que es para ti experimentar la aspiración de esta persona a ser feliz, tanto como lo deseas tu.

Ahora trae a tu mente otra persona, alguien por quien no tengas ningún sentimiento en especial, quizás alguien a quien no conozcas mucho, un compañero de trabajo, un camarero de algún lugar que frecuentas... toma consciencia de las emociones que surgen en ti cuando imaginas a esta persona, date cuenta de cómo estas emociones son diferentes a cuando imaginabas a un ser querido. Quizás nunca hayas pensado en cómo sería ser esta persona, ahora no trates de ser esa persona sino más bien imagina su vida. Sus esperanzas y sus miedos. Reconoce la profunda similitud entre tú y esa persona al nivel más elemental del ser humano, reflexiona de esta manera, igual que yo, el desea tener felicidad y evitar el sufrimiento. Deja que por unos instantes la sensación que trae estas frases resuene en ti. Por último, trae a tu mente un persona con quien quizás hayas tenido alguna dificultad, alguien que te irrita, que te hace ser duro o alguien de quien te alegrarías de su infortunio. Si como resultado de imaginar a esta persona han despertado en ti sentimientos negativos simplemente déjalos estar y reconócelos.

No intentes evitar o suprimir estos pensamientos ni les des más fuego recordando alguna rencilla concreta, solo déjalos estar. Ahora ponte en su lugar, imaginando que eres esta persona imaginando que esta persona es importante para alguien, quizás es marido o esposa, quizás hijo... toma consciencia de que esta persona tiene las mismas aspiraciones de felicidad y de evitar el sufrimiento que tú y tomate algunos segundos reconociendo esto. Ahora pon a estas tres personas delante de ti y reflexiona sobre la idea de que ambas tienen la aspiración de ser felices y de evitar el sufrimiento. A este nivel ninguna de ellas es diferentes. Todos los seres humanos compartimos estas mismas aspiraciones y hacemos lo que hacemos motivados por la obtención de la felicidad y el evitar el sufrimiento. Reflexiona de esta forma durante unos segundos. Ahora repite esta frase: al igual que yo, todos los seres aspiran a encontrar la felicidad y evitar el sufrimiento. Mirando a cada una de estas tres personas repite mentalmente;

“Puedas estar libre de dolor y sufrimiento

Puedas estar libre de miedo y ansiedad

Puedas experimentar paz y alegría”

Práctica durante la semana

Relajación, mente espaciosa y enfocar la mente.

Siéntate en un lugar cómodo en una postura que te sea confortable en la que no estés ni demasiado cómodo ni demasiado tenso, toma 3 respiraciones profundas relajando tensiones. Ahora durante 5 minutos, mantén la atención en tu respiración mientras cuentas respiraciones del 1 al 10. La premisa es que cada vez que te distraigas vuelvas a dirigir tu atención al punto elegido y empieces a contar por el uno y cada vez que llegues al 10 vuelve a empezar por el 1.

Ahora deja que tu mente se expanda, acomoda tu respiración respirando naturalmente. Imagina que tu mente es un espacio abierto, expansivo y basto. Toma consciencia de tus pensamientos, emociones, esperanzas y miedos como si fueran nubes que toman forma y desaparecen en la vastedad del espacio abierto. Cuando venga un pensamiento y una emoción míralo como si fuera insustancial, como una nube que pasa. Imagina como surgen y desaparecen en la expansión ilimitada de tu mente. Después descansa tu mente en la espaciosidad por un instante, siente la calma. Haz esto durante 5 minutos.

Por último trabaja la metacognición dejando que tu mente sea consciente de lo que ocurre fuera, con la conciencia en el momento presente, observa lo que puede estar sucediendo, entrando y saliendo de tu conciencia. Ruidos de coches, sonidos sensaciones, pensamientos, recuerdos... simplemente mantente presente, consciente sin querer suprimirlo ni seguirlo. Sin alimentar los pensamientos, solo obsérvalo, reconócelo y déjalo ir. ¡Suelta! Mantente en esta práctica durante 5 minutos

Haz estos ejercicios todos los días por 20 minutos. Anota en tu diario.

Ejercicio 3

Procura todos los días realizar el ejercicio 3 durante 20 minutos después de haber realizado unos minutos del ejercicio anterior. Anota en tu diario que has experimentado, con que retos te encuentras y que te gustaría cambiar.

Atención al sufrimiento del otro

Durante el día, procura estar más consciente al sufrimiento de los demás. Quizás estés en el supermercado, en clase, en el trabajo... mira a tu alrededor y observa con detenimiento que están experimentando las personas que tienes alrededor. Cuando veas a alguien sufrir intenta imaginar con detenimiento que está experimentando, que es lo que le causa ese sufrimiento e intenta generar en tu interior la aspiración de que pueda liberarse de ese sufrimiento. Si te ayuda, puedes repetir en tu cabeza, tu como yo... y completar esta frase con lo que te surja, quizás: tu como yo sufres, tu como yo podrías estar en apuros, tu como yo tienes personas a la que quieres y te quieren...

Convirtiéndote en un gran ser compasivo

En primer lugar siéntate en un lugar en el que estés cómodo. Relájate tomando unas respiraciones profundas y tomate un par de minutos en centrarte en la respiración. Ahora vamos a hacer un ejercicio en el cual, vamos a actuar como si fuéramos una persona muy muy compasiva. Al principio puede resultar forzado pero déjate empapar por el ejercicio y permítete jugar un poco. Imagina que eres un gran ser compasivo. Imagina como sería sus gestos, sus palabras, su tono de voz... que emociones hay en su interior. Imagina como camina esta persona que alberga en su interior una gran compasión y amor por todos los seres. Que es capaz de perdonar y ser siempre amable. Quizás sea una persona sabia, mayor...

Ahora juega un poco a ser esta persona. Piensa en que cualidades tendrías. Da igual si tienes o no estas cualidades, porque ahora estamos jugando a hacer como sí. Permite que las expresiones faciales, el tono de la voz, la postura del cuerpo se amolde a ser este ser compasivo. Imagina que vas a actuar este papel durante un ratito. Mira a ver como se siente ser esta persona tan compasiva, tan amable, tan tierna y permítete serlo durante un

ratito. Mira a ver que cambios experimenta tu cuerpo, tus músculos, tus emociones. Quédate un tiempo con estas sensaciones con seriedad pero intentando disfrutarlo.

Ahora te propongo qué durante la semana, en algún ratito cada día, te conviertas de nuevo en este ser compasivo y como si fueras un actor, camines, hables y trates de emular como sería este ser compasivo. Imagina convertirte y ser este ser compasivo y deja que tu cuerpo experimente esta sensación que poco a poco te irá descubriendo como es para ti sentir una gran compasión. Sólo permítete jugar de vez en cuando para que tu mente se llene de estas emociones y sensaciones.

Sesión 5- Compasión hacia alguien complicado.

El trabajo aquí parte de la base de generar compasión por alguien querido, luego neutro y luego difícil para acabar sintiendo que todos los seres del universo queremos felicidad y deseamos apartarnos del sufrimiento y que todos merecemos estar felices. Se genera la sensación de formar parte de algo más grande ya que todos necesitamos sentirnos queridos, y necesitamos dar y recibir bondad para ser felices.

PRÁCTICA FORMAL

Ejercicio 1: Motivación e Intención

Encuentra una postura confortable. Relaja tu cuerpo si necesitas estira tus hombros y tu espalda. Toma tres respiraciones profundas imaginando que llenas tu cuerpo por dentro como si fueras una jarra llenándose de agua. Una vez te hayas relajado observa estas cuestiones

¿Qué es lo que yo realmente valoro profundamente?

¿Qué deseo en lo más profundo de mi corazón para mí y mis seres queridos y para el mundo?

Estate con estas preguntas un rato y mira si aparece alguna respuesta. Si no vienen respuestas no pasa nada, a veces todo está funcionando dentro cuando se está dejando que venga una respuesta. Si la respuesta llega, déjala dando vueltas en tus pensamientos y quédate con las sensaciones que estas respuestas te traigan.

Por último, desarrolla un conjunto específico de pensamientos como su intención consciente para el día de hoy. Puedes pensar; que pueda ser más consciente hoy de mis pensamientos, palabras y actos. Evitando conscientemente hacer daño a los demás. Pueda permanecer en el día de hoy conmigo mismo y con los demás con más amabilidad, entendimiento y menos juicio. Pueda permanecer hoy conectado con mis más profundos valores.

Ejercicio 2: Calmar la mente y centrar la atención.

Tres habilidades que entrenar: aprender a calmar la mente, desarrollar la concentración a través de enfocar la atención y por último fortalecer/consolidar nuestra conciencia en un estado relajado en el que podemos observar nuestros pensamientos sin estar sobrepasados por ellos.

Relajar a través de la respiración:

En primer lugar, vamos a realizar un ejercicio de respiraciones profundas para calmar el cuerpo y la mente. Para ello, ponte en una postura en la que estés cómodo y lleva la atención a tu respiración. Cuando tomes aire, hazlo de manera lenta y profunda, imagina que el aire fresco entra en tu cuerpo llega hasta las zonas del cuerpo donde haya tensión. Imagina que este aire relaja esas tensiones. Cuando eches el aire, imagina que se van relajando estas tensiones. Imagina que te sientes ligero, flexible y sin tensión en el cuerpo. Repite un par de veces siempre que te sientas tenso y al iniciar cualquier sesión de meditación. Este ejercicio será la antesala del resto de las prácticas, lo que nos permitirá relajar un poco la tensión de nuestro cuerpo para que no obstaculice el resto de la práctica.

Mente espaciosa:

Este ejercicio complementa el anterior ayudando a la mente a sentir más espacio, a reducir las constricciones mentales y la rigidez y pesadez. Para ello acomoda tu respiración respirando naturalmente. Imagina que tu mente es un espacio abierto, expansivo y basto. Toma consciencia de tus pensamientos, emociones, esperanzas y miedos como si fueran nubes que toman forma y desaparecen en la bastedad del espacio abierto. Cuando venga un pensamiento y una emoción míralo como si fuera insustancial, como una nube que pasa. Imagina como surgen y desaparecen en la expansión ilimitada de tu mente. Después descansa tu mente en la espaciosidad por un instante, siente la calma. Haz esto durante un par de minutos.

Enfocando la mente:

Para poder trabajar con la compasión y que esta nos impregne de verdad, es necesario trabajar con la atención de la mente. Ya que esta tiende a divagar y nos distrae haciendo

que perdamos el hilo de lo que estábamos haciendo. Por eso realizaremos este ejercicio antes de cada sesión y siempre que podamos para trabajar la concentración.

Ahora, después de haber tomado un par de respiraciones profundas, relaja tu respiración y empieza a centrarte en un punto sobre la respiración, podría ser la sensación de como el aire entra y sale por tu nariz, como tu barriga se mueve cuando con el aire... cualquier punto estará bien.

Cada vez que tu mente empiece a divagar o a despistarse, date cuenta y vuelve a llevar tu atención a ese punto. Ahora comenzaremos a contar respiraciones, del uno al 10. Coge aire, suelta el aire y cuentas uno, coge aire y suelta y cuentas dos... con las premisas de que cada vez que tu mente divague vuelvas a centrar tu atención en ese punto y vuelvas a empezar la cuenta por el uno. Cuando llegues a diez, vuelves a empezar por el uno de nuevo. Es importante que cuando te distraigas no te juzgues o te critiques o te enfades, simplemente reconoce que tu mente se ha distraído y tráela amablemente de nuevo al punto donde has centrado la atención.

Metacognición:

Toma un par de respiraciones profundas intentando relajar la tensión de tu cuerpo. Puedes continuar haciendo un par de rondas de contar respiraciones (ejercicio C) poniendo atención en un punto para calmar la mente. Después cuando estemos relajados y con la mente un poco más en calma, relaja tu mente, puedes mantener los ojos cerrados, o bien abiertos centrados en una pared lisa sin colores. Con la conciencia en el momento presente, observa lo que puede estar sucediendo, entrando y saliendo de tu conciencia. Ruidos de coches, sonidos sensaciones, pensamientos, recuerdos... simplemente mantente presente, consciente sin querer suprimirlo ni seguirlo. Sin alimentar los pensamientos, solo obsérvalo, reconócelo y déjalo ir. ¡Suelta!

Ejercicio 3: Compasión por todos los seres

Estando sentado en un lugar relajado trae tu mente al momento presente a través de centrar la atención en tu respiración y tomate unos segundos en este estado. Ahora tomate un

momento para llevar a tu mente un recuerdo en el que estuvieras pasando por dificultades, en el que estuvieras sufriendo por algo. Nota que sientes en este momento, el dolor, el miedo... deja que emerja un sentimiento de ternura y calidez, reconociendo la necesidad de experimentar alegría y de apartarte del sufrimiento y repite “pueda estar libre de sufrimiento, pueda experimentar paz y alegría, pueda estar libre del sufrimiento”. Permanece en este instante con todo tu corazón abierto a estas aspiraciones.

Ahora imagina a alguien a quien quieres y nota la calidez de tus sentimientos que se despiertan al observar a esta persona. Imagina un momento en el que esta persona estuviera pasando por dificultades y nota como una preocupación por ella o él se despierta dentro de ti. Siente como como sientes en tus adentros su dolor, quizás emerja una necesidad de hacer algo por el o ella. Con estos sentimientos repite para tus adentros; “puedas ser feliz, puedas alejarte del sufrimiento, puedas encontrar la paz y la felicidad”. Repite esto por unos segundos dejando que el deseo de que esto suceda se hace más grande. Ahora imagina a alguien que no te cause ninguna emoción ni de acercamiento ni de rechazo. Reflexiona como al igual que tu, esta persona quiere encontrar la felicidad y dejar de experimentar sufrimiento, como tiene esta persona al igual que tu tiene aspiraciones, deseos y miedos. Ahora reflexiona; al igual que yo, esta persona quiere alcanzar la felicidad y apartarse del sufrimiento. Ahora imagina a esta persona sufriendo, pasando por alguna circunstancia complicada, permite a tu corazón experimentar ternura y preocupación genuinas por esta persona. Incluso si puedes, permítete sentir la necesidad de hacer algo por aliviar su sufrimiento. Y repite las frases; “puedas estar libre del sufrimiento, puedas alcanzar la felicidad”. Ahora reflexiona como todas las personas que existen, al igual que tu desean alcanzar la felicidad, como todas experimentan sufrimiento y desean separarse del sufrimiento y como todo lo que hacen no es sino un intento de alcanzar con más o menos acierto estas aspiraciones. Ahora deja resonar estas frases enfocando tu mente en todos los seres; “puedan estar libres del sufrimiento, puedan estar libres de la ansiedad, puedan alcanzar la alegría y el regocijo”. Permite que tu corazón se vaya abriendo a este deseo genuino.

Ahora imagina delante de ti a alguien que te produzca emociones negativas. Alguien que te saque de tus casillas y que te produzca rechazo. Imagínala con todo lujo de detalles. Poniéndola delante de ti, imagina que le dices todas esas cosas que llevas dentro, quizás

la insultes o la desprecies, podrías hacerla sentir de menos... desahoga esas emociones que tienes dentro.

Ahora imagina que te intercambias con esa persona que tienes delante y recibes todos esos agravios que le has dirigido. Mira a ver como te hace sentir recibir todo eso, el dolor, la vergüenza, la humillación, el miedo... intenta conectar con todos esos sentimientos que surgen dentro de ti al recibir estas frases. ¿Cómo te sientes al respecto? ¿Qué desearías que te hubieran dicho? Vuelve de nuevo a tu lugar y observa que se despierta en tu interior. ¿Qué sientes al ver el dolor de esta persona? Deja que tu corazón se abra a la experiencia.

Práctica durante la semana

Relajación, mente espaciosa y enfocar la mente.

Siéntate en un lugar cómodo en una postura que te sea confortable en la que no estés ni demasiado cómodo ni demasiado tenso, toma 3 respiraciones profundas relajando tensiones. Ahora durante 5 minutos, mantén la atención en tu respiración mientras cuentas respiraciones del 1 al 10. La premisa es que cada vez que te distraigas vuelvas a dirigir tu atención al punto elegido y empieces a contar por el uno y cada vez que llegues al 10 vuelve a empezar por el 1.

Ahora deja que tu mente se expanda, acomoda tu respiración respirando naturalmente. Imagina que tu mente es un espacio abierto, expansivo y basto. Toma consciencia de tus pensamientos, emociones, esperanzas y miedos como si fueran nubes que toman forma y desaparecen en la bastedad del espacio abierto. Cuando venga un pensamiento y una emoción míralo como si fuera insustancial, como una nube que pasa. Imagina como surgen y desaparecen en la expansión ilimitada de tu mente. Después descansa tu mente en la espaciosidad por un instante, siente la calma. Haz esto durante 5 minutos.

Por último trabaja la metacognición dejando que tu mente sea consciente de lo que ocurre fuera, con la conciencia en el momento presente, observa lo que puede estar sucediendo, entrando y saliendo de tu conciencia. Ruidos de coches, sonidos sensaciones, pensamientos, recuerdos... simplemente mantente presente, consciente sin querer

suprimirlo ni seguirlo. Sin alimentar los pensamientos, solo obsérvalo, reconócelo y déjalo ir. ¡Suelta! Mantente en esta práctica durante 5 minutos

Haz estos ejercicios todos los días por 20 minutos. Anota en tu diario.

Ejercicio 3

Observa a tu alrededor y trata prestar atención al sufrimiento de las personas que hay a tu alrededor, quizás a un invidente que le cuesta cruzar un semáforo, a una persona sin hogar, a un anciano que está solo en el parque, a un niño que llora... trata de empatizar con el sufrimiento que está experimentando esa persona. Intenta imaginar cómo es su vida con respecto a ese sufrimiento, (dolor físico, soledad, miedo, no tener recursos, enfermedad, momento de vergüenza o tristeza por alguna pérdida. Si te resulta difícil empatizar con ello, intenta imaginar que eres tú el que estás pasando por esa situación y créalo muy vívidamente en tu interior. ¿Qué necesitarías si tuvieras cerca a alguien que pudiera ver tu dolor? ¿Cómo te sentirías si esa persona se acercase a ti para brindarte ayuda? Ahora intenta dejar que emerja y se expanda ese sentimiento de compasión, de cercanía hacia esa persona en tu corazón. Mantén ese sentimiento todo el tiempo que puedas. **observa si este sentimiento es diferente dependiendo de la cercanía emocional que tienes hacia esa persona (alguien querido, alguien conocido, alguien desconocido o alguien difícil para nosotros).

Un par de veces al día pon la televisión, quizás algún programa de Telecinco en el que todos se gritan y se increpan. Quizás el telediario o alguna película o serie, El ejercicio es que elijas la persona que peor te cae, que más nervioso te pone y que intentes pensar en que esta persona está atravesando por un gran sufrimiento. Intenta imaginar su vida y su sufrimiento que le ha llevado a actuar como está actuando y genera los pensamientos de que al igual que tú desea evitar el sufrimiento y alcanzar la felicidad. Intenta ahora si puedes generar un sentimiento de compasión por el sufrimiento de esta persona. Observa que obstáculos se generan en ti y anótalos en tu diario.

Sesión 6 - Práctica de la compasión activa.

Se genera el deseo de hacer algo por el sufrimiento de los demás. Se trabaja con tonglen. Se visualiza a las personas que están sufriendo y como tu recoges su sufrimiento y a la vez les mandas u ofreces tus habilidades, o lo que más necesiten.

PRÁCTICA FORMAL

Ejercicio 1: Motivación e Intención

Encuentra una postura confortable. Relaja tu cuerpo si necesitas estira tus hombros y tu espalda. Toma tres respiraciones profundas imaginando que llenas tu cuerpo por dentro como si fueras una jarra llenándose de agua. Una vez te hayas relajado observa estas cuestiones

¿Qué es lo que yo realmente valoro profundamente?

¿Qué deseo en lo más profundo de mi corazón para mí y mis seres queridos y para el mundo?

Estate con estas preguntas un rato y mira si aparece alguna respuesta. Si no vienen respuestas no pasa nada, a veces todo está funcionando dentro cuando se está dejando que venga una respuesta. Si la respuesta llega, déjala dando vueltas en tus pensamientos y quédate con las sensaciones que estas respuestas te traigan.

Por último, desarrolla un conjunto específico de pensamientos como su intención consciente para el día de hoy. Puedes pensar; que pueda ser más consciente hoy de mis pensamientos, palabras y actos. Evitando conscientemente hacer daño a los demás. Pueda permanecer en el día de hoy conmigo mismo y con los demás con más amabilidad, entendimiento y menos juicio. Pueda permanecer hoy conectado con mis más profundos valores.

Ejercicio 2: Calmar la mente y centrar la atención.

Tres habilidades que entrenar: aprender a calmar la mente, desarrollar la concentración a través de enfocar la atención y por último fortalecer/consolidar nuestra conciencia en un estado relajado en el que podemos observar nuestros pensamientos sin estar sobrepasados por ellos.

A) Relajar a través de la respiración:

En primer lugar, vamos a realizar un ejercicio de respiraciones profundas para calmar el cuerpo y la mente. Para ello, ponte en una postura en la que estés cómodo y lleva la atención a tu respiración. Cuando tomes aire, hazlo de manera lenta y profunda, imagina que el aire fresco entra en tu cuerpo llega hasta las zonas del cuerpo donde haya tensión. Imagina que este aire relaja esas tensiones. Cuando eches el aire, imagina que se van relajando estas tensiones. Imagina que te sientes ligero, flexible y sin tensión en el cuerpo. Repite un par de veces siempre que te sientas tenso y al iniciar cualquier sesión de meditación. Este ejercicio será la antesala del resto de las prácticas, lo que nos permitirá relajar un poco la tensión de nuestro cuerpo para que no obstaculice el resto de la práctica.

Mente espaciosa:

Este ejercicio complementa el anterior ayudando a la mente a sentir más espacio, a reducir las constricciones mentales y la rigidez y pesadez. Para ello acomoda tu respiración respirando naturalmente. Imagina que tu mente es un espacio abierto, expansivo y basto. Toma consciencia de tus pensamientos, emociones, esperanzas y miedos como si fueran nubes que toman forma y desaparecen en la bastedad del espacio abierto. Cuando venga un pensamiento y una emoción míralo como si fuera insustancial, como una nube que pasa. Imagina como surgen y desaparecen en la expansión ilimitada de tu mente. Después descansa tu mente en la espaciosidad por un instante, siente la calma. Haz esto durante un par de minutos.

Enfocando la mente:

Para poder trabajar con la compasión y que esta nos impregne de verdad, es necesario trabajar con la atención de la mente. Ya que esta tiende a divagar y nos distrae haciendo

que perdamos el hilo de lo que estábamos haciendo. Por eso realizaremos este ejercicio antes de cada sesión y siempre que podamos para trabajar la concentración.

Ahora, después de haber tomado un par de respiraciones profundas, relaja tu respiración y empieza a centrarte en un punto sobre la respiración, podría ser la sensación de como el aire entra y sale por tu nariz, como tu barriga se mueve cuando con el aire... cualquier punto estará bien.

Cada vez que tu mente empiece a divagar o a despistarse, date cuenta y vuelve a llevar tu atención a ese punto. Ahora comenzaremos a contar respiraciones, del uno al 10. Coge aire, suelta el aire y cuentas uno, coge aire y suelta y cuentas dos... con las premisas de que cada vez que tu mente divague vuelvas a centrar tu atención en ese punto y vuelvas a empezar la cuenta por el uno. Cuando llegues a diez, vuelves a empezar por el uno de nuevo. Es importante que cuando te distraigas no te juzgues o te critiques o te enfades, simplemente reconoce que tu mente se ha distraído y tráela amablemente de nuevo al punto donde has centrado la atención.

Metacognición:

Toma un par de respiraciones profundas intentando relajar la tensión de tu cuerpo. Puedes continuar haciendo un par de rondas de contar respiraciones (ejercicio C) poniendo atención en un punto para calmar la mente. Después cuando estemos relajados y con la mente un poco más en calma, relaja tu mente, puedes mantener los ojos cerrados, o bien abiertos centrados en una pared lisa sin colores. Con la conciencia en el momento presente, observa lo que puede estar sucediendo, entrando y saliendo de tu conciencia. Ruidos de coches, sonidos sensaciones, pensamientos, recuerdos... simplemente mantente presente, consciente sin querer suprimirlo ni seguirlo. Sin alimentar los pensamientos, solo obsérvalo, reconócelo y déjalo ir. ¡Suelta!

Ejercicio 3: compasión Activa; Tonglen

Tonglen: primero deja que tu mente se aquiete tomando unas 3 o 5 respiraciones profundas llevando tu atención a tu barriga y relajando el cuerpo. Ahora, elige una persona

para este ejercicio, podría ser una persona querida que está pasando actualmente por algún tipo de sufrimiento o quizás puedes elegir a algún grupo que sientas cercano que este pasando por una serie de desgracias, por ejemplo las personas que están en guerra, las personas que fueron a un campo de concentración... ahora trae a tu mente el pensamiento de que esta o estas personas, al igual que tu, desean liberarse del sufrimiento. Desde la base de este pensamiento, genera una sensación de preocupación por su bienestar y el deseo de que se libere del dolor, del miedo y de la preocupación.

Con estos deseos compasivos, imagina que su miedo, dolor o preocupación emergen de su cuerpo en forma de una nube negra y entra en tu cuerpo cuando respiras, y que se disuelve en tu corazón donde queda completamente extinguido, imaginando que de alguna manera tu tomas su sufrimiento.

Imagina que a gracias a haber tomado su sufrimiento, ellos quedan libres del dolor y el miedo. Mientras haces esto, refuerza tu pensamiento; “al igual que yo ellos quieren aliviar su sufrimiento y alcanzar la felicidad. Ahora genera la aspiración de que ellos puedan verse libres del sufrimiento y puedan alcanzar la felicidad, la tranquilidad y el regocijo.

Mientras cultivas estos pensamientos, sincroniza tu respiración expulsando el aire e imagina que una luz brillante y cálida sale de ti y les envuelve y penetra en ellos llenándoles de paz, alegría, felicidad... imagíñales recibiendo estos rayos y experimentando felicidad y tranquilidad. Repite esto durante unos minutos.

Ahora mira a ver si puedes mantener estos sentimientos y enviarlos aún más lejos, intenta hacer esto más extensivo y trata de hacerlo con más personas que quizás ni conozcas que puedan estar pasando por un mal momento. Tómame unos minutos para esto.

Por último, trata de hacer este ejercicio con alguien con quien tienes dificultades, alguien a quien puede que hayas tratado mal, o que te haya tratado mal a ti. Intenta recordar que justo igual que tu, esa persona solo quiere liberarse del sufrimiento y experimentar la felicidad. Trata de inspirar su dolor, disolverlo en tu interior y exhalar una luz brillante y cálida que le reconforte y alivie su sufrimiento.

Finalmente si puedes, intenta extender este ejercicio hacia todos los seres del universo sin excepción. Tomate unos minutos para intentar hacer llegar esa luz que emana de ti y toca a todos los seres aliviándoles.

Práctica durante la semana

Relajación, mente espaciosa y enfocar la mente.

Siéntate en un lugar cómodo en una postura que te sea confortable en la que no estés ni demasiado cómodo ni demasiado tenso, toma 3 respiraciones profundas relajando tensiones. Ahora durante 5 minutos, mantén la atención en tu respiración mientras cuentas respiraciones del 1 al 10. La premisa es que cada vez que te distraigas vuelvas a dirigir tu atención al punto elegido y empieces a contar por el uno y cada vez que llegues al 10 vuelve a empezar por el 1.

Ahora deja que tu mente se expanda, acomoda tu respiración respirando naturalmente. Imagina que tu mente es un espacio abierto, expansivo y basto. Toma consciencia de tus pensamientos, emociones, esperanzas y miedos como si fueran nubes que toman forma y desaparecen en la bastedad del espacio abierto. Cuando venga un pensamiento y una emoción míralo como si fuera insustancial, como una nube que pasa. Imagina como surgen y desaparecen en la expansión ilimitada de tu mente. Después descansa tu mente en la espaciosidad por un instante, siente la calma. Haz esto durante 5 minutos.

Por último trabaja la metacognición dejando que tu mente sea consciente de lo que ocurre fuera, con la conciencia en el momento presente, observa lo que puede estar sucediendo, entrando y saliendo de tu conciencia. Ruidos de coches, sonidos sensaciones, pensamientos, recuerdos... simplemente mantente presente, consciente sin querer suprimirlo ni seguirlo. Sin alimentar los pensamientos, solo obsérvalo, reconócelo y déjalo ir. ¡Suelta! Mantente en esta práctica durante 5 minutos

Haz estos ejercicios todos los días por 20. Anota en tu diario.

Ejercicio 3

Realiza el ejercicio tres después de la práctica anterior. Realízalo durante 20 minutos

Siempre que puedas en el día; antes de comer, cuando vas a comprar algo, cuando te relacionas con otros... intenta traer a tu cabeza cuantas personas pueden estar involucradas en este hecho, desde las personas que han elaborado el producto, los que han recogido la materia prima, los que lo transportan, los que te lo venden... reconoce que necesitas de todos ellos para comer lo que tienes en el plato o para llevar esa prenda de ropa... Contempla como de la misma forma que tú eres un agente activo que puede beneficiar a los demás, ellos también son parte imprescindible de tu felicidad. Reflexiona en la forma en que la presencia de los demás hace posible tu existencia. Por ejemplo la persona que coge el trigo, que hace el pan, que te vende el pan... incluso los que hacen la bolsa en la que lo llevas o el cuchillo con el que lo cortas. Todos y cada uno somos necesarios para la vida de los demás y contribuyen a tu bienestar. Ahora deja que tu corazón abra a esta sensación y se llene de gratitud. Permanece en esta sensación y deja que permee en todo tu ser. Ahora contempla este pensamiento; al igual que yo me siento feliz cuando los otros me proveen felicidad, cuando se preocupan por mí y cuando sufro, pueda alegrarme de la felicidad de los demás y sentir preocupación por su dolor. Una vez más reconoce que los otros también aspiran a experimentar la felicidad, evitar el sufrimiento de la misma forma que tú lo quieres. Abre tu corazón a regocijarte en la felicidad de los otros. Ahora piensa que igual que yo, todos los seres aspiran a ser felices y evitar el sufrimiento. Permanece con esa sensación de conexión con los otros.

Anexo 7; Programa focusing

Semana 1: FOCUSING

CONTENIDOS

1.- Video Bienvenida Empatía y focusing

Se da la bienvenida al curso para el desarrollo de las habilidades de sintonización empática. El curso consta de dos módulos: uno sobre empatía y otro sobre focusing. Cada semana, se accede a videos con explicaciones teóricas y ejercicios prácticos. El módulo de focusing incluye prácticas semanales para fortalecer la conexión con las emociones. Se realizarán encuestas al completar los ejercicios y prácticas en pareja en dos semanas específicas. Al final, se solicitará una evaluación del curso. Agradecen la participación y desean que disfruten del curso.

2.- Video Introducción a la terapia orientada al focusing

En esta sesión introductoria sobre la terapia orientada a focusing de Eugen Gendlin, se destaca la importancia de prestar atención a las sensaciones corporales conectadas con la vida de uno. Se enfoca en la sabiduría interna del cuerpo y la necesidad de confiar en él para facilitar procesos de cambio y crecimiento. La terapia se presenta como una herramienta para escuchar los mensajes corporales antes de que se manifiesten de manera intensa.

Se proporciona información sobre cinco conceptos clave: Gendlin, el filósofo y psicoterapeuta cuya investigación influyó en la terapia orientada a focusing; el cuerpo, entendido como un organismo vivo que registra todas las experiencias físicas, mentales y emocionales; el proceso, que destaca la naturaleza en constante movimiento del ser humano y la dirección natural hacia el crecimiento; la interacción, subrayando la importancia de las relaciones en el desarrollo personal; y la complejidad implícita,

resaltando la individualidad y la tendencia natural hacia el crecimiento incluso en los problemas experimentados.

Se explora la técnica de focusing como una herramienta diseñada para mejorar la conexión con el cuerpo y alcanzar niveles más altos en la escala experiencial, promoviendo el autoconocimiento y la autorrelación fluida. Además, se destaca la importancia de reconocer las sensaciones corporales como indicadores valiosos en el proceso terapéutico.

PRÁCTICA

3- Vídeo Práctica silueta, sensación sentida

Se realiza un ejercicio práctico guiado para generar la sensación sentida, siendo ésta una sensación holística, global sobre una situación que se siente corporalmente y que lleva a un proceso de cambio. Se requieren unos lápices de colores y dos folios con dos siluetas humanas dibujadas. Se comienza relajando el cuerpo y haciendo un bodyscan. Se evoca entonces a una persona con la que se tenga o haya tenido un conflicto, y se atiende a las emociones que surgen en el propio cuerpo. Se pide que se imagine cómo son esas emociones, cómo se pueden transformar en formas, colores, figuras, y que se plasme en una de las siluetas humanas tanto su representación como la localización en el cuerpo donde son sentidas, en forma de dibujos. Se invita a asociar una palabra que exprese de la mejor manera lo que se está sintiendo ante ese conflicto. Este ejercicio se repite de nuevo trayendo a la mente en esta ocasión a una persona que evoque amor, alegría, alguien a la que se quiera y por la que se sienta querido, y simbolizando una vez más en la otra silueta las emociones que surjan.

Se invita a escribir al finalizar qué es lo que más ha gustado del ejercicio, qué es lo que menos y qué es lo que cada uno se lleva como aprendizaje.

4.- Práctica formal: repetir ejercicio silueta en otro momento del día

Se invita a repetir el ejercicio anterior, realizando un autofocusing, y evocando a otra persona distinta.

5.- Práctica informal: notar en lo cotidiano sensaciones agradables y desagradables en relación

con otras personas, notando el cuerpo.

Se propone prestar atención a las sensaciones corporales cuando se esté con alguna persona que genera sensaciones de conflicto, y de igual manera con personas que generen sensaciones de amor o alegría.

Semana 2: FOCUSING

ABRIR Y RESONAR

CONTENIDOS

1.- Vídeo teoría 2: Las actitudes del focusing, aceptación, empatía.

La aceptación del terapeuta en focusing promueve la aceptación del cliente consigo mismo, permitiéndole vivir sin juzgarse constantemente. Se destaca la importancia de confiar en la sabiduría interna del cliente y crear un clima de confianza que apoye y valide sus sentimientos. Se subraya que no todos los aspectos de la vida son lógicos o intelectuales, sino que la confianza en la sabiduría corporal guía hacia el crecimiento y el cambio.

La empatía, esencial en focusing, se define como la capacidad de percibir el mundo interno del cliente, comprendiendo sus sensaciones, sentimientos y el significado personal de su experiencia. Se señala que las respuestas evaluativas, interpretativas o tranquilizadoras alejan de la empatía, y se destaca la importancia de la escucha empática.

En cuanto a la escucha empática, se enfatiza en la presencia y la escucha del terapeuta, utilizando reflejos empáticos para repetir lo significativo de lo expresado por el cliente. Se resalta la necesidad de escuchar tanto el lenguaje verbal como no verbal, y se proporcionan pautas para realizar los reflejos empáticos de manera efectiva. Además, se mencionan condiciones para la escucha con focusing, como el silencio interior, la receptividad y la apertura a descubrir nuevas facetas del cliente.

PRÁCTICA

1.- Vídeo Práctica: ejercicio parejas:

Se comienza con una explicación de cómo el terapeuta ha de guiar en este ejercicio de Focusing y reflejo de la empatía. A continuación, se hace una demostración con un cliente. Por último, se da una explicación o feedback de lo vivido, tanto al cliente como al terapeuta.

Semana 3: FOCUSING

Captar lo vivo y central

CONTENIDOS

.- Vídeo 4: Despejar un espacio

En esta sesión se introduce el primer paso de la herramienta de Focusing, una metodología que facilita el contacto con la sabiduría interna para sanar y avanzar. Este primer paso implica despejar un espacio interior para gestionar el mundo emocional y las preocupaciones presentes.

El paso 1 consiste en entrenar la atención corporal, explorando el cuerpo desde los pies hasta la cabeza para alcanzar un silencio mental. Luego, se procede a conocer y enumerar los asuntos que afectan el bienestar, sin enfocarse en su resolución. El tercer paso implica encontrar la distancia adecuada, reconociendo que uno no es sus preocupaciones y creando un espacio interno para observarlas. Finalmente, se busca crear un espacio vital despejado y protegido para experimentar el sí mismo y el alivio.

Se enfatiza la importancia de observar con curiosidad y amabilidad, distanciándose de las preocupaciones sin resistencia. Se destaca que Focusing ofrece una herramienta para cambiar la relación con uno mismo y encontrar la paz interior, permitiendo que el cambio ocurra a nivel personal, incluso cuando las circunstancias externas no cambian.

PRÁCTICA

.- Vídeo práctica online: Ejercicio despejar un espacio:

Se ejercita de forma práctica el paso uno de Focusing: despejar un espacio. Una vez realizado el ejercicio, se pregunta acerca de cómo nos hemos sentido, y si ha surgido algo nuevo o diferente en nosotros.

PRÁCTICA INFORMAL EN EL DÍA A DÍA

.- Práctica informal: la pausa y el silencio al hablar

Se propone una práctica informal que consiste en hablar con otros desde la sensación de espacio despejado en el interior. Antes de hablar, se invita a tratar de despejar ese espacio para poder hablar desde el silencio. Por tanto, se propone que se contacte con la sensación sentida desde ese espacio y silencio antes de hablar, y prestarle atención a las sensaciones que surjan.

Se proporcionan algunas preguntas para realizar al finalizar la semana, incluyendo si se ha sido capaz de hablar desde el silencio, con qué intensidad se practicó la propuesta, si se notaron cambios en las relaciones y en la experiencia propia, cómo de útil se encontró esta práctica informal y en qué medida se sienten incrementadas las competencias empáticas a raíz del trabajo de la semana.

Semana 4: FOCUSING

HACIA LO NUCLEAR

CONTENIDOS

.- Qué es la sensación sentida

La sensación sentida es una sensación global holística sobre una situación o problema que se siente corporalmente y que lleva el proceso de cambio hacia adelante en la persona que está en conexión, en contacto con su experiencia. Se describen cinco características de la sensación sentida: su experimentación en el presente, la ocurrencia a nivel corporal, su inicial falta de claridad, su expresión como un todo holístico y complejo, y su conexión inherente entre cuerpo y mente.

Se subraya que la sensación sentida no invita a abandonar el pensamiento, sino que busca la integración de mente y cuerpo. Además, se resalta que esta sensación conlleva implícito un sentido o significado, proporcionando respuestas a problemas.

En cuanto a cómo los clientes experimentan la sensación sentida, se mencionan indicios como la búsqueda de palabras, hablar despacio, gestos señalando el cuerpo y el uso de expresiones vagas. Estos signos indican la conexión con la sensación sentida y su importancia en el proceso de cambio. Los pasos del Focusing, especialmente el relacionado con la sensación sentida, guían el camino hacia el crecimiento personal y el cambio.

PRÁCTICA

.- Ejercicio 5: El niño interior

El ejercicio comienza explorando el concepto del "niño interior", que representa aspectos emocionales detenidos en el desarrollo debido a experiencias pasadas. Estos niños heridos influyen en nuestras respuestas actuales y pueden perpetuar patrones negativos. Se destaca la importancia de cuidar y sanar al niño interior, rompiendo el círculo vicioso al ofrecerle compasión y atención desde el yo adulto. Se propone un ejercicio que incluye un bodyscan, visualización del niño interior y de una situación que genere emociones negativas, exploración de emociones pasadas y de las necesidades del niño, proporcionar un gesto de compasión y afecto al niño y una carta escrita por el niño al yo adulto. Se sugiere como práctica para la semana dedicar tiempo diario al silencio para escuchar al niño interior y responder a sus necesidades para fomentar el crecimiento emocional.

PRÁCTICA INFORMAL

.- Visitando al niño interior en el día a día

Se proporcionan una serie de preguntas para escuchar al niño interior, siendo estas; Cómo se siente el niño/a hoy, si puedo escucharle, qué necesita que haga por él/ella y si se ha podido tener una palabra o gesto de apoyo, validación o empatía hacia él/ella.

Se añaden también otras preguntas para evaluar cómo de fructífera ha resultado la práctica, qué se ha aprendido de ella, con qué intensidad se ha realizado y en qué medida ha incrementado las competencias empáticas toda la semana de trabajo.

Semana 5: FOCUSING

EL PASO EN CADA INSTANTE

CONTENIDOS

.- Vídeo teoría: los 6 pasos del focusing

Este vídeo trata sobre los 6 pasos de Focusing, una técnica psicoterapéutica centrada en conectar con la sabiduría corporal. Se enfatiza en la importancia de comprender que no solo tenemos un cuerpo, sino que somos cuerpo, con memoria y capacidad de expresar nuestras experiencias. Los pasos incluyen despejar un espacio, dejar que se forme la sensación sentida, nombrarla, comprobar y resonar, preguntar, y finalmente, recibir y proteger. Se invita a explorar estos pasos como un método para contactar con la sabiduría interna del cuerpo, destacando la necesidad de seguir el proceso de manera reglada para lograr resultados efectivos. Además, se explica la guía para el terapeuta durante el proceso introspectivo, donde se invita al cliente a hacer silencio, cerrar los ojos y responder a preguntas para explorar las sensaciones. El texto culmina con la importancia de recibir y proteger la experiencia, agradeciendo lo que la sabiduría corporal ha brindado sin juicios ni críticas internas.

PRÁCTICA

.- Ejercicio 4, guía ejercicio por parejas focusing y sondas

Se proporcionan las instrucciones para realizar un ejercicio donde se pone en práctica la técnica de “sondas”, empleada en el Focusing y provenientes de la terapia Hakomi de Ron Kurtz. Se presenta un vídeo demostrativo de la realización de la técnica y se pide una valoración acerca de él.

.- ejercicio 5 Valoración final:

Se proporcionan una serie de preguntas con el objetivo de valorar el ejercicio por parejas realizado anteriormente.

Semana 6: FOCUSING

SITUACIONES DIFÍCILES

CONTENIDOS

2.- Vídeo 2: Encontrando la presencia interna

En este ejercicio vivencial, exploramos nuestras respuestas a situaciones desafiantes con clientes, reconociendo posibles emociones como enfado o ansiedad que afectan la relación terapéutica. Se destaca la importancia de mantener la presencia interna de aceptación y empatía.

El ejercicio inicia con la focalización en el cuerpo y la invitación a traer a la sesión un cliente con quien se haya enfrentado una situación difícil. Se enfatiza la atención a los sentimientos del terapeuta sin juzgar, observando las sensaciones. Se busca comprender la experiencia interna al recordar la situación y al pensar en el cliente. Se propone cambiar de perspectiva al ponerse en el lugar del cliente, identificando nuevas sensaciones y necesidades.

El ejercicio busca modificar la percepción del terapeuta hacia el cliente, fomentando la empatía. Se sugiere repetir el proceso en situaciones difíciles, reconociendo que el cliente permanece igual, pero la mirada del terapeuta cambia. La repetición del ejercicio busca fortalecer los vínculos terapéuticos mediante una conexión más empática y una aceptación incondicional, agradeciendo al cuerpo por el encuentro con las dificultades y las lecciones aprendidas.

.- Vídeo 3: Demostración de un focusing de 6 pasos: Basado en la semana anterior.

PRÁCTICA

Ejercicio 2: Focusing con alguien complicado: Se proporcionan instrucciones para autorregularse a uno mismo a la hora de poder atender a alguien que nos hace emerger emociones difíciles o intensas en nuestro interior. Se explica como despejar un espacio interno para que las experiencias sean tan abrumadoras.

Anexo 6; Tareas por parejas de los entrenamientos

Tarea por parejas semana 2

- 1- Este ejercicio consta de 3 partes;
 - a. En la primera parte, una persona de las parejas (a la que llamaremos “A”) tendrá que contar a la otra (a la que llamaremos “B”) algo que le haya pasado o que haya vivido moderadamente intenso y doloroso. Si es algo reciente mejor, no obstante, lo importante en este ejercicio es que podamos trabajar con lo que hemos ido aprendiendo estas dos semanas, por lo tanto, es preferible que el contenido de lo que se cuente no sea ni demasiado intenso ni demasiado superficial. Antes de que la persona “A” cuente lo que le ha ocurrido, la otra persona “B” debe tomarse unos instantes para generar compasión con el ejercicio que hemos trabajado esta semana. Una vez “B” haya generado compasión, deberá mantener esta actitud interna mientras escucha la historia de “A” mientras intenta acompañarle empáticamente con todo lo aprendidos hasta el momento. “A” debe estar contando su historia durante entre 5 y 10 minutos*.
 - b. Ahora es momento de cambiar los roles. Para ello “B” ahora contará algo mientras “A” le escucha compasivamente y le responde empáticamente con lo que haya aprendido hasta ahora. Recordad que antes de poneros a contar algo, la persona que escucha tiene que dedicar un tiempo a poder generar compasión.
 - c. Compartir: en este momento, después de haber contado ambas personas algo, toca dedicar unos minutos a compartir entre vosotros la experiencia. La idea es que habléis de como os habéis sentido en ambos roles, que obstáculos habéis encontrado...

- 2- Ahora que sabéis de que va el ejercicio os lo contamos paso por paso. Lo primero es que te llegará un mail con el contacto de tu compañero una semana antes.
- 3- Tienes que escribir al compañero. Concreta la cita con tu pareja para realizarla online desde la plataforma que mejor os venga a los dos. Concretad antes de la cita que plataforma vais a usar. Esto os facilitará el proceso. Si tienes dudas sobre el ejercicio este es el momento de escribirnos a nosotros para poder solucionarlo.
- 4- Una vez llegada la cita, daros unos instantes para presentaros y para crear un entorno cálido en el que trabajar.
- 5- Podéis comentar sobre las especificaciones del ejercicio por si alguno tuviera dudas. Elegid quien de los dos empezará siendo “A” y quien será “B”:
- 6- Daros un par de minutos antes de empezar para que “A” piense que quiere contar y “B” haga el ejercicio de compasión previo a empezar. (Recuerda que el ejercicio de compasión es el que hemos trabajado la semana 2 de compasión hacia un ser querido, no hace falta que lo hagas entero, con que puedas dedicar un par de minutos a la parte central es suficiente).
- 7- “A” empieza a contar y “B” escucha compasivamente y da respuestas empáticas.
- 8- Cambias los roles.
- 9- Os volvéis a tomar un par de minutos para pensar en que contar y ejercitar compasión. Y hacéis el ejercicio.
- 10- Compartir. Ahora es el momento para que compartáis vuestra experiencia.
- 11- FIN: Este es el momento de agradecer el tiempo compartido y despedirse.

Tarea por parejas semana 5

- 1- Este ejercicio consta de 3 partes y es similar al que realizamos la semana 2 con algunos cambios: 1- el que escucha tendrá que practicar el ejercicio de compasión de esta semana. 2- el que escucha tendrá que utilizar los reflejos empáticos aprendidos hasta este momento en el curso.
 - a. En la primera parte, una persona de las parejas (a la que llamaremos “A”) tendrá que contar a la otra (a la que llamaremos “B”) algo que le haya pasado o que haya vivido moderadamente intenso y doloroso. Si es algo reciente mejor, no obstante, lo importante en este ejercicio es que podamos trabajar con lo que hemos ido aprendiendo estas 5 semanas, por lo tanto, es preferible que el contenido de lo que se cuente no sea ni demasiado intenso ni demasiado superficial. Antes de que la persona “A” cuente lo que le ha ocurrido, la otra persona “B” debe tomarse unos instantes para generar el ejercicio de TONGLEN (compasión) que hemos trabajado esta semana. Una vez “B” haya generado Tonglen, deberá mantener esta actitud interna mientras escucha la historia de “A” mientras intenta acompañarle empáticamente con todo lo aprendidos hasta el momento. “A” debe estar contando su historia durante entre 5 y 10 minutos*.
 - b. Ahora es momento de cambiar los roles. Para ello “B” ahora contará algo mientras “A” le escucha haciendo TONGLEN y le responde empáticamente con lo que haya aprendido hasta ahora. Recordad que antes de poneros a contar algo, la persona que escucha tiene que dedicar un tiempo a poder hacer el ejercicio de tonglen generando compasión.
 - c. Compartir: en este momento, después de haber contado ambas personas algo, toca dedicar unos minutos a compartir entre vosotros la experiencia. La idea es que habléis de como os habéis sentido en ambos roles, que obstáculos habéis encontrado...

- 2- Ahora que sabéis de que va el ejercicio os lo contamos paso por paso. Lo primero es que te llegará un mail con el contacto de tu compañero una semana antes.
- 3- Tienes que escribir al compañero. Concreta la cita con tu pareja para realizarla online desde la plataforma que mejor os venga a los dos. Concretad antes de la cita que plataforma vais a usar. Esto os facilitará el proceso. Si tienes dudas sobre el ejercicio este es el momento de escribirnos a nosotros para poder solucionarlo.
- 4- Una vez llegada la cita, daros unos instantes para presentaros y para crear un entorno cálido en el que trabajar.
- 5- Podéis comentar sobre las especificaciones del ejercicio por si alguno tuviera dudas. Elegid quien de los dos empezará siendo “A” y quien será “B”:
- 6- Daros un par de minutos antes de empezar para que “A” piense que quiere contar y “B” haga el ejercicio de tonglen previo a empezar. (Recuerda que el ejercicio de tonglen es el que hemos trabajado la semana 5, no hace falta que lo hagas entero, con que puedas dedicar un par de minutos a la parte central es suficiente).
- 7- “A” empieza a contar y “B” escucha compasivamente y da respuestas empáticas.
- 8- Cambias los roles.
- 9- Os volvéis a tomar un par de minutos para pensar en que contar y ejercitar tonglen. Y hacéis el ejercicio.
- 10- Compartir. Ahora es el momento para que compartáis vuestra experiencia.
- 11- FIN: Este es el momento de agradecer el tiempo compartido y despedirse.

Sincronía entre los programas:

Semana	FORMACIÓN ONLINE		PRÁCTICA SEMANAL (diario)	
	Vídeo y teoría	Prácticas online (PO)	Práctica formal semanal (PF)	Práctica informal (PI)
1 INTRO PRESENCIA	1.- Empatía y neurociencia (regulación, resonar, acto deliberado: sus redes neuronales) Presentación de las fases: Soltar preconcepción y Abrir // resonar // captar nuclear // articular // captar impacto 3.- Soltar y abrir: Presencia terapéutica. Presencia online (artículo de Geller)	PO1: Acrónimo Presencia y escucha vídeo 1? (Indomable will hunting)	PF1: Imaginación guiada 2 enraizamiento (PF2: Presencia 2: Ritual comienzo y cierre jornada)	PI1: Cultivar espacios de tareas a mitad de velocidad (PI2: Trabajo en relaciones)
	Vídeo presentación focusing. Despejar un espacio	¿Despejar un espacio?	¿Despejar un espacio?	Despejar un espacio antes de ... (/ver paciente, observar prácticas, ver una serie, hablar con amigo)
	Vídeo mindfulness		Audio mindfulness	- Móvil respiración consciente - Chequear motivación/intención de lo que haces
2 ABRIR Y RESONAR	2.- Soltar y abrir: Canales de receptividad	PO1: Canales de receptividad (vídeo, escuchando	PF1: Despejar un espacio	PI1: Abrir Canales al escuchar a una persona en el día a día

	Tipos de reflejos según el paisaje. Duele	con los diferentes canales) PO2: Reflejos y paisajes (acción, significado, emoción)	PF2: práctica deliberada reflejos (después de haber hecho compasión otro cercano)	
		PO2: Focusing (escuchar tras hacer un focusing)	PO2: Focusing (escuchar tras hacer un focusing)	
			Compasión otro cercano	Antes de cada comida, 3 respiraciones. Observar alrededor gestos de amabilidad y compasión.
3	Captar lo central 1: Tipos de emoción y empatía: cada una necesita un trabajo empático Captar lo central 2: Elementos del esquema	PO2: Atender los elementos del esquema. Explorar y conjeturar	Escuchar y reflejos Exploración, conjetura partes del esquema	PI1: Imaginación al escuchar
			Asidero y resonar con el tro?	PI2: Focusing al escuchar?
			Compasión los demás en general	Prestar atención sufrimiento de los demás (no significativos) y ver emoción que surge (eg. Niño llorando, invidente en la calle, persona sin hogar...)

4 HACIA LO NUCLEAR	Captar lo central 3: Evocar emociones primarias Captar lo central 4: afirmar emociones primarias	PO1: Emociones primarias: Afirmación empática PO2: Evocación	PF1: Las metáforas de la propia vida PF2: Usarlas con el otro (¿feedback del formador? ¿sharp&short? ¿de priamrias?)	Atentos a propias las emociones primarias ¿Qué hay debajo de las secundarias? OBSERVAR ESCENAS COTIDIANAS, conjeturar y apuntar en diario
			¿Focusing asuntos no resueltos propios? Con lo más doloroso?	
			Auto-compasión	- Cómo me trato a mí mismo - pensar que todos los seres humanos han pasado por algo parecido - Darme algo amable a mí mismo, dándome algo que necesito, que me apetezca...
5 EL PASO PRECISO CADA INSTANTE	Empatizar con las necesidades de procesamiento: productividad emocional, atención, aceptación, simbolización, regulación, congruencia, agencia, diferenciación	PO1: Ejercicio de Guiar para atender, aceptar, regular, diferenciar, aumentar congruencia, simbolizar, agencia (vídeos Les) PO2: formulación, sugerencia de proceso	PF1: Ejercicio escuchar parejas	Diario emocional

	Formulación y sugerencia de proceso			
			¿Preguntar del focusing? ¿Qué necesita la sensación? (como un amanera de detectar las necesidades de procesamiento emocional)	
			Tonglen	Cuánta gente implicada en lo que haces... (comer el pan: agricultores, transportistas, ...)
6 SITUACIONES DIFÍCILES	Situaciones difíciles Estados emocionales del terapeuta (compasión y enfado asertivo) Posiciones relacionales Benjamin Como automanifestar Alternativa a la confrontación Dificultades en lo online? Cierre	PO1: Auto-manifestación PO2: Formulación 2 (alternativa a la confrontación)	PF1: Ejercicio auto-manifestación (desde dónde, efecto, apuntar el propio proceso emocional)	Notar el cotidiano enfado asertivo y compasión. ¿Hacerlo crecer?
			¿Sensación sentida con alguien complicado?	
			Compasión alguien difícil	Ver programa del corazón, elegir al que peor te cae, e intentar imaginar su sufrimiento a lo largo de la vida
¿cierre?				
