

LECTURA DEL VÍNCULO TERAPÉUTICO PROPUESTO  
POR EL MÉTODO CLÍNICO PSICOLÓGICO  
DESDE LA COMPASIÓN

*Reading of the Therapeutic Link Proposed by the Psychological  
Clinical Method from Compassion*

LEÓN ARANGO BARRIENTOS<sup>1</sup>

<https://doi.org/10.17533/udea.rp.e343962>

## Resumen

El propósito de este artículo es explicar el vínculo terapéutico propuesto por el Método Clínico Psicológico a partir de una lectura compasiva de la relación y la alianza terapéutica. Esta lectura pretende abordar, desde la capacidad de ponerse en el lugar del otro, la común humanidad, la superación de los juicios de valor, la comprensión del sufrimiento, la bondad y el cuidado. A partir de este artículo,

también se busca entender los problemas y conflictos psicológicos del ser humano por medio de un razonamiento clínico contextualizado y de la creación de nuevos saberes en la psicoterapia y la clínica psicológica.

**Palabras clave:** compasión, alianza, terapia, psicología clínica, psicoterapia, psicología colombiana.

## Abstract

The purpose of this article is to explain the therapeutic approach proposed by the Psychological Clinical Method from a compassionate reading of the therapeutic relationship and alliance. This reading aims to address, from the ability to put oneself in another's place, common humanity, overcoming value judgments, understanding suffering, kindness and care. From this article, it is also sought to

understand the psychological problems and conflicts of the human being through contextualized clinical reasoning and the creation of new knowledge in psychotherapy and clinical psychology.

**Keywords:** compassion, alliance, therapy, clinical psychology, psychotherapy, colombian psychology.

Recibido: 08-10-2020 / Aceptado: 17-09-2021

Para citar este artículo en APA: Arango, L. Lectura del vínculo terapéutico propuesto por el Método Clínico Psicológico desde la compasión. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 13(1), e343962. Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e343962>

<sup>1</sup> Magíster en Clínica Psicológica de la Universidad Corporación para Estudios en la Salud [CES]. Medellín, Colombia. Correo: [leon.arango@gmail.com](mailto:leon.arango@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0002-3512-1182>

## Introducción

Hoy en día gran parte de la psicoterapia y la clínica enfocada en la psicología se alejan de sus fundamentos contextuales, idiosincrásicos, culturales y trascendentales. Se han venido olvidando las enseñanzas de Witmer (1907), crear un método propio de aplicación de la clínica, que se enfoque en las interacciones relacionales de la pedagogía y sus efectos en la mente y en la conducta dentro de un contexto específico. Se han olvidado las propuestas de James (2016) sobre la aplicación a la clínica de un método pragmático, que entiende al ser humano como una entidad de carácter pluralista y relacional, que busca adaptarse a su ambiente inmediato por medio de lo bueno (lo que conviene a la sensación y a la conducta) y lo verdadero (lo que conviene a la mente). También se han olvidado las propuestas más recientes de carácter creativo de Keeney (2009), sobre la psicoterapia como disciplina, que debería ceder en su afán de olvidar sus raíces metafísicas para tratar de ser una disciplina de corte científico y enfocarse en ser una disciplina ante todo creativa, artesanal, basada en un *performance* particular que se da con la relación que se entabla con cada paciente. Estamos en una era de contrastes, en donde se busca tener prácticas terapéuticas esotéricas sincréticas sin ningún tipo de sustrato disciplinario, o de la cientificidad de la psicoterapia y la clínica en psicología, que busca alejarse de sus orígenes más pedagógicos, culturales, pragmáticos y espirituales para adquirir el rótulo de disciplina científica con características genéricas y pretensiones universales.

Sin embargo, los avances científicos y técnicos en la psicoterapia y la clínica han permitido entender un poco más lo que promueve el cambio en los pacientes. A partir de las investigaciones, es claro que un 35% del resultado (favorable o desfavorable) de un proceso terapéutico se explica por variables inespecíficas. Un 30%, por las contribuciones que el paciente haga a su proceso personal. Un 15%, por medio de la relación terapéutica. Un 10%, a través del método de tratamiento. Un 7%, por el estilo del terapeuta y un 3% por otros factores. Aunque los números le restan importancia a la relación terapéutica como factor primordial para promover el cambio del paciente, la alianza terapéutica, componente fundamental de cualquier relación terapéutica, sigue

siendo el factor de cambio más estudiado por su importancia como predictor de cualquier cambio que pueda ocurrir en el paciente dentro del espacio terapéutico (Norcross & Lambert, 2019).

Los anteriores hallazgos, aunque son evidencia de la constante tensión entre ciencia y arte existente dentro de la clínica y la psicoterapia, también son una ratificación de cómo la psicoterapia, más allá de ser una práctica artística y/o científica, supone un sustrato más fundamental, una práctica vinculante entre paciente y terapeuta que se puede leer desde los pilares básicos de una conducta compasiva: respeto, apoyo, acompañamiento en el dolor y solidaridad (Gilbert, 2010; Glasser, 2005 y Rogers, 1957 citados por Gilbert, 2010).

El presente artículo busca aportar fundamentos teórico-prácticos al vínculo terapéutico propuesto por el Método Clínico, enfatizando la importancia de entender la relación terapéutica desde un vínculo terapéutico compasivo, el cual atraviesa de manera transversal el razonamiento clínico del Método Clínico Psicológico. Este posibilita la comprensión de los problemas clínicos psicológicos contemporáneos desde una lógica compleja en donde el caos, la fractalidad, la incertidumbre y la *borrosidad* son las características que conforman las realidades humanas (Jaramillo, Escobar y Sandoval, 2015, p. 134).

## El vínculo terapéutico

El Método Clínico Psicológico es una forma recursiva de entender e intervenir los problemas clínicos psicológicos contemporáneos desde una postura transteórica sustentada desde un paradigma complejo. Este modelo permite entender al ser humano como resultante de sus cualidades biológicas, relacionales, históricas, personales, sociales, culturales y contextuales, que lo llevan a co-construir múltiples realidades consensuadas con características propias de los fenómenos caóticos, catastróficos, confusos e inciertos (Jaramillo, Escobar y Sandoval, 2015, p. 134).

Los problemas clínicos psicológicos que son tratados desde el Método Clínico Psicológico para fines teórico-prácticos y didácticos se estructuran en fases: condiciones de entrada, motivo de consulta, objetivo clínico, cuento o relato, teorías que expliquen el problema clínico psicológico, descripción

de las acciones terapéuticas y la implementación y evaluación de las acciones terapéuticas. Aunque el vínculo está diagramado dentro de las fases del Método Clínico Psicológico, no se considera una fase sino un eje transversal que cohesiona las demás fases y cuya definición teórica y práctica se da a partir del análisis teórico, del porqué el paciente no puede cambiar solo (Jaramillo, Escobar y Sandoval, 2015, p. 146).

A partir de lo anterior, se pudiera inferir que no existe una definición estándar para el vínculo terapéutico dentro del Método Clínico Psicológico, debido a que está pensado desde una lógica interaccionista que favorece su comprensión transteórica. Se entiende el vínculo como un concepto psicoterapéutico emergente y práctico-teórico que posibilita la relación entre el clínico y el paciente desde una total libertad teórica, beneficiando la creatividad del clínico y la transformación del paciente.

## La relación terapéutica

Esta, junto con el vínculo terapéutico, se pueden entender como sinónimos conceptuales y prácticos que se refieren a los aspectos colaborativos de la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta (Flückiger, Del Re, Bruce, Wampold y Horvath citados por Norcross & Lambert, 2019). Se ha creado desde las teorías psicoterapéuticas relevantes hoy en día una definición de relación terapéutica consensuada, neutral y lo suficientemente precisa y general que se define como: “los sentimientos y actitudes que el terapeuta y el paciente tienen entre sí y la forma en que se expresan” (Norcross & Lambert, 2019, p. 3).

El cuerpo teórico e investigativo sobre la relación terapéutica se ha enfocado en explicarla desde el concepto de alianza terapéutica (Corbella y Botella, 2003; Doran, 2016; Fuertes, Toporovsky, Reyes & Bennett, 2017; Rossetti y Botella, 2017; Bat & Zilcha, 2019; Karver, De Nadai, Monahan & Shirk, 2018) y su definición transteórica: “El vínculo entre el paciente y el terapeuta, un acuerdo sobre los objetivos de la psicoterapia y un acuerdo sobre las tareas de la psicoterapia” (Castonguay y Hill, 2017, p. 42).

Desde la definición de alianza terapéutica se posiciona al vínculo como uno de los tres componentes que tienen igual importancia para la consecu-

ción del cambio del paciente. Es, sin duda, el componente que posibilita, en primera instancia, el logro de una decisión consensuada entre psicoterapeuta y paciente con el fin de trabajar en conjunto las diferentes temáticas que ayudarán a crear un contexto de cambio (Bordin, 1979; 1983; Castonguay y Hill, 2017; Norcross & Lambert, 2019).

Beck, Rush, Shaw y Emery (2010), vuelcan su interés clínico y psicoterapéutico hacia el tema de la relación terapéutica, creando una alianza terapéutica, un equipo entre paciente y terapeuta cuyo interés se centra en “los pensamientos, deseos y conductas del paciente” (p. 59). Para poder lograr una relación terapéutica profunda a través de una alianza terapéutica se debe fortalecer el empirismo colaborativo, en donde “el terapeuta estructura la terapia según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente” (Beck et al., 2010, p. 16).

De los tres componentes de la alianza terapéutica que tratan de explicar la relación terapéutica en términos generales, tanto las metas como acuerdos son componentes de carácter práctico. El vínculo, sin embargo, es el único de los tres que tiende a ser sustentado desde teorías psicológicas y evolutivas como la del apego (Bowlby citado por Navia y Arias, 2012; Bucci, Seymour, Harris & Berry, 2015; Rossetti y Botella, 2017; Steel, Macdonald & Schroder, 2017 y Zilcha & Errázuriz, 2017).

## La compasión

Como concepto y práctica espiritual, la compasión tiene sus orígenes en las tradiciones religiosas budistas de hace más de 2.500 años (Gilbert, 2010), transformándose no sólo en un concepto netamente espiritual, sino ético y moral, practicado por otras tradiciones religiosas como el confucionismo y el cristianismo. Ha permeado las prácticas y las acciones ético-morales laicas de las culturas en donde estas religiones han florecido (Goetz, Keltner & Simon, 2010). Como característica evolutiva, instinto y experiencia, la compasión siempre ha acompañado a la especie humana; junto al apego, es un rasgo necesario para que la especie haya sobrevivido a lo largo del tiempo. Así, la compasión es lo que posibilita el apego; sin ella es imposible conectarse de una

manera satisfactoria, pro-social, que favorezca la supervivencia de la especie humana (Bowlby, 1995; Darwin, 1871/2004; Ekman, 1992, 2003; Haidt, 2003; Keltner, Young & Buswell, 1997; Keltner, Haidt, & Shiota, 2006; Nesse & Ellsworth, 2009 citados por Goetz, Keltner & Simon, 2010).

La compasión está intrínsecamente arraigada a la condición humana y Goetz y Simon (2017) la definen como:

1. Conciencia de un antecedente (es decir, sufrimiento o necesidad en otro individuo).
2. Sentirse “conmovido”; es decir, tener una experiencia física subjetiva que a menudo implica la excitación involuntaria de las ramas del sistema nervioso autónomo.
3. Evaluaciones del propio sentimiento corporal, el rol social y las habilidades dentro del contexto del sufrimiento.
4. Juicios sobre la persona que sufre y su contexto situacional.
5. Compromiso de los sistemas neuronales que impulsan la afiliación social y el cuidado, y motivan la ayuda (p. 27).

Esta definición lleva a entender la compasión como una disposición hacia uno mismo y al otro como práctica vinculante, como motivación y como sentimiento neurobiológico subjetivo; características que se pueden resumir en una “sensibilidad al dolor o sufrimiento del otro, junto con un profundo deseo de aliviar ese sufrimiento” (Carter, Bartal & Porges, 2017, p. 235).

Por último, para entender la compasión hay otro componente esencial que permite explicarla y es la autocompasión que, como propone Neff (2012), es la amabilidad hacia uno mismo, la común humanidad y la atención plena. La amabilidad hacia uno mismo es la comprensión que se tiene de uno cuando se está sufriendo, es ser cálidos y pacientes con los propios defectos y falencias. La común humanidad es la supresión de la visión auto-centrada que lleva a una interpretación de la experiencia desde una perspectiva de un Yo separado del resto. La común humanidad ayuda a reconocer que las dificultades y los errores son partes de la experiencia humana que toda la especie comparte. La mente plena o *mindfulness*, es un estado mental receptivo en el cual, no se emiten juicios de valor que lleven a negar pensamientos y emociones. Esto es lo que nos posibilita estar atentos al sufrimiento del otro, de una manera calmada y sin angustia.

Hay cierta confusión conceptual a la hora de hablar de la compasión, creyendo que empatía y altruismo son sinónimos de ella. La empatía se define como “una sensibilidad a los sentimientos de los demás: sentir algo en res-

puesta a sus expresiones y comprender lo que la otra persona siente y por qué” (Goetz & Simon, 2017, p. 31). Esta definición ayuda a entender que la empatía es un componente de la compasión que carece de un impulso social específico, produciendo una respuesta cognitiva-emocional más general, que atrapa y refleja varios estados cognitivo-emocionales, y no una respuesta específica al sufrimiento, como lo hace la experiencia de la compasión (Decety, 2012). La compasión, a diferencia de la empatía, implica una respuesta específica que conlleva puntualmente a sentirse preocupado y tratar de hacer algo para reducir el sufrimiento del otro. Aunque el altruismo comparte con la compasión el deseo de ayudar y de dar, las motivaciones que hay detrás de actos altruistas no siempre están sustentadas en ayudar al otro, sino en otros estados mentales y motivacionales como el deseo de reconocimiento, la expiación de la culpa o la satisfacción del sentido del deber (Simpson & Willer, 2015).

Según Neff (2012), la compasión generalmente es un término que se confunde en Occidente con ‘lástima’. La diferencia fundamental entre la compasión y la lástima, las cuales se intercambian erróneamente, es que la segunda se refiere a juzgar los problemas del otro subvalorando su condición humana, olvidando o ignorando la conexión intrínseca que se tiene con él. Se hace énfasis en sentimientos egocéntricos que llevan a la separación, exacerbando la angustia personal al no saber qué hacer con el problema que se afronta. En cambio, la compasión permite ver cómo las experiencias y problemas del otro también han sido vividas de manera similar, por uno mismo y otros. La compasión, en últimas, es el intento de ver al otro sin distorsiones y sin cosificarlo.

## Vínculo terapéutico compasivo

Para lograr un vínculo terapéutico compasivo esencialmente se debe ser capaz de entender al paciente más allá de sus diagnósticos y problemáticas, a través del empirismo colaborativo y la alianza terapéutica, que posibilitan verlo como un ser humano que sufre por sus problemáticas (Beck et al., 2010). Ese sufrimiento del paciente es inherente a la condición humana, es compartido por todos y, por ende, debe ser atendido con el respeto y comprensión que merece cualquier ser humano (Neff, 2012).

Tanto el empirismo colaborativo como la alianza terapéutica son conceptos teóricos psicoterapéuticos fundamentados en una lectura empática y compasiva (Beck et al., 2010), los cuales tienen fuertes similitudes con los fundamentos epistemológicos del Método Clínico Psicológico propuesto por Jaramillo, Escobar y Sandoval en 2015. Allí se cree en la colaboración constante entre el paciente y el terapeuta a partir de un vínculo estrecho encaminado a la solución de problemáticas inherentes al sujeto que necesita ayuda psicoterapéutica y clínica.

El vínculo terapéutico compasivo se puede sentir y entender con el paciente desde lo que propone Ekman (2003) como la empatía cognitiva (reconocer lo que él o ella siente), la empatía emocional (sentir lo que él o ella siente) y el querer ayudarlos con sus problemáticas, las cuales conllevan a un sufrimiento intrínseco y extrínseco. Esa sensibilidad que se busca desarrollar frente al sufrimiento, sobretodo desde el vínculo terapéutico compasivo, se puede alcanzar permitiéndole al paciente tener una sensación de seguridad; no desde el ideal de un psicoterapeuta omnipotente, sino desde una figura creada desde la común humanidad, desde la certeza de que todo psicoterapeuta es tan humano como el paciente, lleno de virtudes y falencias y que, al final, son estas las herramientas más valiosas para promover el cambio terapéutico (Kolts, Bell, Bennett & Irons, 2018). Se cree que el psicoterapeuta, al tener una postura personal desde la común humanidad, lleva a reflexionar al paciente en torno a su propia experiencia de la realidad y a comprender dentro del espacio terapéutico el sufrimiento como algo mutuo, que no se tiene que evitar; es en última instancia la manera de cesarlo (Gilbert citado por Kolts, Bell, Bennett & Irons, 2018).

La relación terapéutica que se entable desde un vínculo terapéutico compasivo, con la ayuda del psicoterapeuta, posibilita que el paciente tenga el potencial para generar nuevos patrones afectivos, de apego y de regulación emocional (Wallin, 2007). El vínculo terapéutico compasivo, como propone Wallin (2007):

(...) proporciona una base segura que permite al paciente correr el riesgo de sentir lo que no debe sentir y saber lo que no debe saber y de ayudar al paciente tanto a deconstruir los patrones de apego del pasado, como a construir otros nuevos en el presente (p. 3).

Este nuevo enfoque es algo que muchos psicoterapeutas han venido haciendo a lo largo de sus prácticas por antonomasia, es por esto que en el presente artículo se propone definirlo formalmente como: la acción terapéutica de entablar desde la común humanidad una relación estable, confiable y de cuidado, que motive al paciente y al psicoterapeuta a tener una plena atención frente al sufrimiento que está viviendo y sintiendo el paciente, y a buscar maneras de poder mitigarlo.

## Discusión

Este artículo propone que pensar el vínculo terapéutico desde la compasión tiene un valor pragmático que busca lo bueno y lo útil por encima de la teoría (James, 2016), volviéndose un elemento cohesionador que le da sentido transteórico al Método Clínico Psicológico por su necesaria implementación a la hora de formar el razonamiento clínico. El vínculo terapéutico compasivo se vuelve una ayuda que el clínico y el psicoterapeuta utilizan como piedra angular para construir los diferentes componentes que conforman el cuerpo práctico y teórico del Método Clínico Psicológico. Así, razonar desde el vínculo terapéutico es una propuesta puramente compasiva que se considera necesaria para entender y atender las problemáticas clínicas de la contemporaneidad. Más allá de entender los problemas desde ópticas teóricas, se deben entender desde el otro, desde la persona que sufre el problema. La compasión es también una forma de relacionarse para entender las problemáticas y proponer acciones para afrontarlas.

El vínculo terapéutico compasivo posibilita el intercambio práctico y teórico de las disciplinas científicas, las disciplinas espirituales y las disciplinas artísticas, cerrando una brecha teórica y práctica que para muchos no se puede cohesionar. La compasión permite, desde todo un cuerpo teórico y práctico, acercarse al otro, en este caso al paciente y a sus problemáticas, de forma más honesta y menos operativa. De este modo se reconocen los problemas como realidades vividas, lo cual permite una interacción más profunda y auténtica. Este vínculo, de manera menos sintética, favorece un diálogo constructivo y reparador para crear una conexión, ya no desde signos, síntomas y diagnósticos, sino a partir de experiencias comunes que cualquier ser humano experimenta.

Entender el vínculo terapéutico desde la compasión y los factores relacionales propios del estilo de apego, no sólo es algo beneficioso para el paciente, sino para el clínico y el psicoterapeuta, porque el vínculo promueve una cualidad autocompasiva consigo mismo y los demás. Permite, al clínico y el psicoterapeuta, crecer como ser humano y adquirir una experticia profesional que, en última instancia, son aspectos que afectan directamente el resultado terapéutico (Berry & Danquah, 2016; Black, Hardy, Turpin & Parry, 2005; Mikulincer, Shaver y Berant, 2013 citados por Kolts, Bell, Bennett & Irons, 2018).

Debido a la aplicación práctica que propone el Método Clínico Psicológico, se puede pensar el vínculo terapéutico compasivo como acción terapéutica que se genera a partir del fortalecimiento de la capacidad de comprender las características subjetivas del paciente dentro del flujo del discurso en el espacio terapéutico. El clínico y el psicoterapeuta pueden lograr un vínculo terapéutico compasivo con el paciente a partir de la construcción de una confianza mutua, que se caracteriza por la empatía, la escucha, la preocupación, la autenticidad, la comprensión y la reflexión (Beck, 2011).

El vínculo terapéutico compasivo permite realizar un análisis contextual de la problemática del paciente al oírlo y entenderlo más allá de sus diagnósticos, a partir de la escucha activa, como propone Greater Good in Action (2014). Esta es una forma de conectarnos con la otra persona a partir de sus expresiones verbales y no verbales, tratando de que se sienta escuchada para fomentar la empatía y la interconexión, lo cual permite que las personas durante la interacción y dentro de cualquier marco relacional se sientan más entendidas y satisfechas. Es a partir de la aceptación compasiva de la propia experiencia del paciente, tratando de que sea lo menos sesgada posible por parte del clínico, como se puede comprender el caso desde su realidad, identidad y contexto y no desde una lógica solamente diagnóstica.

## Nota

Aunque el artículo no se enfoca en las posibles maneras de medir el vínculo terapéutico compasivo, se propone a los investigadores seguir estudiando el tema y explorar los siguientes instrumentos para medir la relación terapéu-

tica a partir de la alianza terapéutica, de maneras cuantitativas y cualitativas: *California Psychotherapy Alliance Scale* (Gaston & Marmar, 1994), *Helping Alliance Questionnaire* (Luborsky et al., 1996), *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* (O'Malley, Suh & Strupp, 1983), *The Working Alliance Inventory* (Horvath & Greenberg, 1989). Así como su posible articulación con prácticas e instrumentos que miden la capacidad compasiva como: *Self-Compassion Scale* (Neff, 2003), *The Compassion Scale* (Pommier, Neff & Tóth-Király, 2020), *The Compassion Scale [CS-M]* (Martins, Nicholas, Shaheen, Jones & Norris, 2013), *Santa Clara Brief Compassion Scale [scBCS]* (Hwang, Plante & Lackey, 2008) y *Relational compassion scale* (Hacker, 2008).

## Referencias

- Bat, M. & Zilcha, S. (2019). The Art Therapy Working Alliance Inventory: The Development of a Measure. *International Journal of Art Therapy*, 24(2), 76-87. Doi: 10.1080/17454832.2018.1518989
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19 ed.). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (2 ed.). New York: The Guilford Press.
- Berry, K. & Danquah, A. (2016). Attachment-Informed Therapy for Adults: Towards a Unifying Perspective on Practice. *Psychology and Psychotherapy*, 89(1), 15-32. <https://doi.org/10.1111/papt.12063>
- Black, S., Hardy, G., Turpin, G. & Parry, G. (2005). Self-Reported Attachment Styles and Therapeutic Orientation of Therapists and Their Relationship with Reported General Alliance Quality and Problems in Therapy. *Psychology and Psychotherapy*, 78(pt. 3), 363-377. Doi: 10.1348/147608305X43784
- Bordin, E. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. Recuperado de [https://clinica.ispa.pt/ficheiros/areas\\_utilizador/user11/63.\\_the\\_generalizability\\_of\\_the\\_pschoanalytic\\_concept\\_of\\_the\\_working\\_alliance.pdf](https://clinica.ispa.pt/ficheiros/areas_utilizador/user11/63._the_generalizability_of_the_pschoanalytic_concept_of_the_working_alliance.pdf)
- Bordin, E. (1983). A Working Alliance Based Model of Supervision. *The Counseling Psychologist*, 11(1), 35-42. Doi: 10.1177/0011000083111007

- Bowlby, J. (1995). *Maternal Care and Mental Health*. Vol. 3 (2<sup>nd</sup> ed.). Northvale, NJ; London: Jason Aronson.
- Bucci, S., Seymour, A., Harris, A. & Berry, K. (2015). Client and Therapist Attachment Styles and Working Alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(2), 155–165. Doi: 10.1002/cpp.1944
- Carter, C., Barta, I. & Porges, E. (2017). The Roots of Compassion. An Evolutionary and Neurobiological Perspective. In Seppälä, E., Simon, E., Brown, S., Worline, M., Cameron, D. & Doty, J. *The Oxford Handbook of Compassion Science* (pp. 234-253). New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. & Hill, C. (2017). *How and Why Are Some Therapists Better than Others? Understanding Therapist Effects*. Washington: C.E Hills. Doi: 10.1037/0000034-003
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Darwin, C. (1871/2004). *The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex*. London: Penguin Classics.
- Decety, J. (2012). *Empathy: From Bench to Bedside*. Cambridge: MIT Press.
- Doran, J. (2016). The Working Alliance: Where Have We Been, Where Are We Going? *Psychotherapy Research*, 26(2), 146-163. Doi: 10.1080/10503307.2014.954153
- Ekman, P. (1992). An Argument for Basic Emotions. *Cognition and Emotion*, 6(3-4), 169–200. Doi: 10.1080/02699939208411068
- Ekman, P. (2003). Behaving Emotionally. In Ekman, P. *Emotions Revealed: recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life* (pp. 52-82). New York: Times Books.
- Elices, M., Carmona, C., Pascual, J., Feliu, A., Martín, A. & Soler, J. (2017). Compassion and Self-Compassion: Construct and Measurement. *Mindfulness & Compassion*, 2(1), 34–40. Doi:10.1016/j.mincom.2016.11.003
- Fuertes, J., Toporovsky, A., Reyes, M. & Bennett, J. (2017). The Physician-Patient Working Alliance: Theory, Research, and Future Possibilities. *Patient Education and Counseling*, 100(4), 610–615. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.018>
- Gaston, L. & Marmar, C. R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. En Hovarth, A. & Greenberg, L. (Eds.). *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (pp. 85–108). New York: John Wiley & Sons.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*. New York: Routledge.

- Goetz, J. & Simon, E. (2017). The Landscape of Compassion: Definitions and Scientific Approaches. In Seppälä, E., Simon, E., Brown, S., Worline, M., Cameron, D. & Doty, J. *The Oxford Handbook of Compassion Science* (pp. 27-43). New York: Oxford University Press.
- Goetz, J., Keltner, D. & Simon, E. (2010). Compassion: an Evolutionary Analysis and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351–374. Doi: 10.1037/a0018807
- Graves, T., Tabri, N., Thompson, H., Franco, D., Eddy, K., Bourion, S.,... Thomas, J. (2017). A Meta-Analysis of the Relation Between Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 323-340. Doi: 10.1002/eat.22672
- Greater Good in Action. (2014). *Active Listening. Connect With a Partner Through Empathy and Understanding*. Recuperado de [https://ggia.berkeley.edu/practice/active\\_listening](https://ggia.berkeley.edu/practice/active_listening)
- Hacker, T. (2008). *The Relational Compassion Scale: Development and Validation of a New Self Rated Scale for the Assessment of Self-Other Compassion* [D Clin Psy thesis]. University of Glasgow.
- Haidt, J. (2003). The Moral Emotions. In Davidson, R., Scherer, K. & Goldsmith, H. (Eds.). *Handbook of affective sciences* (pp. 852–870). Oxford University Press.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. Doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Hwang, J., Plante, T. & Lackey, K. (2008). Santa Clara Brief Compassion Scale (sc-bcs). The development of the santa clara brief compassion scale: An abbreviation of sprecher and fehr's compassionate love scale. *Pastoral Psychology*, 56, 421–428
- James, W. (2016). *Pragmatismo: un nuevo nombre para viejas formas de pensar*. Madrid: Alianza Editorial.
- Jaramillo, J., Escobar, A. y Sandoval, C. (2015). Aproximaciones a una clínica psicológica y su método fundamentada en la epistemología compleja y adecuada a contextos postmodernos. *CES Psicología*, 8(1), 134-154.
- Karver, M., De Nadai, A. S., Monahan, M. & Shirk, S. (2018). Meta-Analysis of the Prospective Relation Between Alliance and Outcome in Child and Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy*, 55(4), 341–355. Doi: 10.1037/pst0000176
- Keeney, B. (2009). *The Creative Therapist: The Art of Awakening a Session*. New York: Routledge.

- Keltner, D., Young, R. & Buswell, B. (1997). Appeasement in human emotion, social practice, and personality. *Aggressive Behavior*, 23(5), 359–374. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2337\(1997\)23:5<359::AID-AB5>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2337(1997)23:5<359::AID-AB5>3.0.CO;2-D)
- Keltner, D., Haidt, J. & Shiota, M. N. (2006). Social Functionalism and the Evolution of Emotions. In Schaller, M., Simpson, J. & Kenrick, D. (Eds.). *Evolution and social psychology* (pp. 115–142). Psychosocial Press.
- Kolts, R., Bell, T., Bennett, J. & Irons, C. (2018). *Experiencing Compassion-Focused Therapy from the Inside Out: A Self-Practice/Self-Reflection Guides for Psychotherapists*. New York: The Guilford Press.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A. & Daley, D. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II): Psychometric Properties. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 5(3), 260–271.
- Martins, D., Nicholas, N. A., Shaheen, M., Jones, L. & Norris, K. (2013). The Development and Evaluation of a Compassion Scale. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(3), 1235-1246. Doi: 10.1353/hpu.2013.0148
- Navia, C. y Arias, E. (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885-894.
- Neff, K. D. (2003). Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. (2012). The Science of Self-Compassion. In Germer, C. & Siegel, R. *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 79-92). New York: Guilford Press.
- Norcross, J. & Lambert, M. (2019). *Psychotherapy Relationships that Work. Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3 ed., Vol. 1). New York: Oxford University Press.
- O'Malley, S. S., Suh, C. S. & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A Report on the Scale Development and a Process-Outcome Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 581–586. Doi: 10.1037/0022-006X.51.4.581
- Pommier, E., Neff, K. D. & Tóth-Király, I. (2020). The Development and Validation of the Compassion Scale. *Assessment*, 27(1), 21-39. Doi: 10.1177/1073191119874108
- Rossetti, M. y Botella, L. (2017). Alianza terapéutica. Evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 19-30.

- Simpson, B. & Willer, R. (2015). Beyond Altruism: Sociological Foundations of Cooperation and Prosocial Behavior. *The Annual Review of Sociology*, 41, 43–63. Doi: 10.1146/annurev-soc-073014-112242
- Steel, C., Macdonald, J. & Schroder, T. (2017). A Systematic Review of the Effect of Therapists' Internalized Models of Relationships on the Quality of the Therapeutic Relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 74(1), 5-42. Doi:10.1002/jclp.22484
- Wallin, D. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Weger, H., Castle, G., Minei, E. & Robinson, M. (2014). The Relative Effectiveness of Active Listening in Initial Interactions. *International Journal of Listening*, 28(1), 13-31. Doi: 10.1080/10904018.2013.813234
- Witmer, L. (1907). Clinical Psychology. *American Psychologist*. *Lightner Witmer*, 51(3), 248-251. Doi: doi.org/10.1037/0003-066X.51.3.248
- Zilcha, S. & Errázuriz, P. (2017). Early Development of Mechanisms of Change as a Predictor of Subsequent Change and Treatment Outcome: The Case of Working Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(5), 508-520. Doi:10.1037/ccp0000192
- Zilcha, S., Snyder, J. & Silberschatz, G. (2017). The Effect of Congruence in Patient and Therapist Alliance on Patient's Symptomatic Levels. *Psychotherapy Research*, 27(3), 371-380. Doi: 10.1080/10503307.2015.1126682