

## **Introducción**

En el marco de la Medicina del Estilo de Vida y del ejercicio profesional en salud mental, la relación entre los hábitos de autocuidado y las habilidades clínicas ha cobrado creciente interés. ¿Hasta qué punto los hábitos personales de un terapeuta afectan su desempeño clínico? Este ensayo propone que el autocuidado no es un complemento, sino un componente constitutivo del trabajo clínico, afectando tanto el vínculo terapéutico como la eficacia de las intervenciones.

Numerosos estudios interdisciplinarios en neurociencia, filosofía, psicología y pedagogía han señalado que las habilidades clínicas no emergen de manera aislada, sino que se sostienen sobre prácticas habituales del terapeuta. Estas prácticas –como el descanso, la alimentación, la actividad física, la conciencia corporal y la autorreflexión– configuran no solo su salud personal, sino también su capacidad de empatía, atención y regulación emocional.

Desde la medicina del estilo de vida, que promueve la integración de hábitos saludables como fundamento del bienestar general, surge la necesidad de repensar el rol del autocuidado en la formación y el desempeño de los profesionales de salud mental. Esta revisión propone una mirada integradora, basada en evidencia científica y con implicancias clínicas y formativas concretas.

Los profesionales de salud mental en ejercicio clínico son el foco principal (psicólogos, psiquiatras, terapeutas), dejando fuera otros ámbitos como la gestión institucional o el activismo en salud pública. Tampoco se analizarán patologías específicas ni tratamientos clínicos particulares, sino que se abordará la dimensión transversal del autocuidado en relación con habilidades clínicas generales como la empatía, la regulación emocional y la escucha activa.

## **Perspectivas teórica y filosófica sobre los hábitos y las habilidades**

Aunque los términos “hábito” y “habilidad” se utilizan con frecuencia en el discurso clínico y formativo, pocas veces se explora su relación profunda desde una perspectiva integradora.

Respecto a la definición conceptual, el término "hábito" proviene del latín *habitus*, que hace referencia a una disposición adquirida por repetición que configura nuestra forma de estar en el mundo. James Clear (2018) lo define como una práctica regular que se convierte en una respuesta automática ante determinadas situaciones. Esta definición coincide con la tradición psicológica que concibe el hábito como un proceso de aprendizaje que moldea la conducta a partir de la repetición y la consistencia.

En cuanto a la palabra "habilidad", también se origina en la raíz *habere*, que significa "tener". Habilidad implica tener la capacidad o disposición para actuar de manera efectiva ante una situación. En el contexto de la salud mental, las habilidades clínicas incluyen la empatía, la escucha activa, la regulación emocional, la reflexión ética y la sensibilidad interpersonal (Araya-Véliz & Porter Jalife, 2017). Estas habilidades no son innatas, sino que se cultivan mediante la experiencia, la supervisión y fundamentalmente, mediante la práctica del autocuidado consciente.

El marco filosófico también tiene un aporte significativo. Heidegger (1951) en su reflexión sobre el "habitar" sugiere que la forma en que habitamos el mundo determina cómo construimos en él. En otros términos, el ser humano no simplemente tiene un cuerpo, sino que habita su corporalidad en el mundo (Heidegger, 1971). Esta idea puede trasladarse al contexto terapéutico: el terapeuta que habita su presente emocional y corporal de manera consciente es capaz de construir un vínculo terapéutico más sólido y sensible. El habitar, en este sentido, se relaciona con la capacidad de estar presente, de registrar lo que sucede dentro de uno y en el otro, y de responder desde un lugar éticamente cuidado.

Desde esta perspectiva, desarrollar un hábito o una habilidad es establecer una forma particular de habitar el mundo, una disposición activa que estructura la experiencia y la acción. Para el terapeuta, entonces, las habilidades clínicas no pueden entenderse como un repertorio externo de técnicas, sino como formas encarnadas de relación con el otro, moldeadas por hábitos profundos.

Sin embargo, no todos los hábitos son neutrales ni beneficiosos. La psicología conductual y cognitiva ha mostrado cómo los hábitos disfuncionales pueden cristalizar patrones de evitación, adicción, rumiación o desregulación emocional. Por ello, la formación de hábitos saludables –como el descanso adecuado, la alimentación consciente, el ejercicio físico regular o la práctica de *mindfulness*– se considera una

intervención crucial en el bienestar de cualquier individuo, incluyendo a los profesionales de la salud mental (Clear, 2018; Duhigg, 2012).

A diferencia del hábito, que tiende a automatizarse, la habilidad clínica requiere cierto grado de conciencia y regulación. En el campo de la salud mental, una habilidad no se reduce a un conjunto de conocimientos técnicos, sino que incluye dimensiones afectivas, relacionales y éticas. Daniel Goleman (1995), en su teoría de la inteligencia emocional, identificó la autoconciencia, la autorregulación, la motivación, la empatía y las habilidades sociales como componentes esenciales del funcionamiento interpersonal efectivo. Estas habilidades pueden considerarse “metacompetencias” porque condicionan la calidad del desempeño clínico. Por ejemplo, un terapeuta puede conocer múltiples técnicas de intervención, pero si no regula su propio estrés o no escucha activamente a su consultante, dichas técnicas se vuelven ineficaces o incluso contraproducentes.

Más aún, las habilidades clínicas se desarrollan a través de un proceso prolongado que combina formación teórica, práctica supervisada, autorreflexión y experiencia encarnada. En este sentido, pueden considerarse hábitos complejos o habilidades-hábito: disposiciones integradas que requieren revisión constante a través de rutinas de cuidado, supervisión, formación continua y descanso.

Aquí es donde los hábitos personales se convierten en condiciones de posibilidad para las habilidades clínicas. Un terapeuta que duerme mal, que no realiza actividad física, o no cultiva espacios de contención y reflexión personal, tendrá mayor dificultad para estar presente en la sesión, contener al otro o tomar decisiones clínicas éticas. Por el contrario, un estilo de vida saludable favorece la regulación emocional, la claridad cognitiva y la empatía sostenida (Delaney, 2018).

En síntesis, los conceptos de hábito y habilidad no pueden comprenderse como entidades separadas. Un hábito saludable puede convertirse en una habilidad terapéutica cuando se integra de manera consciente en la práctica clínica; y, a la inversa, una habilidad solo puede sostenerse si se apoya en hábitos que le den cuerpo, tiempo y contexto. Esta interdependencia se convierte en un eje central para pensar una formación clínica sostenible, encarnada y relacional.

## **Tesis**

La tesis que este ensayo sostiene es la siguiente: los hábitos de autocuidado no son un accesorio de la práctica clínica en salud mental, sino un fundamento indispensable para el desarrollo y sostenimiento de habilidades terapéuticas eficaces, éticas y humanas.

Esta postura implica eventualmente un cambio paradigmático. Lejos de relegar el bienestar del terapeuta a un plano privado, lo coloca en el centro de la reflexión clínica. La tesis aporta una integración necesaria entre el cuidado personal y el ejercicio profesional, subrayando que la calidad del vínculo terapéutico depende de cómo el profesional habita su cuerpo, sus emociones y su tiempo.

Hoy sabemos que los procesos cognitivos, emocionales y relacionales están profundamente mediados por la fisiología corporal. El estado del sistema nervioso autónomo, los niveles de cortisol, la calidad del sueño, el ritmo cardíaco y la respiración influyen en la capacidad de atención, empatía y regulación emocional del terapeuta (Porges, 2011; Sapolsky, 2004).

Desde la Teoría Polivagal desarrollada por Stephen Porges (2011), se ha demostrado que el sistema nervioso autónomo regula no solo la respuesta al estrés, sino también la capacidad de establecer vínculos seguros. Según esta teoría, cuando un terapeuta se encuentra en un estado fisiológico de seguridad (ventral vagal), puede conectar con su paciente de manera abierta, receptiva y empática. Por el contrario, si está en un estado simpático (alerta, hiperactivación) o dorsal vagal (congelamiento, desconexión), su capacidad de resonancia interpersonal se reduce drásticamente, incluso aunque su discurso verbal no lo evidencie.

En este sentido, el cuerpo del terapeuta no es sólo una interfaz para la escucha, sino un instrumento de sintonía. La presencia corporal consciente, la postura, la respiración, el tono de voz y el contacto ocular constituyen elementos fundamentales del acto terapéutico. Estos aspectos no son meramente expresivos, sino profundamente reguladores: permiten transmitir contención, apertura y seguridad, configurando un entorno en el que el consultante puede sentirse acogido y comprendido (Schoore, 2003; Siegel, 2010).

En este escenario, la salud corporal del terapeuta deja de ser una preocupación privada y se convierte en un factor clínico. La somatización del estrés, la desconexión del

cuerpo propio o el descuido de necesidades básicas (alimentación, hidratación, descanso) impactan negativamente en la calidad de la intervención terapéutica.

### **Contraargumentos**

Algunos críticos sugieren que incorporar el autocuidado como contenido formal en la formación puede derivar en una visión biologicista o individualista de los procesos formativos, desatendiendo las condiciones estructurales e institucionales que también afectan al profesional.

Respecto a la práctica de mindfulness, aunque muchas investigaciones han destacado sus beneficios, se han planteado críticas sobre la calidad metodológica de algunos estudios o la tendencia a sobrevalorar sus efectos sin considerar el contexto o la personalidad del practicante.

Una postura tradicional considera que el autocuidado pertenece a la esfera íntima del profesional y no debería interferir con la evaluación de su competencia clínica. Desde esta perspectiva, lo importante es el conocimiento técnico y la conducta profesional, más allá de las prácticas personales.

### **Argumentos**

Formar terapeutas conscientes de su cuerpo no implica medicalizar la formación, sino ampliarla. El cuerpo, en tanto territorio de afectos, tensiones y memorias, es también un sensor clínico. Escuchar al paciente implica también registrar lo que su presencia despierta en nuestro cuerpo: tensiones, sensaciones, climas afectivos. Esta escucha somática –frecuentemente relegada al inconsciente o a lo implícito– puede volverse una fuente valiosa de información diagnóstica y relacional si es entrenada adecuadamente.

La evidencia muestra que el estado corporal y emocional del terapeuta impacta directamente en su desempeño clínico (Porges, 2011; Sapolsky, 2004). El burnout, la fatiga por compasión y la desregulación emocional no son solo problemas personales, sino factores que deterioran la calidad de la atención. La relación entre salud corporal y eficacia clínica ya no puede ser ignorada ni delegada a la “vida personal” del terapeuta. La incidencia del burnout en profesionales de salud mental varía entre el 20% y el 70%, dependiendo del contexto laboral, la carga horaria y las condiciones institucionales (Kareaga, 2017; Molina-Praena et al., 2018).

Este fenómeno se manifiesta no sólo en el plano emocional (apatía, irritabilidad, cinismo), sino también en el cuerpo: dolores musculares crónicos, alteraciones gastrointestinales, trastornos del sueño, infecciones recurrentes, entre otros. La fatiga por compasión, en particular, se presenta cuando la exposición sostenida al sufrimiento del otro no va acompañada de espacios adecuados de regulación y contención personal (Figley, 2002).

Incorporar el autocuidado a la formación no implica medicalizarla, sino enriquecerla con herramientas que mejoren la autoconciencia, la regulación emocional y la ética del cuidado (Delaney, 2018; Davidson & Lutz, 2008). Se trata de cultivar una pedagogía encarnada y sostenida, más que de imponer rutinas prescriptivas.

Los hábitos de autocuidado –dormir adecuadamente, alimentarse de forma consciente, practicar actividad física regular, meditar, tener espacios de ocio y conexión– no sólo mejoran la salud general del terapeuta, sino que crean las condiciones neurobiológicas y psicológicas necesarias para el desarrollo de la autoconciencia.

Estudios en neurociencia afectiva con evidencia robusta muestran que prácticas como la atención plena (mindfulness) y la respiración consciente activan regiones cerebrales como la corteza prefrontal medial, involucradas en el monitoreo interno y la autorregulación emocional (Davidson & Lutz, 2008).

En este sentido, el autocuidado no es periférico a la práctica clínica: es su fundamento operativo.

Asimismo, el ejercicio físico ha mostrado efectos neuroprotectores y psicorreguladores relevantes. Diversos estudios han demostrado que una rutina aeróbica moderada de al menos tres veces por semana mejora el estado de ánimo, reduce la reactividad al estrés, y aumenta la neurogénesis en el hipocampo (Erickson et al., 2011).

La alimentación también juega un rol clave: dietas inflamatorias y desequilibradas han sido asociadas con mayor riesgo de depresión, ansiedad y deterioro cognitivo (Jacka et al., 2014).

Estas habilidades, lejos de ser innatas, pueden ser entrenadas a través de hábitos cotidianos sostenidos en el tiempo. Como afirma James Clear (2018), los hábitos moldean nuestra identidad y, con ella, nuestras formas de actuar en el mundo. Si

entendemos al terapeuta como un agente relacional, su manera de estar en el encuentro clínico estará atravesada, inevitablemente, por los hábitos con los que cultiva su cuerpo, su mente y su emocionalidad.

En términos cuantitativos, Kriakous et al. (2021) encontraron en una revisión sistemática que los programas de reducción de estrés basados en mindfulness (MBSR) tienen un impacto positivo en el funcionamiento psicológico del personal sanitario. Los resultados muestran mejoras en autocompasión, regulación emocional y disminución de síntomas de burnout, aunque también se señala que estos efectos no siempre son suficientes para mejorar la resiliencia sin apoyo institucional complementario.

El estudio de Conversano et al. (2020) refuerza esta línea de investigación al indicar que el entrenamiento estructurado en mindfulness y compasión no solo mejora la calidad de vida del profesional, sino que incrementa la sensibilidad hacia las necesidades del paciente y potencia la eficacia terapéutica. Estos autores subrayan que la práctica regular de estas estrategias actúa como un moderador del impacto emocional negativo del trabajo clínico intensivo.

Araya-Véliz y Porter Jalife (2017) afirman que las prácticas de atención plena, como el mindfulness, fortalecen la capacidad de escucha empática, la regulación emocional y la atención al vínculo terapéutico.

Una revisión sistemática realizada por Shapiro et al. (2007) halló que los programas de reducción de estrés basados en mindfulness (MBSR) generan mejoras significativas en indicadores fisiológicos y psicológicos en profesionales de la salud, incluyendo reducción de ansiedad, aumento del bienestar subjetivo y mejora en la regulación emocional. Estos beneficios no se restringen al terapeuta: se traducen en un mayor nivel de presencia, claridad mental y empatía durante las sesiones clínicas (Raab, 2014). La atención plena (mindfulness) y la autocompasión han sido incorporadas en múltiples programas de formación para terapeutas con el objetivo de mejorar no solo su bienestar personal, sino también su capacidad de escucha, regulación emocional y toma de decisiones clínicas (Grepmaier et al., 2007; Delaney, 2018).

Amutio-Kareaga et al. (2017), en una revisión narrativa, destacan que la incorporación de estrategias basadas en la compasión y el mindfulness mejora significativamente la comunicación entre los profesionales de la salud y sus pacientes, traduciéndose en una

mayor adherencia al tratamiento, menor sintomatología y una mejor relación terapéutica.

Estudios sistemáticos (Shapiro et al., 2007; Kriakous et al., 2021; Conversano et al., 2020) han demostrado que prácticas como el mindfulness, la respiración consciente o la autocompasión mejoran la empatía, reducen el burnout y fortalecen habilidades clínicas fundamentales. Incluso desde la neurociencia se han identificado modificaciones cerebrales favorables (Hölzel et al., 2011).

En síntesis, la literatura especializada ha comenzado a destacar que las habilidades clínicas no se adquieren únicamente por medio de la instrucción técnica, sino que también requieren el desarrollo de hábitos personales de autorregulación, reflexión y conexión con uno mismo (Araya-Véliz & Porter Jalife, 2017). Esto implica un viraje pedagógico en los modelos de formación, donde se promueva activamente la incorporación de espacios de autoexploración, supervisión emocional y práctica de mindfulness en los programas de formación de grado y posgrado.

### **Habilidades a entrenar en el ejercicio profesional en salud mental**

No puede sostenerse una escucha empática o una intervención ética si el terapeuta está crónicamente agotado, disociado de su cuerpo o emocionalmente desregulado. Como lo demuestra la Teoría Polivagal (Porges, 2011), la fisiología del terapeuta condiciona su capacidad de conexión interpersonal.

Las hermanas Emily y Amelia Nagoski (2021), en su libro *Burnout: The Secret to Unlocking the Stress Cycle*, proponen una idea simple pero potente: el bienestar no radica en evitar el estrés, sino en completar el ciclo del estrés a través de prácticas de recuperación. Según sus investigaciones, los profesionales de la salud mental no sufren por el estrés en sí, sino por la imposibilidad de cerrar adecuadamente ese ciclo a través de descanso, conexión y expresión emocional.

El análisis de la relación entre hábitos de autocuidado y habilidades clínicas revela implicancias significativas tanto para la práctica clínica como para la formación profesional. En el plano asistencial, el autocuidado no solo protege la salud del terapeuta, sino que modela un estilo de intervención basado en la presencia plena, la empatía sostenida y la regulación emocional. Estas condiciones son fundamentales para la creación de un contexto terapéutico seguro, sensible y eficaz.

La forma en que el profesional duerme, respira, se alimenta, se mueve y se relaciona con su entorno tiene un impacto directo en su capacidad de sintonizar con el otro, de sostener el vínculo y de responder con eficacia.

Practicar ejercicio regular, cultivar el silencio interior, sostener vínculos nutritivos, respetar los ritmos de descanso y reflexionar sobre el propio quehacer clínico son prácticas que, lejos de ser accesorias, potencian las habilidades centrales del terapeuta: la escucha empática, la regulación emocional, la toma de decisiones clínicas y la sintonización interpersonal.

Desde una mirada neurocientífica, esto se relaciona con el funcionamiento del sistema nervioso autónomo. El equilibrio entre el sistema simpático (activación) y parasimpático (descanso) es crucial para la salud mental del profesional.

La práctica deliberada de pausas, microdescansos, respiración consciente y conexión corporal ayuda a restaurar este equilibrio y, por tanto, a sostener una práctica clínica sostenible (Porges, 2011).

Aplicado al quehacer clínico, el terapeuta no puede sostener una práctica significativa si no habita su propio cuerpo, su tiempo y su emocionalidad. La alienación del presente – mediante automatismos o estrés– deshumaniza la práctica terapéutica y la vuelve inerte. En cambio, un terapeuta que habita su presente es capaz de resonar auténticamente con el otro, percibir lo sutil, sostener la incertidumbre y generar espacios de sentido.

Las neurociencias nos hacen saber que las prácticas de mindfulness modifican estructuras cerebrales asociadas con la regulación emocional, la toma de decisiones y la empatía. Estudios con neuroimagen han revelado que la meditación regular aumenta la densidad de materia gris en el hipocampo y la corteza prefrontal medial, y disminuye la activación de la amígdala frente a estímulos estresantes (Hölzel et al., 2011). Estos cambios no sólo impactan en el bienestar subjetivo del terapeuta, sino también en su capacidad para sostener una atención abierta y no reactiva ante el dolor psíquico del otro.

Además, la atención plena fortalece la metacognición, es decir, la capacidad del terapeuta para observar sus propios procesos mentales mientras actúa. Esta autorregulación metacognitiva es central en contextos clínicos complejos, donde el

profesional debe discriminar entre sus propias emociones y las del consultante, evitando contaminaciones transferenciales o respuestas impulsivas.

La neurociencia afectiva, por ejemplo, ha demostrado que la práctica de mindfulness modifica patrones neuronales relacionados con la atención, la regulación emocional y la compasión, aspectos centrales en la labor clínica (Amutio-Kareaga et al., 2017).

Por otra parte, la compasión no sólo tiene efectos sobre el paciente; protege al terapeuta de la fatiga por compasión, ya que transforma la exposición al sufrimiento en una experiencia conectada con la agencia y el propósito (Goetz et al., 2010).

Según Paul Gilbert, creador de la Terapia Focalizada en la Compasión (CFT), la compasión no es un rasgo innato o un ideal moral, sino una habilidad que puede entrenarse y fortalecerse a través de prácticas específicas. Estas incluyen visualizaciones, respiraciones reguladoras, trabajo con la autocrítica y desarrollo de una voz compasiva interna (Gilbert, 2014). En estudios realizados con profesionales de la salud mental, se ha encontrado que la compasión autoconsciente reduce el riesgo de burnout, mejora la calidad del vínculo terapéutico y potencia la eficacia de las intervenciones (Raab, 2014; Delaney, 2018). Esto se explica en parte porque el terapeuta compasivo no se abruma con el sufrimiento ajeno, sino que se conecta con él desde un lugar de presencia regulada, aceptación y deseo de acompañar.

Se ha identificado también que la compasión activa circuitos cerebrales distintos a los de la empatía emocional pura. Mientras que la empatía intensa por el dolor del otro puede generar aversión o agotamiento (activación de la ínsula y la amígdala), la compasión activa áreas asociadas con la recompensa, la motivación prosocial y el cuidado (corteza orbitofrontal medial, estriado ventral) (Klimecki et al., 2013). Así, cultivar la compasión puede funcionar como una protección fisiológica frente al desgaste emocional.

#### **4. Conclusiones**

Este ensayo ha mostrado que *los hábitos de autocuidado del profesional de salud mental influyen de manera directa en sus habilidades clínicas.*

Desde una perspectiva integradora, se ha demostrado que prácticas como el descanso, la meditación, la alimentación saludable o el ejercicio físico no solo favorecen el

bienestar del terapeuta, sino que optimizan su disponibilidad emocional, su empatía y su capacidad de sostener vínculos terapéuticos significativos.

Se ha demostrado que la ausencia de hábitos de autocuidado está vinculada al burnout, la fatiga por compasión y la disminución de la empatía (Kriakous et al., 2021). Este dato pone de relieve la necesidad de incorporar la dimensión del hábito como un eje estructural en la construcción de las habilidades clínicas.

El modelo biopsicosocial y el enfoque integrativo cuerpo-mente también aportan una comprensión más holística del profesional como un ser que actúa, siente y piensa en interacción constante con su entorno.

El terapeuta ha de considerarse un ser corporal, emocional, relacional y ético. Esta mirada no niega el valor de las técnicas, sino que las encuadra dentro de una forma de estar. La técnica sin presencia deviene automatismo. La técnica con presencia se transforma en arte clínico.

Las diversas perspectivas coinciden en un punto esencial: los hábitos de autocuidado del profesional no son accesorios, sino constitutivos de su ejercicio clínico y de su capacidad para sostener una práctica ética y humana.

Promover una cultura del cuidado que incluya al que cuida no es solo una cuestión ética, sino también clínica y científica. Cuidar al cuidador es cuidar el acto terapéutico mismo.

## **Contribución**

La tesis propuesta aporta una comprensión más completa de la práctica clínica, en la que el cuerpo, la mente y las emociones del terapeuta no son meros vehículos técnicos, sino instrumentos vivos que deben ser cuidados, entrenados y regulados. Este enfoque invita a incorporar el autocuidado en los espacios formativos. La inclusión de prácticas contemplativas, grupos de reflexión clínica, pausas activas y formación en autocompasión podrían prevenir fenómenos de burnout y despersonalización, favoreciendo así intervenciones más eficaces y humanas. Para esto es requisito que las instituciones de salud mental asuman un rol activo en la promoción del bienestar de sus profesionales.

Integrar el entrenamiento en hábitos de autocuidado en la práctica clínica y en los programas formativos no solo beneficia a los profesionales, sino también optimiza los procesos terapéuticos y los resultados en salud mental. El fortalecimiento de esta integración representa un desafío impostergable para el desarrollo de modelos de atención centrados en el vínculo humano y en el sostenimiento de quienes lo facilitan.

La evidencia empírica revisada demuestra que prácticas como el mindfulness, la autocompasión, el descanso adecuado, el ejercicio físico y la autorreflexión sistemática potencian habilidades clínicas fundamentales como la empatía, la escucha activa y la regulación emocional. Estas habilidades, a su vez, son esenciales para crear un entorno terapéutico seguro, contenedor y transformador.

Diversos estudios respaldan la relación entre el autocuidado profesional y el desarrollo de habilidades clínicas en profesionales de la salud mental. Estas habilidades son fundamentales en la relación con los pacientes y se ven potenciadas por hábitos de autocuidado sostenido.

### **Reflexiones finales**

El campo queda abierto a diversos interrogantes. Algunas preguntas a considerar son:

¿Qué estrategias institucionales pueden sostener una cultura del autocuidado?

¿Cómo medir el impacto del estilo de vida del terapeuta en los resultados clínicos?

¿Qué modelos formativos logran integrar de manera efectiva estas prácticas?

Responder a estas preguntas requiere un esfuerzo interdisciplinario y una apuesta por una práctica clínica que esté profundamente enraizada en el cuidado integral de quien cuida.

### **Bibliografía**

Amutio-Kareaga, A., García-Campayo, J., Delgado, L. C., Hermosilla, D., & Martínez-Taboada, C. (2017). Improving communication between physicians and their patients through mindfulness and compassion-based strategies: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine*, 6(3), 33. <https://doi.org/10.3390/jcm6030033>

- Araya-Véliz, C., & Porter Jalife, B. (2017). Habilidades del terapeuta y mindfulness. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 232–240.
- Clear, J. (2018). *Hábitos atómicos*. Ediciones Paidós.
- Conversano, C., Ciacchini, R., Orrù, G., Di Giuseppe, M., Gemignani, A., & Poli, A. (2020). Mindfulness, compassion, and self-compassion among health care professionals: What's new? A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 11, 1683. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01683>
- Davidson, R. J., & Lutz, A. (2008). Buddha's brain: Neuroplasticity and meditation. *IEEE Signal Processing Magazine*, 25(1), 171–174. <https://doi.org/10.1109/MSP.2008.4431873>
- Delaney, M. C. (2018). Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindfulness-based program on nurses' compassion fatigue and burnout. *International Journal of Mindfulness*, 3(3), 34–50.
- Etimologías de Chile. (s.f.). Etimologías de Chile. <https://etimologias.dechile.net>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351–374.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. Bantam Books.
- Heidegger, M. (s.f.). Construir, habitar, pensar. <https://www.fadu.edu.uy/estetica-diseno-ii/files/2013/05/Heidegger-Construir-Habitar-Pensar1.pdf>
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36–43.
- Intervention to modify habits: A scoping review. (2019, October). *OTJR: Occupation, Participation and Health*. <https://doi.org/10.1177/153944921987687>

- Kareaga, A. (2017). El malestar del que cuida: Prevalencia del burnout en psicoterapeutas y estrategias de autocuidado. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 13, 89–102.
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Lamm, C., & Singer, T. (2013). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral Cortex*, 23(7), 1552–1561.
- Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C., & Owen, R. (2021). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: A systematic review. *Mindfulness*, 12(1), 1–28. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01500-9>
- March, S. M. (s.f.). La persona del terapeuta: El autocuidado personal y su relación con el engagement y el estrés profesional [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Instituto de Investigaciones Psicológicas, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (IIPsi-CONICET)].
- Nagoski, E., & Nagoski, A. (2021). *Burnout: The secret to unlocking the stress cycle*. Ballantine.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. Norton.
- Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: A review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 95–108.