Titulo: **ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA EMPATÍA EN LA INTERCONSULTA**

**Resumen:**

La atención en interconsulta sitúa al terapeuta en ámbitos clínicos distintos al habitual. Más allá de los obstáculos que estos escenarios suelen traer aparejados, las particularidades del contexto pueden precipitar dificultades en el mismo terapeuta -entendido como instrumento de su práctica-. En este trabajo se conceptualizan algunas consideraciones sobre la empatía en el abordaje de pacientes con dolor. La capacidad de empatía, la diferenciación del self y de las experiencias, como la ética son variables que estarían asociadas -según su estabilidad- a una diferente toma de perspectivas, y por ende, a distintas respuestas frente al paciente. Cuando los profesionales pueden ubicar el sufrimiento del paciente como separado de ellos mismos, con un claro reconocimiento de que aquel sufrimiento no es su sufrimiento - existiendo una resonancia empática- pueden sentirse capaces de entrar en el mundo del paciente y su enfermedad; con firmeza personal y profesional. Se presenta un caso clínico.

Palabras Clave: *Interconsulta, Empatía, Dolor*

**Introducción**

La interconsulta (IC) representa una modalidad clínica y una herramienta metodológica de comprobada utilidad para la mejora de la calidad de atención de los pacientes (Santos, Slonczewski & Prebianchi 2011; Pincus, 1987). La atención en IC sitúa al terapeuta en ámbitos clínicos distintos a los habituales. Más allá de los obstáculos que estos escenarios suelen traer aparejados, las particularidades del contexto pueden precipitar dificultades en el mismo terapeuta -entendido el mismo, como propio instrumento de su práctica-. Hasta ahora, el impacto que generan en los terapeutas las experiencias de dolor de los pacientes, no se han estudiado ampliamente. Como aporte proponemos estudiar la empatía y su papel en la IC ejemplificando con un caso de clínico.

**La expresión del Dolor**

Según Cano, Leong, y Williams et al. (2012) los pacientes manifiestan su dolor como una forma de buscar contención. Suelen comunicarlo a través de expresiones verbales, faciales, sonoras, o bien por medio de conductas o movimientos que lo reflejen. Estas expresiones incluyen: preocupación (*“Mi cabeza piensa tanto en mi espalda que no puedo pensar en otra cosa”)*, miedo, odio *(“Esto me frustra; cada vez que hago un esfuerzo para hacer algo mi cuerpo no me deja”)*, tristeza, culpa *(“Siento culpa no solo porque mi vida es la que está cambiando, sino también la de los que me quieren”),* y otras emociones displacenteras. Los modelos de validación y empatía del dolor(Goubert, 2005; Laurenceau, Barrett & Pietromonaco, 1998; Reis & Shaver, 1988) han demostrado que expresar preocupaciones sobre el dolor se relaciona con una mayor precepción de soporte y contención(Kahn & Hessling, 2001; Stephens et al. 2006). Estas expresiones dependen de la *severidad del dolor*, pero a su vez se relacionarían con: *la catastrofización*(García-Campayoa & Rodero, 2011) del dolor (rumiación, magnificación, desesperanza, etc.); *síntomas de ansiedad y depresión*; *insatisfacción en las relaciones*; y con la *sensación de no estar siendo ayudado*(Cano et al. 2012). La expresión emocional del dolor suele promover soporte emocional(Cano et al. 2012), permite procesar pensamientos y sentimientos difíciles (Lumley, Sklar, & Carty, 2012), y favorece la cercanía e intimidad (Laurenceau, Barrett & Pietromonaco, 1998; Laurenceau, Barrett & Rovine, 2005).

Sin embargo, por otra parte se ha demostrado que el marcado malestar psicológico y el dolor severo contribuyen a altos niveles de emoción expresada (Finkenauer & Rime, 1998; Kahn & Hessling, 2001; Luminet et al. 2000; Morley, Doyle, & Beese, 2000; Stiles, Shuster, & Harrigan, 1992). Si bien la comunicación del dolor busca soporte y contención; altos niveles de emoción expresada podrían llevar a resultados opuestos. La exposición repetida a expresiones de malestar, y la percepción de no obtener resultados para reducirlo conduce a la invalidación (Stiles, Shuster, & Harrigan, 1992; Cano et al. 2012) al agotamiento, y al burnout(Rushton, Kaszniak, & Halifax, 2013) -todas manifestaciones de emocionalidad negativa-.

Comprender la experiencia del paciente facilita darle sentido a sus conductas infructuosas evitando emitir juicios(Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983). Por lo tanto, es necesario un entrenamiento en el manejo del propio malestar para conseguir un contacto efectivo con pacientes con dolor (Cano et al. 2012).

**Siento tu dolor**

Las investigaciones sobre empatía (Tania, & Claus, 2009; Singer et al. 2004) realizadas principalmente con neuroimágenes revelan que ver a otra persona con *dolor* (Singer et al. 2004), *miedo* (Preston et al. 2007) o *asco* (Wicker et al. 2003) provoca las mismas activaciones neuronales asociadas al *dolor, miedo o asco* en uno mismo (Takeshi et al. 2012; Dimberg & Oehman, 1996). Iacoboni (2009) señala que cuanta más cercanía haya con *otro* que tiene dolor habrá mayor actividad neuronal en las aéreas del cerebro que procesan el aspecto emocional del dolor. Esto sucede en situaciones más abstractas (“Imaginarse o pensar en”). Cuando las situaciones se perciben en directo surge principalmente un reflejo especular somático.

**Dos formas de responder ante otro con dolor**

Basados en un estudio detallado, Batson, Fultz & Schoenrade (1987) señalan que hay dos tipos distintos de respuestas emocionales inducidas por percibir o imaginar a un otro en situación de dolor: A) Sentimientos de *empatía*; la cual refleja una respuesta emocional *“con foco en/orientada al otro”* congruente con la situación que experimenta; al adoptar un perspectiva en “3ra. persona” (3°P) induce sentimientos por el otro. B) Sentimientos de malestar personal (preocupación, enfado, miedo, angustia, etc.) que reflejan una respuesta emocional aversiva *“con foco/orientada a uno mismo”*; al adoptar una perspectiva en “1ra persona” (1°P) provoca sentimientos directos de displacer despertados por ser testigo de la situación de dolor.Los autores señalan que estas dos respuestas emocionales tienen distintas consecuencias motivacionales y conductuales. La *empatía* estimularía a: reducir la *necesidad* del otro, incrementar la validación(*ver también:* Batson, Early, & Salvarani, 1997), y a fomentar la Alianza terapéutica (Rogers, 1951; Vyskoilova, Prasko, & Slepecky, 2011). En cambio, el malestar personal conduciría a reducir la propia activación emocional aversiva, promueve la identificación, la proyección de sentimientos, y la invalidación (Batson et al. 1987; Batson et al. 1997; Vyskoilova et al. 2011).

**Imaginarse cómo se siente el paciente vs. imaginarse cómo uno se sentiría**

La capacidad para tomar la perspectiva del otro involucra la habilidad de entender y apreciar su singular punto de vista. Se trata de un complejo proceso cognitivo involucrado en la cognición social (Ruby & Decety, 2004). En la IC, ante cada caso surgen diferentes perspectivas. Según Batson et al. (1997) por un lado, se puede tomar la *perspectiva del paciente* al imaginar cómo percibe la situación y en consecuencia: qué piensa y cómo se siente (3°P). Por el otro, el profesional puede imaginarse a él mismo experimentando la situación del paciente, y en consecuencia que pensaría y como se sentiría él (1°P). Por lo general, se asume que los procesos psicológicos y emocionales que surgen al imaginarse cómo se siente el otro, y el imaginarse cómo se sentiría uno son esencialmente lo mismo, equivalentes; intercambiables; incluso como formas idénticas de pensar perspectivas. Sin embargo Stotland (1969) y Schoerande (1981) han demostrado lo contrario. Estas dos perspectivas tienen diferentes efectos emocionales y comportamentales (Batson et al. 1997; Schoerande, 1981). Imaginar como el paciente experimenta una situación (3°P) produce un incremento en la empatía (Preston & de Waal, 2002) *(“Entiendo que se sienta enojado por el dolor, veamos juntos como puedo ayudarlo”).* Mientas que imaginarse a uno mismo viviendo esa misma situación e imaginarse cuáles serían sus propios pensamientos y emociones (1°P) genera un bajo nivel de empatía y un alto malestar emocional personal (Batson et al. 1997) *(“Si a mí me pasara eso yo tampoco haría el tratamiento; yo me mato”*). Según Piliavin, Dovidio, Gaertner, & Clark (1981) y Cialdini et al. (1987) este enfoque induce la identificación con el paciente; ampara la proyección de emociones (miedo, angustia, ira, etc.); y se enfoca en aliviar el malestar propio.

**Abordar el Malestar Personal**

Según Rogers (1951) una adecuada empatía facilita la alianza terapéutica (*ver también:* Vyskoilova et al. 2011). Según Lamm, Batson & Decety (2007) lo central para cultivar una modulada capacidad de empatía, es justamente la capacidad de diferenciar el propio self del otro. Beck et al. (1983) señala que la empatía -conocer la base cognitiva de los sentimientos del paciente- implica asimismo la capacidad de mantenerse independiente de los sentimientos del paciente a fin de preservar la objetividad hacia sus problemas(*ver también:* Vyskoilova et al. 2011). Cuando los profesionales pueden ubicar el sufrimiento del paciente como separado de ellos mismos, logran regular la activación emocional permaneciendo en una zona de resiliencia, sin transformarse esto en algo abrumador (Leitch, 2007; Miller-Karas, & Leitch, 2013). Cuando los límites entre el self y el otro se disuelven se torna difícil separar el sufrimiento de uno respecto del sufrimiento del otro (Rushton et al. 2013). Si existe un claro reconocimiento de que el sufrimiento del paciente no es el sufrimiento del profesional, -y existe una resonancia empática-, los profesionales pueden sentirse capaces de entrar al mundo del paciente y de su enfermedad con firmeza personal y profesional (Halifax, 2011; Vyskoilova et al. 2011). Como señala Beck et al. (1983), intentando ingresar al microcosmos del paciente el terapeuta estará menos inclinado a reaccionar de un modo antiterapéutico. Sin embargo, cuando los profesionales no hallan una “justificación” al sufrimiento del paciente, pueden comenzar a responder con conductas enfocadas en sí mismos, producto de experimentar una activación emocional negativa (caracterizada por ej. por una sobreactivación empática o aversión). Enfocándose en sí mismos intentan aliviar su estado emocional negativo alejándose del foco del paciente y de sus necesidades (Halifax, 2011). Cuando se atiende a una persona con malestar físico surge una activación emocional, que -como se describió anteriormente- puede tomar dos perspectivas distintas. Rushton et al. (2013) nombra que ciertos atributos del clínico de la salud tendrán un papel fundamental en cómo se responderá ante el dolor del paciente. Estos son: la capacidad de empatizar y de pensar la perspectiva del paciente (3°P); el conjunto de experiencias personales (conscientes e inconscientes), y la ética. Cada “evento disparador” (por ej. un paciente con expresiones de dolor) genera una respuesta en cadena donde se ponen en juego todas estas cualidades. La estabilidad entre: la capacidad de tomar una perspectiva en 3°P; la experiencia personal y profesional (Bennett-Levy, Thwaites, Chaddock, & Davis, 2009) diferenciada a la del paciente (límites claros del self); y su sensibilidad ética; tiene como resultado una regulada activación emocional. Esto generaría una respuesta empática, conductas y acciones integradas orientadas al paciente donde el profesional es resiliente. Un desbalance entre alguna de estas cualidades puede causar desestabilización(Rushton, 2013). Como señala Beck et al. (1983) el terapeuta debe tener cuidado de no proyectar sus propias actitudes, emociones y expectativas en el paciente. Un terapeuta con historia de malas experiencias, proyectadas al paciente (baja distinción self/otro), o con una perspectiva en 1°P tendrá una activación emocional aversiva (por ej.: sobre-empatizando, o no logrando empatizar) que conduce al malestar emocional (miedo, angustia, etc.) y a la desmoralización. Esta cadena continúa con conductas *orientadas al self* como: la evitación, el abandono, la indignación, etc. El ciclo termina en una desregulación de la acción; estrés y burnout(Rushton et al. 2013). Según Rushton et al. (2013) aquellos clínicos que pueden mantenerse en un estado emocional con orientación neutral y/o positiva son menos propensos a experimentar una alta intensidad negativa y/o desmoralización, incluso si perciben un conflicto con sus valores o con el tipo de tratamiento. En cambio, aquellos profesionales que no lo logran desarrollan patrones de respuestas negativas o inconscientes que influyen en como evalúan y actúan. Un no reconocido/procesado dolor, o una identificación con la situación del paciente puede impactar en la propia activación emocional, y por lo tanto sobre la respuesta ante el caso. Eisenberg(2002)sugiere que si experiencias o recuerdos negativos inconscientes están demasiado activados, las respuestas serán *orientadas al self* máxime*,* reflejo de una activación emocional negativa.

**El caso “Daniel”**

Daniel tiene 22 años, ingresó al hospital con un diagnóstico de Fractura Diafisiaria de fémur derecho. Con antecedentes de hepatitis idiosincrática medicamentosa y alergia a la penicilina. Había sufrido un accidente de tránsito en moto 5 meses atrás por lo que le colocaron un yeso peri pélvico en otro hospital donde se negaron a operarlo. Tras 5 meses su cuadro no mejoró. El equipo clínico lo evalúa, y lo interna para operarlo. A su vez solicita IC por “depresión”. Al no poder caminar, Daniel pasa el tiempo en cama. Tiene estado de ánimo depresivo, ideas de desesperanza; y timia displacentera. Presenta síntomas ansiosos que asocia a su estado físico. Nos expresa su angustia, culpa, tristeza y miedo. Se queja: *“Me desilusionaron muchas veces, ahora no creo en nadie. En el otro hospital me dijeron que si entraba al quirófano no salía vivo”; “Tengo bronca por qué no puedo caminar, no puedo trabajar”; “Además mi papá y mi mamá tienen que faltar al trabajo para venir acá*”. Daniel es operado. La cirugía consigue resultados a nivel traumatológico, pero se agrava la ictericia, y contrae fuertes dolores. Su piel, y sus ojos están teñidos de amarillo. Su ansiedad se incrementa. *“Estoy re mal; mirá como me dejaron*”. Pasan 25 días y los clínicos no encuentran tratamiento ni causa del cuadro. Daniel, inmóvilazado piensa en su muerte. Trabajamos para que no desista del tratamiento que quiere abandonar por no ver resultados. En los “pases” de Salud Mental se escucha: *“Si me pasa eso a mí yo me muero”*. Incluso profesionales con años de experiencia señalan: *“Es probable que el accidente se lo haya buscado él inconscientemente”*. Otros, se imaginan en el lugar de su familia: *“Yo tampoco sabría que decirle si fuera su papá”*. Al trabajo de contención, soporte y abordaje de las perturbaciones emocionales de Daniel, se suma el trabajo con las respuestas disfuncionales del equipo tratante quienes al no encontrar causa o cura comienzan a transmitirle esto: invalidándolo evitándolo, y proyectado sus emociones negativas (*“Esto te lo estás haciendo vos”*). Aquí -como en otros casos- donde el cuadro empeora se ven más desacuerdos en el equipo de trabajo. La falta de entendimiento de las diferentes perspectivas y esfuerzos, exacerba el estado emocional negativo(Rushton et al. 2013) y la desmoralización; contribuyendo a la incongruencia en las metas y al desgaste en relación con el paciente, la familia y el equipo (Curtis & Burt, 2003; Aslakson, Wyskiel & Thornton, 2012). Basado en una empática perspectiva en 3°P dialogamos con los clínicos ubicando que la evolución del cuadro de Daniel no aparecía determinado por su voluntad, actitud, o emociones. Días después deciden realizar una nueva exploración endoscópica. Encuentran una complicación en la vía biliar y se lo opera de la vesícula. Responde favorablemente y a las 48hs Daniel se va de alta.

**Discusión**

Beck et al. (1983) ubica que es muy importante que el terapeuta acepte que las emociones y los pensamientos del paciente son válidos para éste, por lo cual no debería ignorarlos, rechazarlos ni intentar *“hablarle al paciente como si no existieran”***.** Como señala Fernández-Álvarez (2008), algunos terapeutas tienen mucha facilidad para entablar más rápidamente un buen contacto emocional con el paciente ya que poseen una dotación de empatía natural muy desarrollada; hay otros terapeutas con más limitaciones. Como refiere Beck et al. (1983) los terapeutas pueden mejorar sus respuestas empáticas mediante entrenamiento(*ver también:* Vyskoilova et al. 2011), y pensamos que esta es una habilidad clave para la IC.

Como se presentó en el caso “Daniel”, el contexto de la IC pone a la empatía den un primer plano. A su vez, se ha demostrado que la capacidad de empatía, la diferenciación del self y las experiencias, junto a la ética son variables asociadas -según su estabilidad- a una diferente toma de perspectivas, y por ende, a distintas respuestas frente al paciente. Estas se podrían resumir en: orientarse a aliviar el dolor del paciente, u orientárse a la búsqueda del alivio propio ante la activación emocional negativa.

Como ubica Halifax (2011), cuando los profesionales pueden ubicar el sufrimiento del paciente como separado de ellos mismos, con un claro reconocimiento de que aquel sufrimiento no es su sufrimiento -existiendo una resonancia empática- pueden sentirse capaces de entrar en el mundo del paciente y su enfermedad; con firmeza personal y profesional. Así; intentando ingresar al microcosmos del paciente el terapeuta estará menos inclinado a reaccionar de un modo antiterapéutico(Beck et al. 1983), como se realizó desde salud mental en el caso de “Daniel”.

En este trabajo hemos realizado una exploración sobre el estado del arte tomando a algunos de los investigadores que han desarrollan el tema. Se recomienda realizar futuras investigaciones con rigurosidad metodológica que permitan su generalización.

Como recomendación clínica, pensamos que en la IC los terapeutas necesitamos contar con un ambiente validante donde poder reflexionar recibiendo sostén, asistencia y colaboración.

**Referencias**

Aslakson, R., Wyskiel, R. & Thornton, I. (2012) Nurse-perceived barriers to effective communication regarding prognosis and optimal end-of-life care for surgical ICU patients: A qualitative exploration. J *Palliat Med; 15(8):* (pp 910–915). PMID: 22676315

Batson, C., Early, S. & Salvarani, G. (1997). Perspective taking: Imagining how another feels versus imagining how you would feel*. Personality and Social Psychology Bulletin, 23;* (pp751-758).

Batson, C., Fultz, J. & Schoenrade, P. (1987) Distress and empathy: Two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *J. Pers.; 55(1):* (pp19–39). PMID:3572705.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G. (1983) Terapia Cognitiva de la Depresión. THE GILFORD PRESS, NEW YORK

Bennett-Levy, J., Thwaites, R., Chaddock, A. & Davis, M. (2009). Reflective practice in cognitive behavioural therapy: the engine of lifelong learning. In: Stedmon J, Dallos R, editors. *Reflective Practice in Psychotherapy and Counselling. Maidenhead: OpenUniversity Press* (pp 115–135).

Cano, A., Leong, E., Williams, A., Dana, K. & Jillian R. (2012). Correlates and consequences of the disclosure of pain-related distress to one’s spouse. *PAIN*: *153;* (pp2441–2447)

Cialdini, R., Schaller, M., Houlihan, D., Arps, K., Fultz, J. & Beaman, A. (1987). Empathy-based helping: Is it selflessly or selfishly motivated?. *Journal of Personality and Social Psychology, 52,* (pp 749-758).

Curtis, J. & Burt, R. (2003) Why are critical care clinicians so powerfully distressed by family demands for futile care? *J. Crit. Care; 18(1):* (pp 22–24). PMID: 12640609.

Dimberg, U. & Oehman, A. (1996). Behold the wrath: Psychophysiological responses to facial stimuli. *Motivation and Emotion. 20:* (pp 149–182).

Eisenberg, N. (2002) Distinctions among various modes of empathy related reactions: A matter of importance in humans. *Behav. Brain. Sci.; 25(1):* (pp33–34).

Fernandez-Alvarez, H. (2008) INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé. EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER. España

Finkenauer C. & Rime B. (1998) Socially shared emotional experiences versus emotional experiences kept secret: differential characteristics and consequences. *J Soc Clin Psychol; 17:* (pp295–318).

García-Campayoa, J. & Rodero, B. (2011) La catastrofización ante el dolor en la fibromyalgia. Jano: España. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1772/59/1v00n1772a90021171pdf001.pdf>

Goubert, L., Craig, K., Vervoort, T., Morley, S., Sullivan, M., Williams, A., Cano, A. & Crombez, G. (2005) Facing others in pain: the effects of empathy. *PAIN ;118*: (pp285–288).

Halifax, J. (2011) The precious necessity of compassion. *J. Pain Symptom Manage;41*: (pp146–153). PMID: 21123027.

Iacoboni, M. (2009) Las neuronas Espejo. Katz Ediciones Madrid

Kahn, J. & Hessling R. (2001) Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. J *Soc Clin Psychol. 20*:(pp41–65).

Kahn, J. & Hessling, R. (2001) Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *J Soc Clin Psychol 20:*(pp 41–65).

Lamm, C., Batson, C., & Decety, J. (2007) The neural substrate of human empathy: Effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience, 19,* (pp 42-58).

Laurenceau, J., Barrett, L. & Pietromonaco, P. (1998) Intimacy as an interpersonal process: the importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *J. Pers. Soc. Psychol;74*: (pp1238–51).

Laurenceau, J., Barrett, L. & Pietromonaco, P. (1998) Intimacy as an interpersonal process: the importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *J. Pers. Soc. Psychol;74:* (pp1238–51).

Laurenceau, J., Barrett, L. & Rovine, M. (2005) The interpersonal process model of intimacy in marriage: a daily-diary and multilevel modeling approach. *J. Fam. Psychol.;19:* (pp314–23).

Leitch, M. (2007) Somatic experiencing treatment with tsunami survivors in Thailand: Broadening the scope of early intervention. *Traumatology;13(3):* 11.

Luminet, O., Bouts, P., Delie, F., Manstead, A. & Rime, B. (2000) Social sharing of emotion following exposure to a negatively valenced situation. *Cognit Emotion.* *14*: (pp661–88).

Lumley, M., Sklar, E. & Carty, J. (2012) Emotional disclosure interventions for chronic pain: from the laboratory to the clinic. *Transl. Behav. Med; 2:* (pp. 73–81).

 Miller-Karas, E. & Leitch, L. (2013) Trauma Resource Institute: Trauma Resiliency Model. Claremont, CA: Trauma Resource Institute.

Morley, S., Doyle, K. & Beese, A. (2000) Talking to others about pain: suffering in silence. In: Devor M, Rowbotham M, Wiesenfeld-Hallin Z, editors. Proceedings of the ninth world congress on pain: progress in pain research and management (pp. 1123–1129). Seattle: IASP Press.

Piliavin, J., Dovidio, J., Gaertner, S., & Clark, R. (1981). Emergency intervention. New York: Academic Press.

Pincus, H. (1987) Marketing cosultation-liaison psychiatry. General Hospital Psychiatry. 1987; *9*(5); (pp 347-349). United States.

Preston, S. & de Waal, F. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behav Brain Sci. 25:* (pp 1–72).

Preston, S., Bechara, A., Damasio, H., Grabowski, T., Stansfield, R., Mehta, S., Damasio, A. (2007) The neural substrates of cognitive empathy. *Soc. Neurosci. 2 (3–4),* (pp 254–275).

Reis, H. & Shaver, P. (1988) Intimacy as an interpersonal process. In: *Handbook of interpersonal relationships* (*Duck, S., editor)* (pp 367–89). Chichester: Wiley.

Revenson, T. & Majerovitz, S. (1990) Spouses’ support provision to chronically ill patients. *J. Soc. Pers. Relat.; 7*: (pp575–86).

Rogers, C. (1951) Client-centere therapy. Boston: Houghton Mifflin Co.

Ruby P. & Decety J. (2004) How Would You Feel versus How Do You Think She Would Feel? A Neuroimaging Study of Perspective-Taking with Social Emotions. *Journal of Cognitive Neuroscience. 16(6)*; (pp 988-999). Massachusetts Institute of Technology.

Rushton, C., Kaszniak, A. & Halifax, J. (2013) A framework for understanding moral distress among the inter-professional team. *J. Palliat. Med.; 16:* (pp1074–1079).

Rushton, C., Kaszniak, A. & Halifax, J. (2013) Addressing Moral Distress: Application of a Framework to Palliative Care Practice. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE 16, 9.*

Santos N., Slonczewski T. & Prebianchi H. (2011) Interconsulta psicológica: demanda y asistencia en hospital general. *Psicol. estud.* *16* no.2 Maringá.

Schoenrade, P. (1981) Emotional and motivational distinctions between imagining oneself and imagining another in a need situation. Unpublished master's thesis, University of Kansas, Lawrence.

 Schoenrade, P. (1981) Emotional and motivational distinctions between imagining oneself and imagining another in a need situation. Unpublished master's thesis, University of Kansas, Lawrence.

Singer, T., Seymour, B., O’Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. & Frith, C. (2004) Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science 303 (5661)*, (pp1157–1162).

Singer, T., Seymour, B., O’Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. & Frith, C. (2004) Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science 303; 5661,* (pp1157–1162).

Stephens, M., Martire, L., Cremeans-Smith, J., Druley, J. & Wojno, W. (2006) Older women with osteoarthritis and their caregiving husbands: effects of pain and pain expression on husbands’ well-being and support. *Rehabil. Psychol.;51*:(pp3–12).

Stiles, W., Shuster, P. & Harrigan, J. (1992) Disclosure and anxiety—a test of the fever model. *J. Pers. Soc. Psychol.* *63*: (pp980–8).

Stotland, E. (1969) Exploratory investigations of emphaty. *In L. Berkowitz (Ed.)* *Advances in experimental social psychology;4 (pp 271-313)*. New York: Academic Press

Takeshi, K., Yuri, M., Hideyo, K., Kengo, N., Mitsuru, K. & Ikuo, H. (2012) Sharing breathlessness: Investigating respiratory change during observation of breath-holding in another. *Respiratory Physiology & Neurobiology, 180*; (pp 218– 222).

Tania, S. & Claus, L. (2009). The social neuroscience of empathy. *Ann. N. Y. Acad. Sci. 1156*, (pp81–96).

 Vyskoilova, J.,Prasko J., & Slepecky, M. (2011) Empathy in cognitive behavioral theraphy and supervision. *Activitas Nervosa Superior Rediviva, 53(2),* (pp 72-83).

Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J., Gallese, V. & Rizzolatti, G. (2003) Both of us disgusted in My insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron 40 (3),* (pp 655–664).