

Introducción

Actualmente, vivimos en una sociedad sometida a un estrés constante y bombardeada por medios de comunicación, y la demanda del “consumo”. Este escenario planteado, en donde el individualismo prima y las relaciones virtuales son moneda corriente, adentrarse en una temática tan “humanizante” como lo es la empatía resulta realmente atractivo y necesario, sobre todo si se evalúa la medida de dicha variable en estudiantes de psicología, ya que la capacidad de ser empático es considerada como una habilidad básica en las relaciones humanas, pero lo es más aún en el ámbito de la salud en la relación con el paciente (Mejía, Poveda, Paoli y Díaz, 2013).

Para Brusco (2004) la empatía es una actitud que nace de una sensibilidad particular con el otro y no es simplemente un don natural, sino que se adquiere y educa de manera progresiva. Rogers (1957) plantea que la actitud necesaria y suficiente, que debe tener el terapeuta para favorecer el cambio, debe estar caracterizada por la empatía, la calidez, la aceptación incondicional y la autenticidad o congruencia.

Se observa aquí la importancia que cobra la empatía como habilidad fundamental del terapeuta para que pueda realizar un buen ejercicio del rol profesional, posibilitando una comprensión adecuada de lo que siente y piensa la persona que realiza una demanda de atención.

En el presente trabajo se realizará un recorrido histórico del concepto empatía, partiendo de la definición propuesta por Titchener en 1909, hasta las concepciones más actuales y su visión multidimensional. Se describirá la relación que tiene la empatía con otras variables sociodemográficas y con el concepto “teoría de la mente”.

Luego de recorrer todo el encuadre teórico que permita un conocimiento profundo de la temática planteada, se describirán estudios realizados sobre la evaluación de la empatía en estudiantes de diferentes ámbitos académicos para poder observar algunos antecedentes teóricos que se encuentran realizados.

Se administrará del Índice de reactividad interpersonal (Davis, 1980), que es una de las más utilizadas, ya que evalúa los niveles de empatía desde una perspectiva multidimensional, a una población de 30 estudiantes de psicología de la Universidad de Flores. Esta escala de auto informe, cuenta con cuatro dimensiones que analizadas de forma aislada y relacionadas entre sí, permiten vislumbrar los niveles de empatía presentes. Se describirán los resultados obtenidos de cada una de las cuatro escalas y se realizará el entrecruzamiento de cada una de ellas con las variables sociodemográficas de sexo, edad y nivel académico.

El objetivo del presente trabajo es evaluar el nivel de empatía que se encuentra en dichos estudiantes, quienes deberían tener esta habilidad terapéutica desarrollada adecuadamente para poder desenvolverse de forma exitosa en el futuro y próximo ámbito profesional.

Al finalizar se expondrán las discusiones y conclusiones a las que se concluyen a través del análisis de los resultados, planteando también las limitaciones del presente trabajo y futuras líneas de investigación.

Capítulo 1: Evolución histórica del concepto empatía

Para adentrarse en el eje central de este trabajo, se comenzará haciendo un breve recorrido sobre la evolución histórica del concepto empatía.

El primero en utilizar formalmente el término empatía en el siglo XVIII, fue Robert Vischer (citado en Davis, 1996) refiriéndose a ella con el término alemán “Einführung” (“sentirse dentro de”). No fue hasta 1909 cuando Titchener (citado en Davis, 1996) acuñó el término “empatía” tal y como se conoce actualmente, valiéndose de la etimología griega *εμπάθεια* (cualidad de sentirse dentro).

Anteriormente, Adam Smith, en su Teoría sobre los Sentimientos Morales de 1757, habla de la capacidad de cualquier ser humano de sentir pena, compasión y ponerse en el lugar de una persona que está atravesada por el dolor. En la misma línea, algunos pensadores y filósofos como Leibniz y Rousseau remarcaban la necesidad de ponerse en el lugar del otro para ser buenos ciudadanos (citado en Wispé, 1986).

En el siglo XX, comienzan a surgir nuevas definiciones de la empatía. Lipps (1903) señala que la empatía se produce por una imitación interna que tiene lugar a través de una proyección de uno mismo en el otro. Este autor consideraba que al percibir una emoción en otro (a través de sus gestos), se activaba de manera directa la misma emoción en quien la percibía, sin intervención de procesos cognitivos controlados.

1.1 Diferentes enfoques de la empatía: cognitivo y afectivo

Köhler (citado Davis, 1996), pionero desde el enfoque cognitivo, afirma que la empatía consiste en la comprensión de los sentimientos de los otros. Mead (1934) añade a lo expresado por Köhler, que adoptar la perspectiva del otro es una forma de comprender sus sentimientos.

Fenichel en 1947 (citado en Davis, 1996) habla de la empatía como identificación con el otro, noción que será retomada más tarde por algunas perspectivas más situacionales (Igartua, y Páez, 1998).

Hogan (1969) definió la empatía como un intento de comprender lo que pasa por la mente de los demás, como la construcción que uno mismo tiene que llevar a cabo sobre los estados mentales ajenos: la empatía sería una capacidad metarrepresentativa. Esta propuesta encuentra apoyo en algunos estudios recientes, y se ha encontrado que las personas con síndrome autista muestran una deficiencia en teoría de la mente y también en empatía (Sharmay-Tsoory, et al. 2004; Elliot, et al. 2006).

Los autores mencionados, parten de una visión cognitiva de la empatía: adoptar la perspectiva cognitiva del otro, esta perspectiva se aproxima al constructo de teoría de la mente (Fernández Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008). Gallagher y Frith (2003) definen la teoría de la mente como la habilidad de explicar y predecir el comportamiento de uno mismo y de los demás atribuyéndoles estados mentales independientes.

A fin de los años 60, se consolida una visión distinta de la empatía que concede más importancia a su componente afectivo que al cognitivo, definiéndola como un afecto compartido o sentimiento vicario. Stotland (1969) fue uno de los primeros autores que define la empatía desde este punto de vista y la considera como la reacción emocional de un observador que percibe que otra persona está experimentando una emoción. Siguiendo esta misma línea, Hoffman (1987) define la empatía como una respuesta afectiva más acorde a la situación de otra persona que a la propia.

Mehrabian y Epstein (1972) hablan de la empatía como una respuesta emocional vicaria: sentir lo que la otra persona siente. Batson (1991) entiende la empatía como una emoción vicaria acorde al estado emocional del otro, como sentimientos de interés y compasión orientados hacia la otra persona que resultan de tener conciencia del sufrimiento de ésta.

1.2 Visión integradora de la empatía

Hasta 1980 se distinguían dos enfoques contrapuestos de la empatía: el cognitivo y el afectivo. A partir de ese momento se empieza a trabajar sobre una definición integradora de la empatía. Davis (1980), propone una definición multidimensional del concepto y un nuevo instrumento para su medida, que tiene en cuenta tanto sus componentes cognitivos como los afectivos. El Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) es una de las medidas de autoinforme más utilizadas para evaluar la empatía (Davis, 1983).

Años después, Eisenberg (1987) establece la distinción formal entre la adopción de perspectiva perceptual, cognitiva, y afectiva. La adopción de *perspectiva perceptual* se ha entendido como la capacidad de representarse la visión que tiene el otro en función de su localización. La capacidad de representarse los pensamientos y motivos del otro ha sido recogida en la noción de adopción de *perspectiva cognitiva*. Por último la adopción de *perspectiva afectiva* se refiere a la inferencia de los estados emocionales ajenos (Davis, 1996).

La visión integradora de la empatía impulsó la realización de estudios para comprobar la relación entre los componentes cognitivos y afectivos del constructo: mientras unos estudios apoyaban la hipótesis de independencia entre la empatía cognitiva y la empatía afectiva (Mill, 1984; Smither, 1977; Gladstein, 1983), otros arrojaban los resultados contrarios (Hoffman, 1984).

Davis (1980) establece que la empatía es un constructo multidimensional que incluye cuatro componentes diferentes aunque relacionados entre sí. Estas dimensiones forman parte del instrumento de evaluación de la empatía creado por el autor. Dentro de la dimensión cognitiva distingue:

- Fantasía (se refiere a la tendencia a identificarse con personajes de ficción)
- Toma de perspectiva (concepto de perspectiva cognitiva)

En relación a la dimensión afectiva, el autor propone dos escalas:

- Preocupación empática (tendencia a experimentar sentimientos de compasión y preocupación por el otro)
- Malestar personal (ansiedad que se experimenta al ser testigo de un suceso desagradable para otro)

Si bien a partir de los años 90, se aborda el estudio de la empatía desde la perspectiva de la Inteligencia Emocional, término popularizado por Goleman (1995), este marco resulta favorable para el estudio de la empatía desde uno de sus componentes y limita la definición de dicho constructo ya que sólo contempla la empatía como una capacidad de tipo cognitivo, obviando su aspecto emocional (Salovey y Mayer, 1990).

Actualmente, se define la empatía desde un enfoque multidimensional, haciendo énfasis en la capacidad de la persona para dar respuesta a los demás teniendo en cuenta tanto los aspectos cognitivos como afectivos, destacando la importancia de la capacidad de la persona para discriminar entre el propio yo y el de los demás. Por lo tanto la empatía incluye tanto respuestas emocionales como experiencias vicarias (Garaigordobil y García de Galdeano, 2006).

Los estudios a favor de un constructo multidimensional coinciden en definir a la empatía en función de dos grandes sistemas o componentes: (a) un sistema básico de contagio emocional relacionado con el sistema de neuronas espejo (empatía afectiva) (b) un sistema más avanzado de toma de perspectiva relacionado con funciones cognitivas de alto orden (empatía cognitiva) (Davis, 1980; Decety y Jackson, 2004; Eslinger, 1998; Shamay-Tsoory, Aharon-Peretz, y Perry, 2009; Smith, 2006).

Capítulo 2: Características de la empatía y su relación con otras variables

En este capítulo se procederá a plasmar los datos que existen de las relaciones entre la empatía y algunas variables sociodemográficas, características de la personalidad y ciertos trastornos. Se dedica un apartado a la relación existente entre el concepto “teoría de la mente” y empatía, que posee gran relevancia para el presente estudio. También se intentará realizar una aproximación a la neuropsicología de la empatía y finalmente se expresará la importancia de dicha variable para el desempeño del rol del psicólogo.

2.1 Relaciones de empatía con otras variables sociales, emocionales e intelectuales y demográficas

En las últimas décadas se ha publicado una gran cantidad de estudios centrados en las relaciones que presenta la empatía con variables de diversa índole, entre las que cabe incluir variables sociodemográficas tales como el género y la edad (Garaigordobil y García de Galdeano, 2006; Rose y Rudolph, 2006; Van Tilburg, Unterberg y Vingerhoets, 2002).

Varios estudios han encontrado puntuaciones significativamente superiores de empatía en las mujeres (Litvack, McDougall y Romney, 1997; Mestre, Frías y Samper, 2004; Mirón, Otero y Luengo, 1989), mientras que otras investigaciones han restringido esta superioridad al componente afectivo de la empatía (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004; Muncer y Ling, 2006).

Cuando Hoffman (1977) separó las medidas de empatía cognitiva y afectiva encontró que las mujeres tendían a puntuar más alto que los hombres en empatía afectiva pero no en la cognitiva. Estas divergencias pueden ser atribuidas a las diferencias en las pautas de crianza de hombres y mujeres, se puede asumir que las mujeres han sido socializadas de un modo que favorece el desarrollo de las habilidades orientadas hacia las relaciones interpersonales cálidas en mayor medida que los hombres. La capacidad para comprender y compartir los sentimientos y emociones de los otros sería una característica ligada al rol femenino antes que al estereotipo del rol masculino (Mirón et al, 1989). Las mujeres tienden a presentarse como más empáticas puesto que es lo que se espera de ellas, mientras los hombres hacen lo contrario (p.e., Ickes, 2006).

En cuanto a la empatía relacionada con la edad, Hoffman (1982) plantea que el contagio emocional es la base de la experiencia de la empatía en los niños en las primeras etapas de vida, y que es a partir del segundo año de edad cuando el niño se puede liberar

de las emociones adquiridas por contagio y comenzar a experimentar una emoción más compleja que se puede calificar propiamente como empática. Hatfield, Cacciopo y Rapson (1994) señalaron que el contagio emocional es una forma primitiva de empatía que se genera en las interacciones cara a cara y a través del lenguaje no verbal.

Algunos autores han observado que a medida que aumenta la edad, desde la adolescencia a la juventud, también aumentan las puntuaciones en algunas dimensiones de la empatía (Alexander, 2001; Retuerto, 2004; Van Tilburg et ál., 2002). Sin embargo, otros estudios centrados en población infantil y adolescente no han encontrado diferencias entre sujetos de distintas edades (Garaigordobil, 2009; Mestre et ál., 2004).

Es probable que la empatía se desarrolle con la edad, por lo que las relaciones entre ésta y otras variables serán más estables a medida que avanza la misma (García de Galdeano y Garaigordobil, 2006).

Varios estudios han encontrado relaciones significativas positivas entre empatía y comportamiento prosocial en niños y adolescentes (Calvo, González y Martorell, 2001; Eisenberg, Miller, Shell y McNalley, 1991; Greener, 1999; Guozhen, Li y Shengnan, 2004; Guyton, 1997; Mestre et al, 2004; Strayer y Roberts, 2004; Thompson, 1995). Estudios experimentales confirman que altos niveles de empatía se dirigen a una mayor conducta cooperativa (Rumble, 2004), las intervenciones que potencian la empatía incrementan la conducta prosocial altruista (Etxeberria, Apodaka, Eceiza, Ortiz, Fuentes y López, 1994), la motivación para ayudar a mejorar el estado anímico de los demás (Maner, et ál., 2002) y contribuyen a una mejora en las habilidades sociales (Garaigordobil y García de Galdeano, 2006; Warden y Mackinnon, 2003).

Se ha observado que niños y adolescentes con adecuados niveles de empatía muestran una estabilidad emocional apropiada (Schultz, Izard y Bear, 2004) y un autoconcepto positivo (Garaigordobil, Cruz y Pérez, 2003), percibiéndose a sí mismos como personas capaces de poner en marcha estrategias creativas dirigidas a la resolución de conflictos (Niec y Russ, 2002). Los niños con alto nivel de aceptación por parte de sus iguales son más empáticos, mostrando una orientación más positiva y una fuerte sensibilidad por la angustia de otros (Dekovic y Gerris, 1994). Los niños prosociales tienen un mayor conocimiento empático que los acosadores o los que son víctimas de estos últimos (Warden y Mackinnon, 2003).

Niec (1998) encontró que los niños que usaban más la imaginación, teniendo elaboradas y organizadas las fantasías en su juego eran más empáticos. En general, los estudios predictivos sugieren que la empatía es un fuerte predictor de la conducta social

positiva en niños de distintas edades (Litvack et al, 1997; López, Apodaca, Etxeberría, Fuentes y Ortiz, 1998; Ortiz, Apodaka, Etxeberría, Eceiza, Fuentes y López, 1993; Sezov, 2002).

Por otro lado, se han encontrado correlaciones negativas entre la empatía y las conductas violentas, tales como el acoso escolar o el cyber bullying (Ang y Goh, 2010; Muñoz, Qualter y Padgett, 2011), los comportamientos disruptivos y criminales (Jolliffe y Farrington, 2004) y las actitudes antisociales o agresivas (Kokkinos y Kipritsi, 2012; Mestre, Frías y Samper, 2004).

2.2 Neuropsicología de la empatía

El área que pareciera estar implicada en la regulación del procesamiento empático es la corteza prefrontal: la región frontal dorsolateral estaría más especializada en la empatía cognitiva, y la región orbitofrontal lo estaría en la empatía afectiva. Un metanálisis reciente, apoya esta hipótesis ya que identifica una dicotomía funcional entre la región ventral del lóbulo frontal, implicada en la generación de la experiencia emocional y la región dorsal, la cual se activa durante el procesamiento de la información cognitiva (Steele y Lawrie, 2004).

En oposición a lo mencionado, Sharmay-Tsoory, Goldsher, Berger y Aharon-Peretz (2004, 2005) sitúan la empatía cognitiva en la región orbitofrontal y la empatía afectiva en la región dorsolateral a través del estudio de pacientes con daño cerebral y con esquizofrenia.

Seitz, Nickel y Azari (2006), distinguen entre el procesamiento de la información interna relativa a los propios pensamientos y el procesamiento de información externamente generada y relevante para la acción: plantean que las áreas encargadas de procesar la información generada internamente se situarían en el córtex prefrontal medial y las áreas implicadas en el procesamiento de información externamente generada lo harían en el córtex prefrontal lateral.

Retomando el concepto de empatía cognitiva, diversos autores han planteado que esta capacidad se sitúa en las neuronas espejo que permiten generar, tras la percepción, una representación de las acciones y expresiones faciales de los demás, decodificándolas y sentando las bases neurobiológicas para orientar la conducta y las relaciones interpersonales (Jackson, 2004; Sharmay-Tsoory et al., 2004; Rizzolatti y Singaglia, 2006). El reconocimiento de las neuronas espejo por Rizzolatti, Fogassi y Gallese (1996)

ha sido uno de los hitos centrales en la comprensión de la empatía desde la Neurociencia. Este descubrimiento rompe el paradigma previo de la especificidad de las neuronas respecto de su actividad motora o sensitiva, ya que son neuronas que podrían describirse como “sensitivo-motoras”. Sus descubridores plantean que participan en el reconocimiento de las intenciones y el valor subjetivo de los actos motores realizados por otros, es decir, corresponderían a la base neurobiológica de la empatía (Shand Klaggers, 2014).

Para Iacoboni (2012), las neuronas espejo nos brindan una explicación neurofisiológica de las formas complejas de cognición e interacción social; las mismas tendrían un rol clave en el desarrollo humano en lo referente a la adquisición del lenguaje, la interacción social y el aprendizaje ampliamente comprendido, dando origen así a nuevas líneas de investigación y reinterpretaciones de trabajos neurocientíficos previos.

El hallazgo cuestionó la propuesta de Piaget, quien manifestaba que el aprendizaje por imitación comenzaba en el segundo año de vida y volvió la mirada sobre estudios que sostenían que los seres humanos mostraban indicios de imitación a partir de los 41 minutos de vida extrauterina (Iacobini, 2012).

Iacoboni (2012) sugiere que las conductas psicológicas y socialmente anómalas, tales como el autismo o los comportamientos psicopáticos podrían ser consecuencia del mal funcionamiento de las neuronas espejo. A través de las neuronas espejo, podemos entender las intenciones de los demás y así predecir, de un modo pre reflexivo, su comportamiento futuro.

La conclusión hasta el momento sería entonces que los distintos componentes de la empatía se implementarían en distintas áreas cerebrales, muchas de éstas del lóbulo prefrontal medial, aunque también en otras áreas como el lóbulo temporal, el surco temporal superior, el lóbulo parietal inferior y las estructuras límbicas (Bird, Castelli, Malik, Frith y Husain, 2004; Blanke y Arzy, 2005; Bunge, Wendelken, Badre, Wagner, 2002).

De acuerdo con Frith y Frith (2003), la ejecución exitosa de las distintas capacidades y funciones implicadas en el fenómeno de la empatía depende de una red neural amplia en la que están implicadas distintas áreas cerebrales en las que se procesarían diferentes tipos de información. Estos autores proponen también el córtex prefrontal medial como la zona central en la que se produciría la conexión o vinculación de la información cognitiva a las emociones, proceso central para experimentar empatía.

2.3 Teoría de la mente y empatía

Las personas usan unos procesos cognitivos distintos cuando se “piensa” sobre un ser humano que cuando se piensa sobre una cosa (Hobson, 1995). La habilidad de atribuir estados mentales a uno mismo y a los demás resulta un recurso fundamental para el desarrollo funcional del área social de las personas humanas. Premack y Woodruff (1978) usaron el término “teoría de la mente” para indicar cuando un individuo tiene la habilidad de atribuir estados mentales independientes a uno mismo y a los demás con el fin de explicar y hacer predicciones sobre la conducta de los demás.

Según Happé (1994) a los 18 meses los niños inician el juego simbólico y ya interpretan gran parte de estados mentales; a los 24 meses ya son capaces de detectar el deseo de otra persona y a los 36 meses tienen desarrollada la habilidad de interpretar, entender, predecir estados mentales y cómo las situaciones afectan a las emociones. Hacia los cuatro años, los niños con un desarrollo funcional detectan falsas creencias, pueden tener en cuenta los deseos y creencias de otras personas para predecir cómo se sentirán. Entre los 7 y 9 años la mayoría de los niños son capaces de comprender creencias de segundo orden.

Se ha estudiado la teoría de la mente en la adolescencia fijándose en la comprensión de aquello que la otra persona quiere decir y su finalidad al decir lo que dice, y no exclusivamente en la habilidad de predecir la conducta o pensamiento de otra persona (Brosacki y Astington, 1999; O’Connor y Hisch, 1999).

La teoría de la mente fue concebida como un mecanismo cognitivo, innatamente determinado, que permite un tipo especial de representación: la de los estados mentales. En consecuencia, los avances en el estudio de la teoría de la mente, han intentado explicar algunos trastornos psicopatológicos desde la psicología cognitiva: los trastornos del desarrollo, tales como el autismo o el Síndrome de Asperger son algunos de los que han recibido más atención por parte de los investigadores (Happé, 1998). Se planteó que el déficit en la adquisición, desarrollo y empleo de la teoría de la mente podría explicar la sintomatología del espectro autista. Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985) propusieron que las principales dificultades y comportamientos problemáticos del autismo son el resultado de un trastorno en la capacidad básica humana para “*leer la mente*”.

En oposición a los primeros planteos cognitivos surgió una concepción sociocultural que postuló la dependencia de la teoría de la mente del lenguaje y de la experiencia social (Garfield, Peterson y Perry, 2001). Los procesos involucrados en la

teoría de la mente son un prerrequisito para generar respuestas empáticas, también pueden considerarse como un importante factor predictivo para el desarrollo de conductas antisociales y psicopáticas en la adultez: el individuo estará limitado para discriminar las pistas afectivas y emocionales de los demás y tendrá serias dificultades para asumir la perspectiva del otro, responder ante sus necesidades y mostrará dificultades para lograr vincularse empáticamente (Eisenberg, 2009; Ellis, 1982; Jones et al., 2010; Miller y Eisenberg, 1988; Sharp et al., 2007; Croudace y Goodyer, 2007). En esta misma línea, Peets et al. (2010) plantearon que las habilidades en la teoría de la mente tienen gran validez predictiva a la hora de determinar problemas en la conducta de los niños y adolescentes, relacionados con la agresión y las relaciones interpersonales.

En algunos estudios se emplean la empatía cognitiva y la teoría de la mente como sinónimos, en otros se ha sugerido que existe una clara diferenciación tanto a nivel teórico como neurobiológico. Blair (2005) distingue tres componentes de la empatía que dependerían de sistemas neuronales parcialmente indisociables y que no podrían operar independientemente: (a) la empatía cognitiva o Teoría de la Mente, (b) la empatía motriz (asociada al sistema de neuronas espejo) y (c) la empatía emocional. La autora, establece una clara diferenciación entre los componentes del constructo de la empatía, por lo tanto plantea la empatía cognitiva como equivalente a la teoría de la mente. Contrariamente a esta perspectiva, en el estudio de Vollm (2006) la empatía es considerada como un término unidimensional y por lo tanto se analizan ambos procesos por separado.

Las inconsistencias entre diferentes estudios podrían deberse a cómo definen a la empatía; si (a) como un término unitario, o (b) como un constructo multidimensional que incluye un aspecto cognitivo y un aspecto afectivo. Adoptar un enfoque multidimensional implicaría reconocer un constructo con componentes separados, pero complementarios, y por lo tanto, sería válido considerar sólo a la empatía cognitiva como un sinónimo de la teoría de la mente y no así a la empatía afectiva (Flippetti, López y Richaud, 2012).

Existe una superposición entre los conceptos teoría de la mente y empatía: algunos autores han sugerido que la capacidad para adoptar el punto de vista conceptual de “otro” es un elemento fundamental de la empatía (Decety y Jackson, 2004) e incluso que la empatía cognitiva es efectivamente teoría de la mente, lo que no significa que la empatía (como constructo multidimensional), sea sinónimo de teoría de la mente (Blair, 2005; Smith, 2009).

2.4 Relevancia de la empatía en el rol del psicólogo

Uno de los factores más importantes para asegurar el bienestar psicológico es el establecimiento de buenas relaciones con los demás (Acun-Kapikiran, 2011; Shanafelt y West, 2007). Las respuestas empáticas promueven conductas positivas como la ayuda a otros y previenen o reducen las conductas antisociales y la delincuencia (Eisenberg, 2009; Jolliffe y Farrington, 2004; Jones, Happé, Gilbert, Brunnett y Viding, 2010). La empatía facilita el contacto interpersonal satisfactorio (Granello, 1999), el incremento de la popularidad social (Vitaglione y Barnett, 2003), la conducta prosocial (Carlo, Allen y Buhman, 1999), y funciona como un amortiguador en la disminución de la agresión (Björkqvist, Österman y Kaukiainen, 2000).

Desde un punto de vista clínico, resulta de gran interés disponer de instrumentos fiables y válidos para evaluar la empatía de los propios psicólogos, ya que esta capacidad es una de las principales habilidades que debe presentar un buen terapeuta. El concepto de empatía ha sido incorporado en la psicoterapia por Carl Rogers (1957) quien junto a su equipo realizó una amplia, sistemática y profunda elaboración teórica como consecuencia de su práctica psicoterapéutica, así como de sus trabajos sobre formación e investigación, a lo largo de más de 40 años (Kirschenbaum y Jourdan, 2005). Para la terapia humanista rogeriana tres son las condiciones que deben estar presentes durante la sesión para que se pueda producir el cambio terapéutico en el cliente: autenticidad o congruencia del terapeuta, aceptación positiva incondicional de éste hacia el cliente, y comprensión empática del mismo (Giordani, 1997). Gladstein (1983) habla de dos tipos de comprensión empática en la relación terapéutica: la empatía cognitiva que consiste en percibir el mundo desde el punto de vista del cliente; y la empatía afectiva, que hace referencia a sentir con el cliente conservando la distancia emocional necesaria para mantener la objetividad. Se plantea la importancia de la empatía para aplicar tratamientos más adecuados a las necesidades y expectativas del cliente Greenberg, Watson, Elliot y Bohart (2001). La empatía puede expresarse no solo mediante el reflejo, también mediante: las preguntas empáticas, las interpretaciones empáticas, las conjeturas empáticas, y el uso sensible o empático de diferentes técnicas o procedimientos terapéuticos (Mateu, Campillo, González y Gómez, 2010)

Teniendo en cuenta que los psicoterapeutas, se enfrentan constantemente al material estresante que los pacientes traen a la consulta psicológica (Cazabat, 2002), son más vulnerables a sufrir lo que se denomina *desgaste por empatía* (Cazabat, 2009). El

término desgaste por empatía, se refiere al sentimiento de intensa empatía y pena hacia aquella persona que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de calmar el dolor o resolver el problema de la persona que sufre (Figley, 1995). De esta forma el sujeto desarrolla un tipo de estrés empático: el sufrimiento propio que se produce, frente a una experiencia emocional ajena (Fernández-Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008). Se podría plantear que la angustia personal, no es un componente necesario de la empatía sino la expresión de una sobreimplicación emocional (Fernández-Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008).

Batson (1991), desde la perspectiva de la psicología social, estableció una distinción entre la empatía y el estrés empático. La empatía es una emoción vicaria orientada al otro que genera una motivación altruista, se ayuda para mejorar el estado del otro; mientras, el estrés empático es una emoción vicaria orientada a uno mismo, es el sufrimiento propio que se genera ante una experiencia emocional ajena. En este caso su motivación es egoísta, ya que si se ayuda se hace para mejorar el propio bienestar. Tal y como sugieren Eisenberg, Fabes, Guthrie, y Reiser (2000) una excesiva implicación en el afecto negativo (estrés empático) comprometería la objetividad profesional, provocaría aversión, excedería emocionalmente a la persona e interferiría negativamente en su bienestar personal (Johanloo y Chaedi, 2009). Miner (2007) ha señalado que la presencia de puntuaciones elevadas en estrés empático indicaría mayor propensión a padecer problemas relacionados con la ansiedad y por tanto facilitarían la aparición del burnout. Tanto el burnout como el desgaste por empatía son síndromes que se derivan de la actividad de ayudar y asistir a individuos (Moreno-Jiménez, Morante-Benadero, Garrosa y Rodríguez, 2004). El burnout emerge de forma gradual y como consecuencia de un agotamiento emocional mientras que el desgaste por empatía surge de modo repentino (Figley, 2005; Moreno-Jiménez et al., 2004).

Es de suma importancia evaluar las diferencias individuales en las habilidades emocionales, intra e interpersonales, que poseen los profesionales de la salud. La presencia de estas habilidades en el terapeuta permitiría mantener un equilibrio (Pérez-Viejo y Montalvo-Hernández, 2010) y manejo de las emociones, para lograr la distancia necesaria con el paciente (Mansilla-Izquierdo, s.f.). Las características propias del terapeuta llegarían a tener un peso relativo y un efecto sobre la terapia, que podría favorecer u obstaculizar la eficacia de la misma influyendo en los resultados (García y Fernández-Álvarez, 2007).

En conclusión, la teoría de la mente o las distintas habilidades mentalistas son los fundamentos de la empatía (en el contexto terapéutico), así como los precursores de actitudes terapéuticas y de distintos recursos que facilitan no sólo el establecimiento de la relación terapéutica, sino también la intervención más conveniente adaptada al paciente (Corbella, Balmaña, Fernández-Álvarez, Saúl, Botella y García, 2009).

Capítulo 3: Estudios empíricos de la empatía

A continuación, se presentarán estudios empíricos referentes a la variable estudiada evaluada en alumnos de diferentes carreras universitarias.

En cuanto a las investigaciones sobre la empatía en los estudiantes de psicología, se cuenta con escasos antecedentes, demostrando un área de interés a estudiar debido al gran valor que la variable tiene en dicha población.

La existencia de la escala Jefferson, que evalúa la empatía en trabajadores de la salud específicamente (médicos, enfermeros, odontólogos, kinesiólogos, etc.), permitió un gran desarrollo de investigaciones en dicha área disciplinar, brindado como resultado abundantes estudios empíricos.

3.1 Estudios empíricos de empatía en estudiantes de diferentes áreas disciplinares

Navarro Saldaña, Maluenda Albornóz y Varas Contreras (2016) realizaron un estudio descriptivo, transversal con el objetivo de explorar diferencias por sexo y área disciplinar en empatía. La muestra estuvo compuesta por 680 estudiantes (351 mujeres y 329 hombres) de la Universidad de la provincia de Concepción (Chile). Las edades de los participantes variaban entre los 18 y 46 años y estudiaban carreras pertenecientes a las áreas de Físico – matemática (n:127), social-humanista (n:161) y químico-biológica (n:392). Los investigadores, administraron el Índice de reactividad Interpersonal de Davis (1980) que evalúa la empatía a través de 28 ítems con una modalidad de respuesta Likert con opciones que van del 1 (no me describe bien) al 5 (me describe muy bien). Sus 28 ítems se clasifican de acuerdo a cuatro dimensiones: fantasía, toma de perspectiva, preocupación empática y malestar personal.

Los resultados obtenidos demuestran que las mujeres presentan puntajes mayores de empatía tanto en la escala global como en las dimensiones de fantasía, preocupación empática y malestar personal. Estas diferencias parecen situarse en el área emocional de la empatía, ya que la empatía cognitiva está representada mayormente por la dimensión “toma de perspectiva”. Los resultados coinciden con lo encontrado por Retuerto (2004) quien manifiesta que los hombres y las mujeres poseen una capacidad cognitiva similar, y que la diferencia se encuentra en la respuesta afectiva, que es superior en las mujeres. En cuanto a la dimensión “fantasía” que resultó tener mayor puntuación en mujeres, otra investigación anterior por Pérez-Albéniz et al. (2003) había obtenido las mismas conclusiones. En relación a esto, Hoffman (1977) ha propuesto una mayor tendencia en

las mujeres a imaginarse en el lugar del otro/a, mientras que los varones tenderían más a acciones instrumentales.

Respecto a las áreas disciplinares, no se encontraron resultados estadísticamente significativos. Los estudiantes de áreas tradicionalmente asociadas con mayor “sensibilidad social” no presentan características diferenciales en empatía (Navarro Saldaña, Maluenda Albornóz y Varas Contreras, 2016).

Las mujeres del área Físico-Matemática obtuvieron mayores puntajes en la dimensión malestar personal en relación a las mujeres de otras áreas disciplinares y a los hombres. Por lo tanto, las mujeres del área Físico-Matemática presentarían una mayor tendencia a experimentar sentimientos de incomodidad y ansiedad al ser testigos de experiencias negativas de otros. Se podría interpretar que las actividades que se desarrollan en áreas disciplinares que conllevan un contacto habitual y observación de situaciones negativas experimentadas por otros, como por ejemplo, en las ciencias de la salud (experiencia clínica y comunitaria) o las ciencias sociales (experiencias con pobreza, desigualdad, violencia, etc.), desarrollarían en los estudiantes, una menor reactividad o un manejo diferente de las emociones surgidas (Navarro Saldaña, Maluenda Albornóz y Varas Contreras, 2016).

2.2 Estudios empíricos de empatía en estudiantes de la salud

Los estudios que se describirán a continuación, fueron realizados a estudiantes de odontología, enfermería y medicina. En las tres investigaciones se utilizó la escala de empatía de Jefferson de actitudes de empatía del médico (EEMJ) en la versión español para estudiantes (versión S), instrumento diseñado por Hojat et al (2002) pertenecientes al grupo Jefferson, Centro para la Investigación Educativa y Atención Médica de la Universidad de Jefferson y Centro de Investigación en Educación Médica y Salud. La escala Jefferson posee 10 ítems redactados en sentido positivo y 10 en sentido negativo, que deben ser valorados a través de una escala de Likert que va de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Las puntuaciones van desde 20 a 140 puntos y las dimensiones que componen los ítems son: toma de perspectiva, cuidado con compasión y ponerse en el lugar del otro.

El primer estudio que se plantea, fue realizado con el objetivo de evaluar el nivel de empatía en estudiantes de la carrera de odontología, Silva Urday, Rivera Ugalde, Zamorano Arancibia y Díaz Narváez (2012) realizaron una investigación no

experimental, descriptiva, de corte transversal y ex post facto causa-efecto. La muestra estuvo constituida por 309 estudiantes que pertenecían a primero, segundo, tercero, cuarto y quinto año de la facultad de odontología de la Universidad Finis Terrae de Santiago (Santiago de Chile, Chile).

A través del estudio se puede observar que la variable estudiada no cambia sustancialmente entre los diferentes años de la carrera. Estos resultados difieren con los obtenidos por Rojas, Castañeda y Parraguez (2009) quienes observaron una tendencia ascendente de los puntajes obtenidos por los alumnos de kinesiología en los distintos niveles de la carrera; se evidencian también diferencias con la investigación de Sherman y Cramer (2005) quienes plantean que los niveles de orientación empática disminuyen conforme los alumnos avanzan en la carrera de odontología. Los resultados obtenidos en el estudio tampoco concuerdan con estudios anteriores realizados por Hojat et al. (2004; 2009), quienes evidenciaron que el grado de empatía disminuye en los estudiantes de medicina a medida que avanzan en la carrera.

Si bien no hay una variación importante en los diferentes niveles de formación académica, tanto en hombres como en mujeres se observa una leve tendencia a aumentar con el tiempo. Los datos obtenidos pueden interpretarse como el enfrentamiento a una situación clínica con adecuado nivel de madurez y preparación ya que los estudiantes de la Universidad Finis Terrae tienen la primera aproximación a la atención de pacientes en el tercer año y tienen responsabilidades directas a partir del cuarto año (Silva Urday, Rivera Ugalde, Zamorano Arancibia y Díaz Narváez, 2012).

Las mujeres obtuvieron puntuaciones mayores de empatía durante toda la carrera en relación a los hombres. Se plantea en el estudio, el interés de evaluar de forma separada a hombres y mujeres para poder identificar los factores que intervienen en los niveles de empatía, para determinar si los hombres deberían recibir un entrenamiento diferente al de las mujeres, para poder obtener las mismas puntuaciones en los niveles de la variable estudiada (Silva Urday, Rivera Ugalde, Zamorano Arancibia y Díaz Narváez, 2012).

Por otro lado, Mejía, Poveda, Paoli y Díaz (2013) realizaron un estudio analítico, transversal y comparativo con el objetivo de medir la empatía en estudiantes de la salud. La muestra estuvo compuesta por 831 estudiantes (de primero, tercer y quinto año de formación): 490 de medicina, 149 de enfermería y 192 de odontología, el 68,3 % de la población eran mujeres y el restante 31,7% eran hombres. Los alumnos pertenecían a la Facultad de Medicina y Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes (Mérida, Venezuela).

Los resultados de los estudios demuestran que los valores de empatía global y la dimensión “ponerse en el lugar del otro”, no presentan diferencias significativas en cuanto al género y las diferentes carreras. La dimensión “toma de perspectiva” fue superior en los estudiantes de medicina y la dimensión “cuidado con compasión” fue superior en las carreras de enfermería y odontología. Que los estudiantes sean empáticos en forma general es un hallazgo muy alentador, porque esta cualidad administrada adecuadamente va en beneficio del paciente y del mismo profesional (Mejía, Poveda, Paoli y Díaz, 2013). Estos resultados coinciden con los de Sánchez (2010), quien encontró niveles altos de empatía en el grupo de estudiantes de medicina de la Universidad de Carabobo (Valencia, Venezuela).

Los estudiantes de medicina son menos compasivos en promedio en relación con los estudiantes de las otras carreras. Contrariamente Sánchez (2010) encuentra en los estudiantes de medicina niveles de empatía altos con predominio en el “Cuidado con compasión”. Al respecto, Karchmer (2010) afirma que la pura compasión no era suficiente, ya que es una cualidad que debe asociarse a integridad, devoción y capacidad y, a menos que no sean cabalmente desarrolladas en los años formativos, es poco probable que emerjan espontáneamente cuando las demandas del ejercicio profesional y las frustraciones de la vida sacudan la humanidad de estos profesionales.

Desde el punto de vista global, la empatía, fue significativamente más alta en los estudiantes del tercer año. Existe gran evidencia de que los estudiantes cambian su actitud empática durante su paso por la escuela de medicina, la misma disminuye a medida que avanzan en su profesión (Wilson, Prescott, Becket, 2012). La disminución significativa de la empatía es motivo de inquietud, ya que es considerada crucial para el éxito de relación médico-paciente (Smajdor, Stöck & Salter, 2011). Paradójicamente se evidencia escasa o nula programación académica e institucional para mejorar esta cualidad que beneficia al triángulo terapéutico. Se enfatiza una disminución significativa en las puntuaciones de la empatía después del tercer año que se mantiene hasta la etapa final de la formación, aspecto de gran preocupación, porque es la fase de su formación donde el plan de estudios está cambiando hacia actividades clínicas con atención directa y cuidado del paciente (Mejía, Poveda, Paoli y Díaz, 2013).

Se demostró una relación significativa entre la edad y el “Cuidado con compasión”, indicando que a mayor edad los estudiantes son más compasivos. Asimismo, Neumann, Edelhäuser, Tauschel, Fischer, Wirtz, Woopen et al (2011) observaron que el grupo con mayor puntaje de empatía fue el grupo de 25-28 años, contrario a lo observado

por Sánchez (2010) que encontró mayores niveles de empatía en estudiantes de menor edad, explicando que esa observación pudiera relacionarse con las teorías del aprendizaje por modelaje, según las cuales, los alumnos copian de sus profesores actitudes positivas y negativas. Los jóvenes con menos relaciones personales, pero más conocimiento científico muchas veces están en desventaja, porque debe haber un equilibrio en la atención integral al paciente entre lo físico y lo humanista, según lo plantearon (Ubillús, Sidia, Rentería, Reátegui, Rodríguez y Sotelo, 2010).

Por último, se describe el estudio llevado a cabo por Dávila Pontón, Neira Molina, Aguilera Muñoz, Martínez Reyes, Vélez Calvo y Díaz-Narváez (2017), que ha sido descriptivo y transversal con el objetivo de identificar niveles de empatía en estudiantes de medicina de la Universidad del Azuay (Cuenca, Ecuador). Participaron 278 alumnos de todos los niveles de la carrera (166 mujeres y 112 hombres).

Los resultados del estudio demostraron que los alumnos de primer año tienen menores puntajes de empatía comparados con los de tercer y quinto año. Esta diferencia se podría atribuir a que en los primeros años no tienen contacto con los pacientes ni tampoco reciben asignaturas que favorezcan las habilidades de comunicación y entendimiento con estos, mientras que los estudiantes de tercer año han aprobado la materia Ciencias del Comportamiento, donde se desarrollan conceptos acerca de la relación médico-paciente y además inician el contacto directo con los pacientes, por lo tanto la empatía puede verse influenciada por estos factores experienciales y formativos (Dávila Pontón, et al. 2017). Al finalizar la carrera, los estudiantes han desarrollado habilidades y destrezas que facilitan el cumplimiento de sus tareas (Bullen, Salazar, Díaz-Narváez, 2015), pero los resultados muestran una disminución de la empatía en ambos géneros en este nivel, concordando con lo reportado por otros estudios (Carrasco, Bustos, Díaz-Narváez, 2012 y Bullen, Salazar, Díaz-Narváez, 2015). Sin embargo, estudios realizados en Perú y Argentina, encontraron que los niveles de empatía tienden a incrementarse conforme los estudiantes avanzan a niveles superiores (Díaz-Narváez, Gutierrez-Ventura, de Villalba, Salcedo-Rioja, Calzadilla-Núñez, Hamdan-Rodríguez y Cervantes, 2015)

Finalmente, se observó que las mujeres tienen puntuaciones significativamente más altas que los hombres en la mayoría de los años, aunque esta tendencia se invierte en el sexto año.

3.3 Estudios empíricos de empatía en estudiantes de psicología

Para finalizar se expondrán los estudios encontrados acerca de la variable estudiada en los estudiantes de psicología. La escasez en la existencia de dichas investigaciones, plantea una necesidad de estudiar y profundizar los datos empíricos de la empatía tanto en estudiantes de psicología como en los psicólogos recibidos.

La primera investigación que se describirá, es un estudio pre-experimental realizado por Cosenza Rodrigues, Benvenuto Peron, Medeiros Cornélio y Rezende Franco (2014). La muestra estuvo compuesta por 14 graduadas de psicología de la Universidad Federal Juiz de Fora (Brasil), todas de sexo femenino, con edades de entre 20 y 25 años. Las participantes firmaron un consentimiento informado. Como instrumento se utilizó un cuestionario para obtener información sobre la edad y el nivel de curso de los participantes y el Inventario de Empatía (Falcone et al. 2008) que tiene como objetivo evaluar el nivel de empatía desde una perspectiva multidimensional. Este inventario está compuesto por 40 ítems elaborados a partir de componentes afectivos, cognitivos y comportamentales de la empatía. Se presentan los diferentes elementos en 16 situaciones de interacción social. Las respuestas de cada ítem son numeradas del 1 (nunca) al 5 (siempre) en una escala de tipo Likert. Son cuatro las dimensiones que componen el inventario descripto: toma de perspectiva, flexibilidad interpersonal, altruismo y sensibilidad afectiva. También se utilizó el índice de reactividad interpersonal (IRI: Davis, 1983), traducido, adaptado y validado por Koller et al. (2001), que evalúa la empatía por medio de 3 subescalas: consideración empática, toma de perspectiva y angustia personal. Por último y para complementar los instrumentos utilizados, se administró una entrevista semi-estructurada que contenía 7 preguntas basadas en dos ejes temáticos: vida diaria y práctica psicológica.

Los instrumentos se administraron antes de realizar un programa destinado a mejorar el comportamiento empático en las estudiantes.

El programa desarrollado constaba de cinco encuentros: en el primer encuentro se informó a las participantes sobre la importancia de la empatía en la práctica psicológica y el reconocimiento de la manifestación no verbal de la misma. En el segundo encuentro se transmitió información sobre la habilidad de identificar las emociones y las manifestaciones no verbales, desarrollar la capacidad de colocarse en el lugar del otro y la capacidad de la toma de perspectiva, para dicho objetivo se utilizaron videos de situaciones terapéuticas, imágenes de expresiones faciales con diferentes estados

emocionales y técnicas de relajación El tercer encuentro se centró en el desarrollo de la escucha empática tomando como material de trabajo un texto sobre el tema. En el cuarto encuentro se intentó desarrollar la capacidad de oír y comprender principalmente en situaciones de ayuda. Finalmente, en el quinto encuentro se apuntó a mejorar el desarrollo del comportamiento empático verbal en las relaciones interpersonales a través de los juegos de rol.

Al finalizar el programa, se realizó nuevamente la evaluación administrada al comienzo, con los mismos instrumentos para poder identificar cambios en los niveles de empatía. Luego de los 3 meses del programa se realizaron entrevistas de seguimiento a las participantes.

Las conclusiones del estudio, refieren a que se encuentra un aumento en las medias en los resultados obtenidos en la evaluación realizada post- programa, excepto para la dimensión de la angustia personal que evidenció una ligera disminución. El programa implementado generó cambios positivos en las relaciones interpersonales de las participantes en cuanto a la capacidad de colocarse en el lugar del otro. Se observó un mejoramiento de la escucha y la tolerancia en relación a los demás, al estímulo de la autopercepción y a un aumento en identificación de los sentimientos propios y los ajenos. En cuanto a la capacidad de escucha sin juzgar, el programa implementado tuvo efectos beneficiosos y promovió el desarrollo de la autopercepción. En cuanto a la repercusión que el programa tuvo en función de la práctica profesional psicológica de las participantes, el mismo resultó ser positivo. Se revelaron mejoras en la práctica profesional cotidiana, permitiendo la reflexión sobre los comportamientos empáticos no verbales, se mejoró la comprensión empática y la capacidad de neutralizar los propios prejuicios.

Es notoria la importancia de los programas de intervención con el fin de mejorar la capacidad empática de los estudiantes y debería incluirse en los primeros años de formación para que los alumnos aprendan desde temprano a comprender al “otro”, que consideren sus sentimientos y perspectivas, para poder ser profesionales eficaces (Cosenza Rodrigues, Benvenuto Peron, Medeiros Cornélio y Rezende Franco, 2014).

Por otro lado, Iacovella, Díaz-Lázaro y Richard's (2015) evaluaron la relación entre la empatía y los cinco grandes factores de personalidad en estudiantes universitarios. El objetivo era ampliar el conocimiento de la relación entre las dos variables ya mencionadas. El estudio fue correlacional, transversal y participaron del mismo 117 estudiantes de cuarto año de la carrera de psicología de la Universidad Nacional de Mar

del Plata (Argentina), 88 mujeres, 39 varones, con edades que oscilaban entre los 21 y 60 años. Los instrumentos utilizados fueron: Adjetivos para evaluar la personalidad (Ledesma, Sánchez y Díaz-Lázaro, 2011) y el Índice de reactividad interpersonal (IRI: Davis, 1983), la escala original cuenta con 4 dimensiones, pero para este estudio sólo se utilizaron dos de ellas: preocupación empática y toma de perspectiva. Para medir empatía se administró la versión de Díaz-Lázaro, Castañeiras, Ledesma, Verdinelli y Rand (2014) del IRI, que incluye algunas modificaciones a la adaptación española de Pérez-Albéniz, Paúl, Etxeberría, Montes y Torres (2003).

Los autores manifiestan no haber encontrado diferencias significativas en cuanto al nivel de empatía en relación al género. Estos resultados pueden deberse a las diferencias en el número de participantes por género o a que los estudiantes de género masculino de la carrera de psicología puntúen más alto en los niveles de empatía en relación a los de otras carreras o de la población en general (Iacovella, Díaz-Lázaro y Richard's, 2015). Se encontraron correlaciones significativas entre la empatía, la amabilidad, la apertura a la experiencia y la responsabilidad. La extraversión, no resultó significativamente asociada a la empatía, este resultado se podría entender si se tiene en cuenta que los bajos niveles de extraversión están ligados al temor a enfrentar conflictos interpersonales en los sujetos introvertidos y no necesariamente a una falta de empatía (Graziano, et al., 1985). El factor de responsabilidad estuvo correlacionado positivamente de modo débil con la empatía, este resultado coincide con la evidencia sobre la presencia de que este factor en las conductas prosociales, de baja agresividad y de relación negativa con el psicoticismo (John, et al., 1994). La importancia de esta investigación radica en la posibilidad de identificar factores relevantes para la predicción de la empatía para poder desarrollar programas de capacitación y fortalecimiento de habilidades y/o destrezas relacionadas a la empatía (Iacovella, Díaz-Lázaro y Richard's, 2015).

Capítulo 4: Planteamiento del problema

El presente estudio consiste en la evaluación del nivel de empatía en estudiantes de psicología de la Universidad de Flores que se encuentran cursando tercero y cuarto año. El interés del estudio radica en la importancia de la empatía, la cual es considerada como una de las principales habilidades del terapeuta ya que permite comprender al paciente desde su marco particular de referencia.

De esta forma se hace evidente la importancia de la empatía para una mayor y mejor comprensión del padecimiento ajeno y como herramienta fundamental que permita sentar las bases de una adecuada relación terapéutica que facilite trabajar sobre metas y objetivos comunes para así poder realizar tratamientos más adecuados a las necesidades y expectativas del paciente.

Reforzando lo anteriormente dicho con hallazgos científicos, podemos mencionar a Mehrabian y Epstein (1972) quienes encontraron una correlación positiva entre la empatía, la disposición a mostrar una conducta de ayuda y tendencia a la afiliación. Por otro lado, Davis (1996) afirma que la empatía consiste en un conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y de respuestas afectivas y no afectivas. Finalmente Hoffman (1992) considera a la empatía como un tipo de respuesta afectiva más acorde con la situación de otro que con la de uno mismo, de este modo la empatía promueve la conducta prosocial.

Frente a todo lo dicho, se puede observar la importancia de que la habilidad de la empatía se encuentre desarrollada de forma adecuada en los psicólogos, ya que un exceso de la misma resultaría perjudicial, ya que demostraría una sobreimplicación emocional, interviniendo en la objetividad del profesional, impidiendo un adecuado desempeño profesional.

Se encuentran estudios anteriores sobre niveles de empatía en estudiantes de ciencias de la salud, médicos, enfermeros, odontólogos para evaluar la comprensión del profesional hacia el paciente, pero son escasos los estudios de este tipo en profesionales de la salud mental, más específicamente en estudiantes de psicología. Quizá se da por sentado el desarrollo de esta habilidad en esa población específica, pero ¿Qué tan empáticos son los futuros psicólogos que van a promover, promocionar y trabajar sobre la salud mental?

Capítulo 5: Objetivos e hipótesis

Objetivo General

Evaluar el nivel de empatía en estudiantes de psicología de la Universidad de Flores.

Objetivos Específicos

- Evaluar sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás.
- Medir sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar de otros
- Identificar los intentos espontáneos del sujeto por adoptar la perspectiva del otro ante situaciones reales de la vida cotidiana.
- Evaluar la capacidad de imaginación del sujeto para ponerse en situaciones ficticias.

Hipótesis

H 1: Los estudiantes de psicología poseen bajos niveles de ansiedad y malestar al observar experiencias negativas de los demás

H 2: Los estudiantes de psicología poseen sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar de otros

H 3: Los estudiantes de psicología realizan intentos espontáneos por adoptar la perspectiva del otro ante situaciones de la vida cotidiana.

H 4: Los estudiantes de psicología poseen gran capacidad de imaginación del sujeto para ponerse en situaciones ficticias.

Capítulo 6: Método

6.1 Diseño

El diseño utilizado en la investigación es de tipo cuantitativo, no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo, según lo expresado por Sampieri (1991) tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población.

6.2 Participantes

Los participantes fueron 30 estudiantes de psicología de tercero y cuarto año, de la facultad de Psicología y Ciencias sociales de la Universidad de Flores, ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La muestra estuvo compuesta por 24 mujeres (80%) y 6 hombres (20%), con una edad mínima de 21 años y una edad máxima de 65 años, la edad media fue de 31 años.

6.3 Instrumentos de evaluación

Para evaluar el nivel de empatía en los estudiantes de psicología se empleó una medida de auto-informe (ver anexo) compuesta por la evaluación Interpersonal Reactivity Index (IRI) (Davis, 1980) en su adaptación española, siendo uno de los cuestionarios más utilizados para evaluar la empatía desde una perspectiva multidimensional incluyendo dos factores emocionales y dos factores cognitivos. La escala está formada por 28 ítems que miden cuatro dimensiones:

- Toma de perspectiva (PT) 7 ítems: evalúa procesos cognitivos. Indica la habilidad de comprender el punto de vista de otra persona.
- Fantasías (FS) 7 ítems: evalúa procesos cognitivos, la tendencia a identificarse con personajes del cine y de la literatura.
- Preocupación empática (EC) 7 ítems: mide sentimientos de preocupación, cariño y compasión ante el malestar del otro.
- Malestar personal (PD) 7 ítems: evalúa sentimientos que surgen de las experiencias negativas de otros orientados al yo.

Se presentan una serie de afirmaciones sobre sentimientos y pensamientos que la persona deberá contestar según el grado en que dicha afirmación lo describa. El formato

de respuesta es de tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de 1 (no me describe muy bien) a 5 (me describe muy bien).

Se indagó además sobre el sexo, la edad y la cantidad de materias aprobadas.

6.4 Procedimiento

Para llevar a cabo el trabajo de investigación, se solicitó la colaboración de alumnos de tercero y cuarto año de la carrera de psicología de la Universidad de Flores ubicada en la ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina.

El auto informe fue respondido en los espacios de la Facultad de psicología y ciencias Sociales de la Universidad de Flores, durante los recreos, antes del dictado de las clases o al finalizar las mismas. Al solicitar la participación a cada uno de los alumnos, los mismos aceptaban colaborar de forma amable. El tiempo que demandó realizar la evaluación pedida a cada uno de los participantes fue de aproximadamente diez minutos cada uno.

Se informó previamente a los participantes que su colaboración sería anónima, como así también que las respuestas iban a ser utilizadas exclusivamente para aspectos académicos/científicos.

Capítulo 7: Resultados

A continuación se expondrán los resultados obtenidos a través de la administración del auto cuestionario Índice de Reactividad Interpersonal (Davis, 1980). Se comenzará graficando y explicando los resultados obtenidos a través de la toma de las variables sociodemográficas: sexo, edad, y nivel académico.

Se continuará identificando y exponiendo los resultados obtenidos en cada una de las cuatro dimensiones que componen al Índice de Reactividad Interpersonal: Toma de perspectiva, Fantasía, Preocupación empática y Malestar personal. También se realizará un entrecruzamiento de cada una de las dimensiones con cada una de las variables sociodemográficas anteriormente mencionadas.

7.1 Evaluación de las variables sociodemográficas

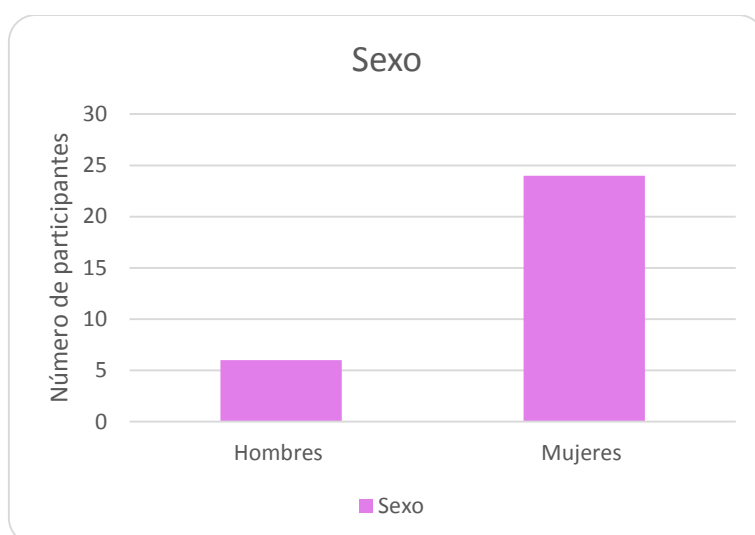


Gráfico 1.

Se observa que participaron de la muestra 6 hombres, siendo los mismos el 20% del total de la muestra, mientras 24 de los participantes eran mujeres, representando el 80% restante.

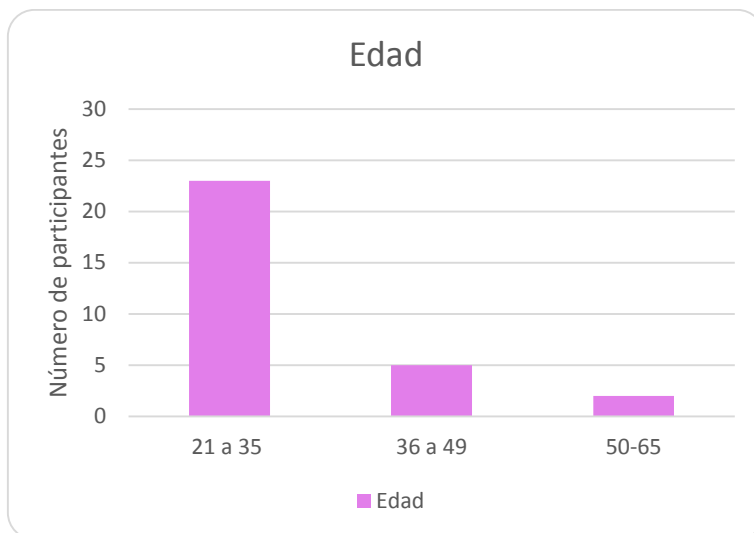


Gráfico 2.

En cuanto a la edad se pueden observar 3 rangos de la misma: entre 21 y 35 años, entre 36 y 49 años y entre 50 y 65 años. En el primer rango de edad, de 21 a 35 años, se ubicaron 23 de los participantes, representando un 76,66% de la muestra. De los restantes, 5 personas se ubicaron en el rango de edad de 36 a 49 años, siendo un 16,66% de la muestra y finalmente en el rango de 50- a 65 años, se ubicaron 2 personas, siendo el 6,66% restante del total de la muestra.



Gráfico 3.

Los alumnos pertenecientes a tercer año son aquellos que tienen 33 materias aprobadas. Los alumnos pertenecientes a cuarto año son los que tienen de 34 materias aprobadas en adelante. En el gráfico realizado, se puede observar que 27 de los participantes se encontraban cursando el cuarto año de la carrera al momento de realizar

el auto informe, representado un 90% de la muestra total. Por otro lado, 3 estudiantes pertenecían al tercer año de la carrera, representando el 10% restante del total de la población.

7.2 Evaluación de las dimensiones y entrecruzamiento con las variables sociodemográficas

Para poder evaluar las dimensiones que componen la escala utilizada, se tomó como referencia la cantidad de ítems que cada subescala poseía. En este caso, la escala de Toma de perspectiva, Fantasía, Preocupación empática y malestar personal poseen 7 ítems cada una. Las puntuaciones de cada ítem varían del 1 al 5, es decir, que el puntaje mínimo para cada dimensión será de 7, y el máximo de 35. Se establecieron rangos de acuerdo a estos puntajes siendo: de 7 a 16 bajo, de 17 a 25 medio y de 26 a 35 alto.

Toma de perspectiva

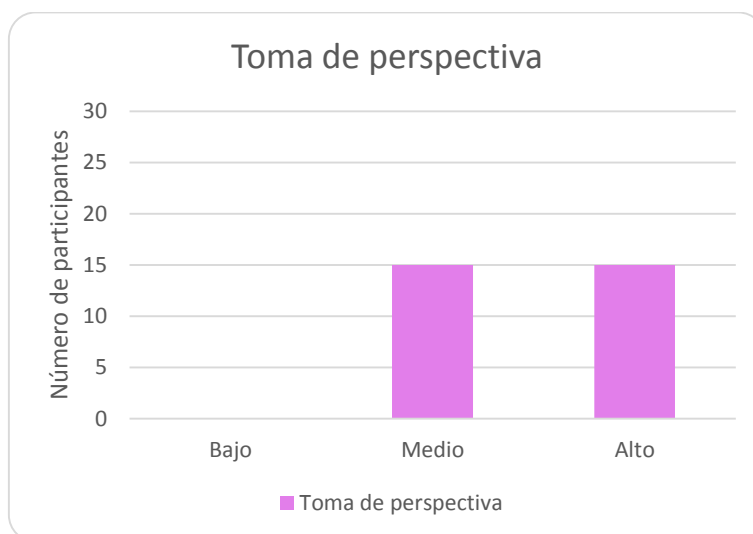


Gráfico 4.

En cuanto a la dimensión “Toma de perspectiva”, 15 de los participantes obtuvieron puntajes elevados, representado a un total del 50% de la muestra total. Otros 15 obtuvieron puntajes dentro de la media, siendo el 50% restante y no se encontraron resultados que se encuentren por debajo de la misma.

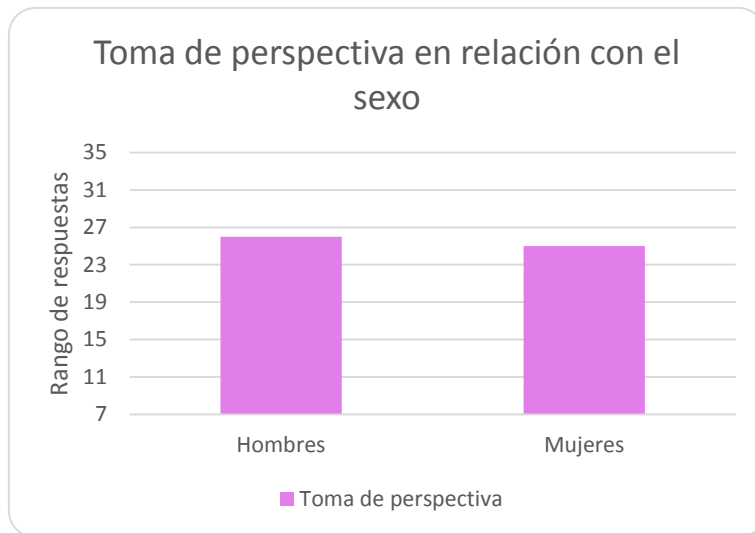


Gráfico 5.

En cuanto a la dimensión “Toma de perspectiva” en relación al sexo, se puede observar que en promedio, los hombres obtuvieron un puntaje alto de 26 con una leve diferencia por encima de las mujeres, quienes puntuaron con un promedio de 25 ubicándose en el rango medio de respuestas.

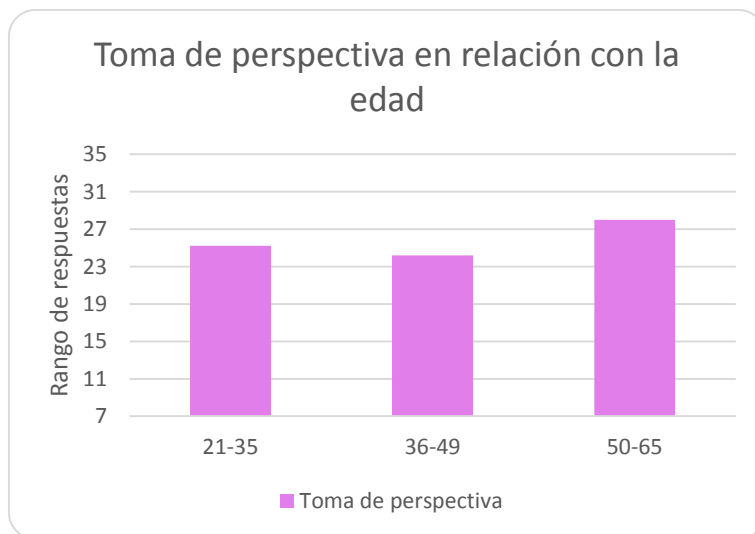


Gráfico 6.

En cuanto a la dimensión “Toma de perspectiva” en relación con la edad, se puede observar que el rango de edades de 21-35 años y 36-49 años, obtuvieron en promedio un puntaje medio, siendo 25,21 y 24,20 respectivamente. El rango de edad de 50-65 años, obtuvo un promedio de puntaje alto, siendo el mismo 28.

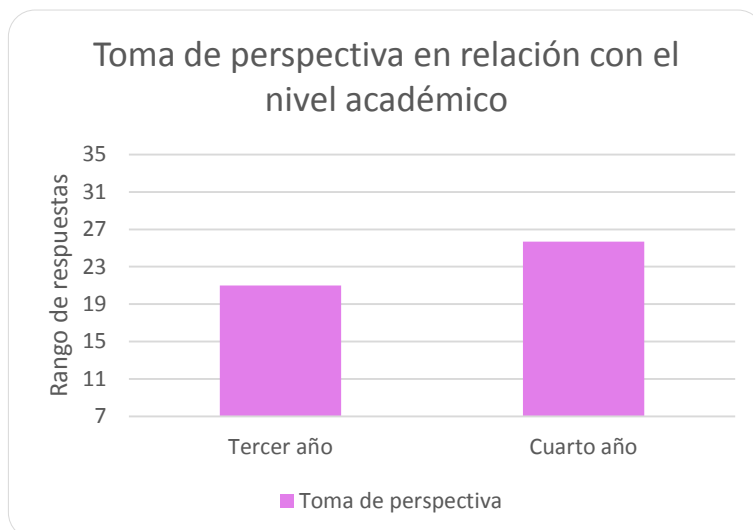


Gráfico 7.

En cuanto a la dimensión “Toma de perspectiva” en relación con el nivel académico, se puede observar que los alumnos de tercero y cuarto año se encuentran dentro de la media de respuestas, obteniendo como puntaje promedio: los alumnos de tercer año 21; los alumnos de cuarto año 25,70.

Fantasía

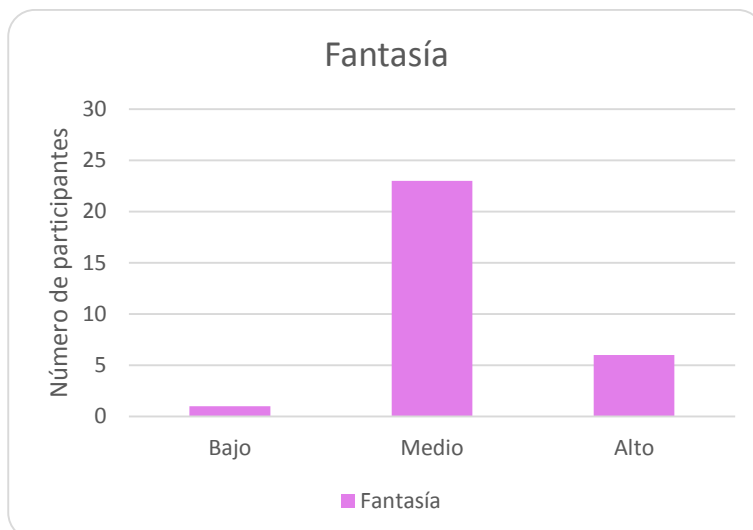


Gráfico 8.

En cuanto a la dimensión “Fantasía”, 23 de los participantes obtuvieron puntajes dentro de la media, siendo estos el 76,66% de la población total. A estos puntajes le siguen 6 participantes que obtuvieron resultados altos, representando un 20% de la muestra. Por último 1 participante obtuvo resultados por debajo de la media, representando el 3,33% restante del total de la muestra.

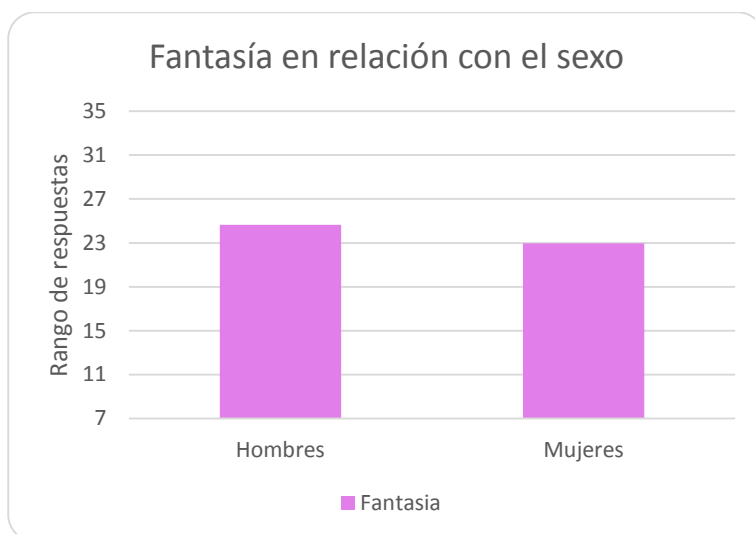


Gráfico 9.

En cuanto a la dimensión “Fantasía” en relación al sexo, se puede observar que en promedio, tanto hombres como mujeres demuestran puntajes dentro de la media, siendo el de los hombres un poco más elevados que el de las mujeres. Los hombres obtuvieron un puntaje promedio de 24,66 mientras que las mujeres obtuvieron un puntaje promedio de 22,95.

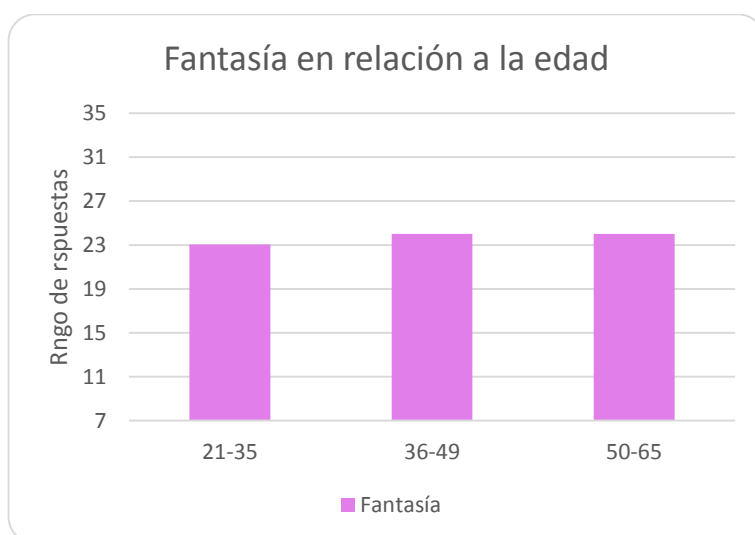


Gráfico 10.

En cuanto a la dimensión “Fantasía” en relación a la edad se puede observar que en promedio, los tres rangos de edad obtuvieron puntajes dentro de la media, siendo 23,04 para el rango de 21-35 años; 24,02 para el rango de edad de 36-49 años y 24 para el rango de edad de 50-65 años.

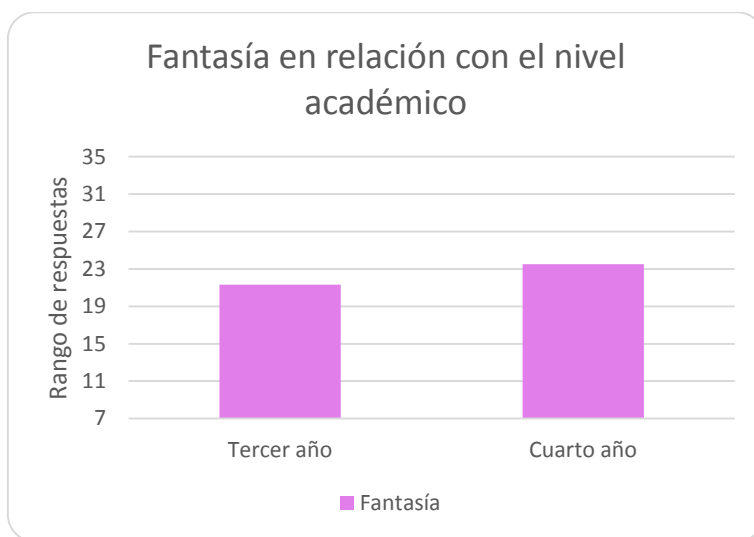


Gráfico 11.

En cuanto a la dimensión “Fantasía” en relación con el nivel académico se puede observar que en promedio, los alumnos de tercero y cuarto año obtuvieron respuestas dentro de la media. Los alumnos de tercer año obtuvieron un puntaje promedio de 21,33 y los alumnos de cuarto un puntaje promedio de 23,51.

Preocupación empática

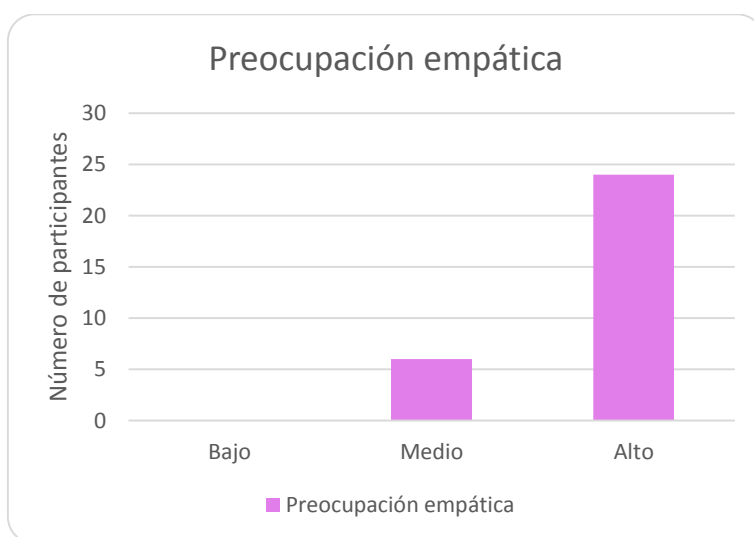


Gráfico 12.

En cuanto a la dimensión “Preocupación empática”, 24 de los participantes obtuvieron puntajes altos, siendo estos el 80% de la población total. A estos puntajes le siguen 6 participantes que obtuvieron resultados dentro de la media, siendo el 20%

restante del total de la muestra. Finalmente no se presentaron puntajes bajos para esta dimensión.

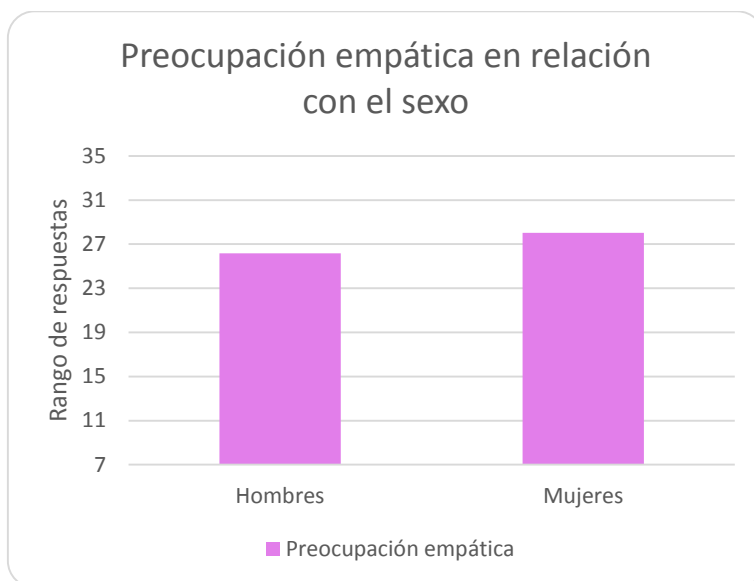


Gráfico 13.

En cuanto a la dimensión “Preocupación empática” en relación al sexo, se puede observar que en promedio, tanto hombres como mujeres demuestran un puntaje alto, siendo el de las mujeres un poco más elevado que el de los hombres. Las mujeres obtuvieron un puntaje promedio de 28,04 mientras que los hombres 26,16.

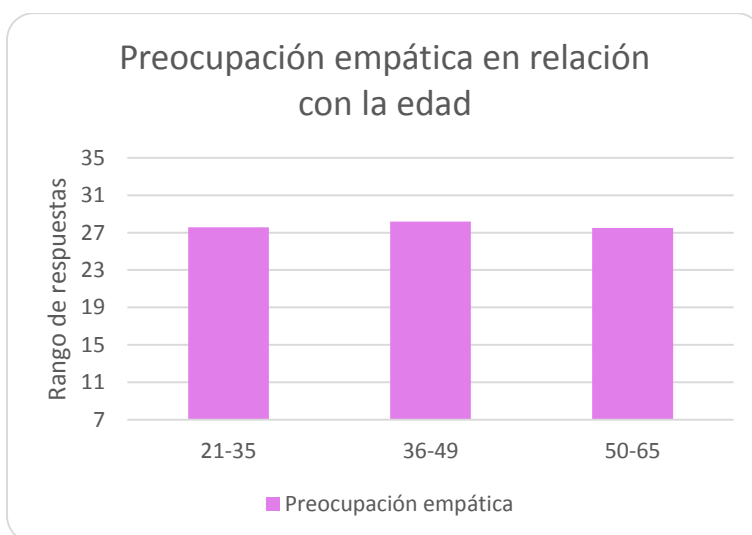


Gráfico 14.

En cuanto a la dimensión “Preocupación empática” en relación a la edad, se puede observar que en promedio, los tres rangos de edad, obtuvieron puntajes altos. El rango de 21-35 años obtuvo un puntaje de 27,56; el rango de 36-49 años obtuvo un puntaje de 28,2 y el rango de 50-65 años obtuvo un puntaje de 27,5.

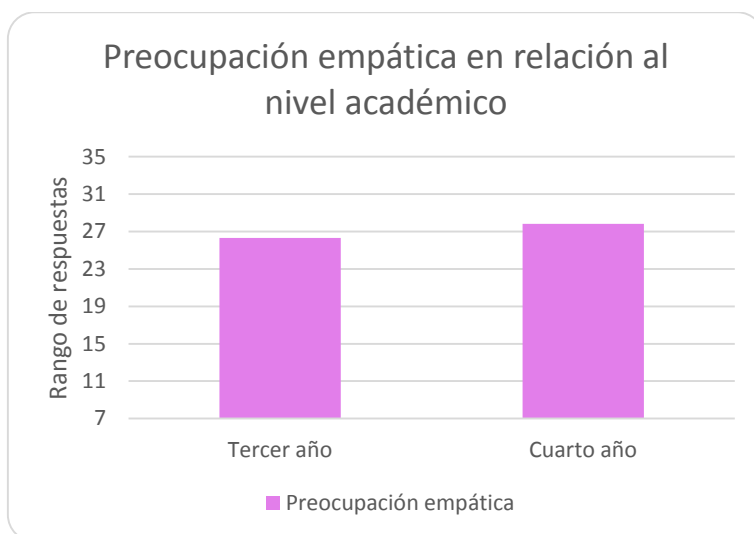


Gráfico 15.

En cuanto a la dimensión “Preocupación empática” en relación con el nivel académico, se puede observar que los alumnos de tercero y cuarto año obtuvieron en promedio, puntajes altos; siendo 26,33 para los alumnos de tercer año y 27,81 para los alumnos de cuarto año.

Malestar personal

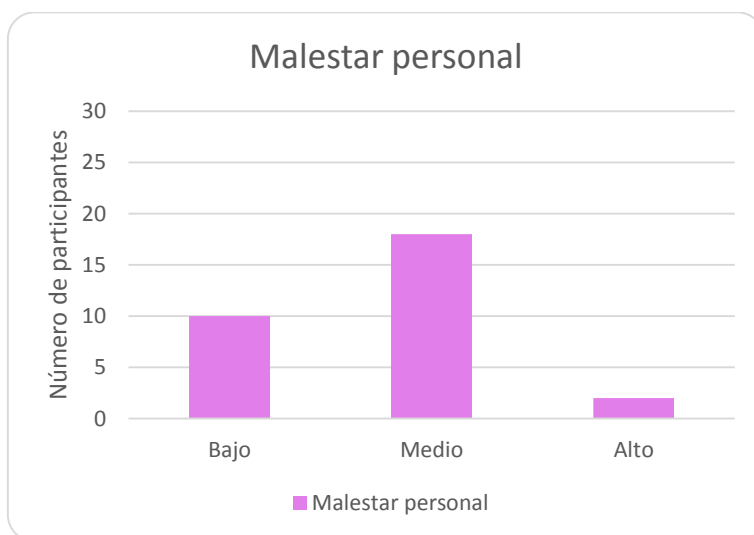


Gráfico 16.

En cuanto a la dimensión “Malestar personal”, 18 de los participantes obtuvieron puntajes dentro de la media, siendo estos el 60% de la población total. A estos puntajes le siguen 10 participantes que brindaron resultados bajos, representando un 33,33% de la

muestra. Por último 2 participantes obtuvieron resultados altos, representando el 6,66% restante del total de la muestra.

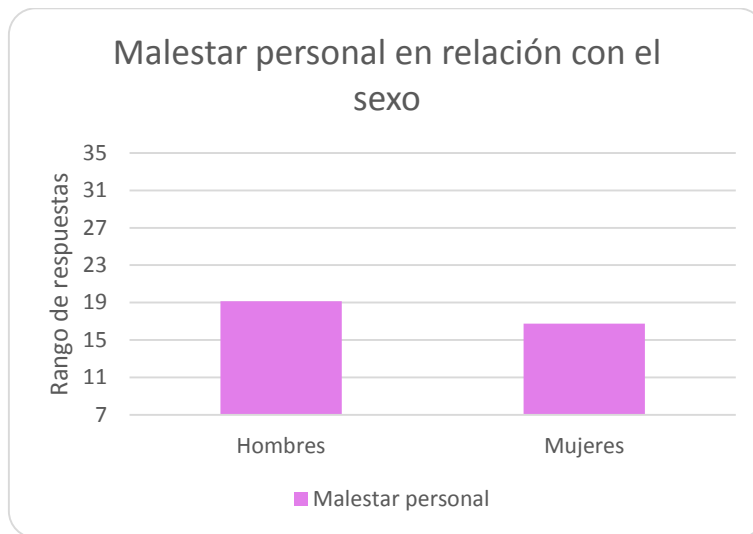


Gráfico 17.

En cuanto a la dimensión “Malestar personal” en relación al sexo, se puede observar que en promedio, tanto hombres como mujeres demuestran un puntaje medio, siendo el de los hombres un poco más elevados que el de las mujeres. Las mujeres obtuvieron un puntaje promedio de 16,75 mientras que los hombres 19,16.

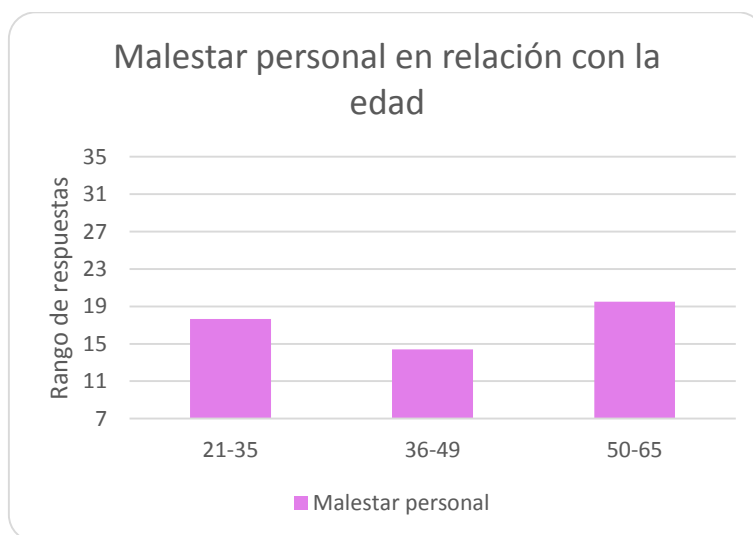


Gráfico 18.

En cuanto a la dimensión “Malestar personal” en relación a la edad, se puede observar que en promedio, los tres rangos establecidos se encuentran dentro de la media, siendo levemente superior el rango de 50-65 años con un puntaje de 19,5. El rango de 21-

35 años posee un puntaje de 17, 65 y finalmente el rango de 36-49 años tiene un puntaje promedio de 14,40.

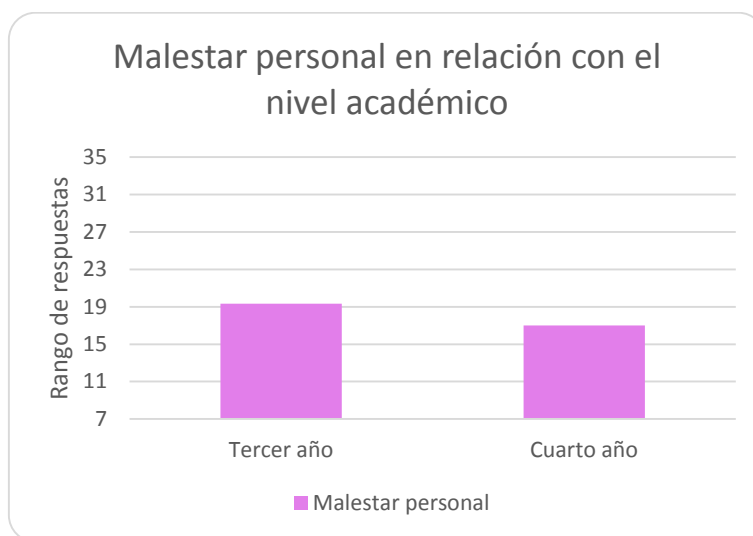


Gráfico 19.

En cuanto a la dimensión “Malestar personal” en relación con el nivel académico, se puede observar que en promedio, los alumnos de tercer y cuarto año presentaron puntajes dentro de la media. Los alumnos de tercer año obtuvieron un puntaje promedio de 19,33, siendo superior a los puntajes promedio obtenidos por los alumnos de cuarto año, que fue de 17.

A continuación y para finalizar, se graficará a través de una tabla cada una de las dimensiones del Índice de reactividad interpersonal. Se detallará la cantidad de casos pertenecientes a cada uno de los rangos de evaluación en cada una de las dimensiones y su respectivo porcentaje representativo de la muestra total.

<i>Rango de evaluación</i>	Dimensiones del IRI							
	<i>Toma de perspectiva</i>		<i>Fantasía</i>		<i>Preocupación empática</i>		<i>Malestar personal</i>	
Bajo	0	0%	1	3,33%	0	0%	10	33,3%
Medio	15	50%	23	76,66%	6	20%	18	60%
Alto	15	50%	6	20%	24	80%	2	6,66%
TOTAL	N: 30	100%	N: 30	100%	N: 30	100%	N: 30	100%

Tabla 1.

Capítulo 8: Discusión y conclusiones

Como bien se ha mencionado anteriormente, el instrumento IRI (Davis, 1980) utilizado para evaluar la empatía en estudiantes de psicología, tiene una perspectiva multidimensional. Las cuatro dimensiones que componen la escala, no son susceptibles de ser sumadas en su totalidad para arrojar un puntaje general, sino que la relación entre las diferentes subescalas y los puntajes obtenidos en cada una, son las que brindarán el valor de la empatía.

Las subescalas “Toma de perspectiva” y “Preocupación empática” son las que presentan mayor correlación estadísticamente significativa; son los dos componentes más importantes de la empatía que conjuntamente son responsables de una respuesta empática basada en la comprensión del otro y en compartir su estado emocional (Mestre Escrivá, Frías Navarro y Samper García, 2004). Dicho esto, se puede observar que la mitad de los participantes obtuvieron puntajes altos en la dimensión “Toma de perspectiva”, mientras que la otra mitad obtuvo puntajes dentro de la media y no se encontró ningún resultado bajo en dicha subescala (ver gráfico 4). Se puede considerar que los estudiantes de psicología de la Universidad de Flores puntúan con niveles adecuados para la dimensión mencionada, tal como se había hipotetizado al comienzo de la investigación. Así mismo en la dimensión “Preocupación empática” se puede observar que el 80% de la muestra obtuvo puntajes altos, seguido por un 20% que obtuvo puntajes dentro de la media, sin registrar resultados bajos (ver gráfico 12). En cuanto a la dimensión de “Preocupación empática” que plantea que se posee sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar de otros, se había hipotetizado que los estudiantes de psicología de la Universidad de Flores poseen un nivel moderado de la misma. El análisis de los resultados, permitió observar que el 80% de la población se ubicó dentro de los puntajes de rango alto de la misma, siendo una evidencia alentadora que demostraría que los alumnos participantes poseen habilidades adecuadas para esta dimensión.

Se puede observar, analizando las dimensiones “Toma de perspectiva” y “Preocupación empática” que los estudiantes de la Universidad de Flores que participaron en el presente estudio poseen una adecuada respuesta empática basada en la comprensión del otro y en compartir su estado emocional. Los resultados de las escalas demuestran valores ubicados dentro y por encima del puntaje medio.

En la dimensión “Toma de perspectiva” no se evidenciaron diferencias significativas en relación al sexo ni al año de la carrera en la cual los participantes se encontraban (ver gráfico 5 y 7). Sin embargo, en relación a la edad, se puede observar un aumento en el puntaje obtenido en el rango de edad de 50 a 65 años, que difiere de los otros dos rangos de edad (de 21 a 49) quienes obtuvieron puntajes ubicados en la media (ver gráfico 6). Estos resultados, refuerzan lo que se ha planteado al comienzo del trabajo, ya que algunos autores han observado que a medida que aumenta la edad también aumentan las puntuaciones en algunas dimensiones de la empatía (Alexander, 2001; Retuerto, 2004; Van Tilburg et ál., 2002).

En la dimensión “Preocupación empática” en relación al género, no se encontraron diferencias significativas, ya que tanto hombres como mujeres obtuvieron resultados altos, sin embargo, se puede observar un leve aumento de los resultados de las mujeres en relación a los hombres (ver gráfico 13). Si bien, la relación entre esta dimensión y los rangos de edad no presentan diferencias significativas, cabe destacar que en todas las edades se encontraron en promedio puntajes altos de la dimensión (ver gráfico 14). Finalmente en cuanto al nivel académico, se observa que en los alumnos de tercero y cuarto año, los puntajes en promedio obtenidos son superiores a la media (ver gráfico 15).

En cuanto a la subescala “Fantasía”, se ha encontrado que el 76,66% de los evaluados, obtuvieron puntajes dentro de la media y un 20% obtuvo puntuaciones superiores a la misma. Solo el 3,33% obtuvo puntuaciones bajas en esta dimensión (ver gráfico 8). Teniendo en cuenta que esta dimensión se refiere a la capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias, es alentador que la gran mayoría de los resultados se encuentren en la media o por encima de la misma. Siguiendo esta línea y tomando en cuenta lo expresado por la terapia humanística Rogeriana, en donde se habla de la importancia de la empatía cognitiva, que consiste en percibir el mundo desde el punto de vista del cliente (Gladstein, 1983), esta habilidad expresada a través de esta dimensión sería de suma importancia para el futuro profesional. En cuanto a la dimensión “Fantasía” y su relación con el género, se puede observar que si bien tanto hombres como mujeres obtuvieron puntajes dentro de la media, los hombres se encuentran levemente por encima del puntaje obtenido por las mujeres (ver gráfico 9). Este resultado es contrario expresado en una investigación anterior realizada por Navarro Saldaña et al. (2016) y en otra llevada a cabo por Pérez-Albéniz et al. (2003), en ambos estudios se obtuvo como resultado que en la dimensión “Fantasía” las mujeres tenían puntuaciones

mayores en relación a los hombres. Finalmente, en cuanto a la dimensión “Fantasía” en relación con la edad y el nivel académico, no se encontraron diferencias ni resultados significativos, ubicándose todas las repuestas dentro de la media (ver gráfico 10 y 11).

Evaluando los resultados obtenidos en la dimensión “Malestar personal”, se puede observar que el 60% de la muestra obtuvo puntuaciones dentro de la media, el 33,33% obtuvo puntuaciones bajas y el 6,66% restante obtuvo puntuaciones altas (ver gráfico 16). Teniendo en cuenta que esta dimensión evalúa los sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al vivenciar experiencias negativas de los demás, es positivo que la mayoría de la muestra haya obtenido puntuaciones de la media hacia abajo. Niveles elevados de “Malestar personal”, favorecerían a sufrir lo que se denomina *desgaste por empatía* (Cazabat, 2009). Además, la angustia personal, no es un componente necesario de la empatía sino la expresión de una sobreimplicación emocional (Fernández-Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008). De forma contraria los terapeutas, al estar expuestos a material estresante que los pacientes traen a la consulta psicológica (Cazabat, 2002), son más vulnerables a sufrir lo que se denomina *desgaste por empatía* (Cazabat, 2009), que se refiere al sentimiento de intensa empatía y pena hacia aquella persona que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de calmar el dolor o resolver el problema de la persona que sufre (Figley, 1995). En cuanto a la relación entre esta subescala y el género, se puede observar que si bien tanto hombres como mujeres obtuvieron puntajes dentro de la media, los hombres puntuaron un poco más alto que las mujeres (ver gráfico 17). Este resultado contradice lo hallado por Navarro Saldaña et al. (2016) en una investigación, quienes encontraron que las mujeres del área Físico-Matemática obtuvieron mayores puntajes en la dimensión malestar personal en relación a las mujeres de otras áreas disciplinares y a los hombres.

La relación de la dimensión “Malestar personal” con la edad no arroja diferencias ni resultados significativos, ya que los tres rangos obtuvieron puntajes dentro de la media (ver gráfico 18). Finalmente, si bien los alumnos de tercero y cuarto año obtuvieron resultados dentro de la media para esta dimensión, se puede observar una leve superioridad de los alumnos de tercero en relación a los de cuarto (ver gráfico 19). Esto podría deberse a que en cuarto año, los alumnos de la Universidad de Flores ya se encuentran finalizando las horas de prácticas pre-profesionales, por lo cual, la confrontación con la experiencia de las prácticas, y las supervisiones que acompañan las mismas, podrían favorecer en la disminución de la sobreimplicación emocional.

De acuerdo al análisis de las dimensiones que componen la escala de medida de la empatía, se puede concluir que los estudiantes de psicología de la Universidad de Flores que participaron del presente estudio poseen elevados puntajes de las diferentes dimensiones que componen la empatía en promedio. Así mismo, la dimensión de “Malestar personal” arroja puntajes que se ubican dentro de la media para abajo. Es alentador observar que la empatía se encuentra desarrollada de forma adecuada en los futuros licenciados en psicología y que la sobreimplicación emocional no se encuentra presente en la mayoría de los participantes.

Se mencionará que el presente trabajo posee limitaciones en cuanto la cantidad de hombres y mujeres que participaron de la muestra, así como de los diferentes años académicos. La cantidad de personas que representó cada uno de los sexos y los niveles académicos no fueron equitativas y si bien los resultados se obtuvieron realizando un promedio, es decir que fue representativa en cuanto a la cantidad de participantes, sería interesante realizar el estudio con una cantidad similar de personas que representen los diferentes sexos y rangos de año de cursada.

Finalmente, el valor de este trabajo radica en poder plantear un antecedente teórico para futuras investigaciones de la variable en poblaciones similares, ampliando la muestra para poder arribar a resultados más enriquecedores y que corroboren o contradigan las conclusiones obtenidas. Investigar sobre la temática planteada, ampliando el área de aplicación, incluyendo más participantes y trasladándolo a diferentes Universidades tanto públicas como privadas, resultaría enriquecedor para el avance científico y la posible identificación de circunstancias que faciliten el aumento de los niveles de empatía para poder incluirlos en los programas académicos de la carrera.

Referencias bibliográficas

Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista argentina de clínica psicológica*, 24 (1), 43-56.

Arán Filippetti, V., López, M. B., y Richaud, M. C. (2012). Aproximación neuropsicológica al constructo de empatía: aspectos cognitivos y neuroanatómicos. *Cuadernos de neuropsicología / Panamerican journal of neuropsychology*, 6 (1), 63-83.

Arango Tobón, O. E., Montoya Zuluaga, P. A., Puerta Lopera, I. C., y Sánchez Duque, J. W. (2014). Teoría de la mente y empatía como predictores de conductas disociales en la adolescencia. *Escritos de psicología*, 7 (1), 20-30.

Consenza Rodrigues, M., Benvenuto Peron, N., Medeiros Cornélio, M., y Rezende Franco, G. (2014). Implementação e avaliação de um Programa de Desenvolvimento da Empatia em estudantes de Psicologia. *Estudos e Pesquisas em psicologia*, 14 (3), 914-932.

Corbella, S., Balmaña, N., Fernández Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L., y García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 18 (2), 125-133.

Dávila Pontón, Y., Neira Molina, V. A., Aguilera Muñoz, J., Martínez Reyes, F. C., Velez Calvo, X., y Díaz Narváez, V. P. (2017). La empatía y los estudiantes de medicina en la Universidad de Azuay, Ecuador. *Salud Uninorte*, 33 (1), 39-47.

Fernández Pinto, I., López Pérez, B., y Márquez, M. (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24 (2), 284-298.

Garaigordobil, M., y García de Gladeano, P. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, 18 (2), 180-186.

Gorostiaga, A., Balluerka, N., y Soroa G. (2014). Evaluación de la empatía en el ámbito educativo y su relación con la inteligencia emocional. *Revista de educación*, 364, 12-38.

Gustems Carnicer, J., y Calderón, C. (2014). Empatía y estrategias de afrontamiento como predictores del bienestar en estudiantes universitarios españoles. *Electronic journal of research in educational psychology*, 12 (32), 129-146.

Iacovella, J. D., Díaz Lázaro, C. M., y Richard's, M. M. (2015). Relación entre la empatía y los cinco grandes factores de personalidad en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 7 (2), 14-21.

Mateu, C., Campillo, C., González, R., y Gómez, O. (2010). La empatía psicoterapéutica y su evaluación: una revisión. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15 (1), 1-18.

Mejía, M. A., Poveda, J. M., Paoli, M., y Díaz, V. A. (2013). Comportamiento empático en los estudiantes de las ciencias de la salud. Universidad de Los Andes. *Fermentum*, 23 (67), 203-220.

Mestre Escrivá, V., Frías Navarro, M. D., y Samper García, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16 (2), 255-260.

Navarro Saldaña, G., Maluenda Albornoz, J., y Varas Conteras, M. (2016). Diferencias en empatía según sexo y área disciplinar en estudiantes universitarios chilenos de la provincia de Concepción, Chile. *Educación*, 25 (49), 63-82.

Sampieri Hernández, R., (1991), *Metodología de la Investigación*, México: McGrawHill.

Shand Kalgges, B. (2014). Neuronas espejo y simpatía en Adam Smith: comparación de dos perspectivas sobre la empatía, frente al reduccionismo científico. *Revista colombiana de filosofía de la ciencia*, 14 (29), 95-112.

Silva Urday, H., Rivera Ugalde, I., Zamorano Arancibia, A., y Díaz Narváez, V. P. (2013). Evaluación de los niveles de orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad de Finis Terrae de Santiago, Chile. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 6 (3), 130-133.

Winkler, M., Cáceres, P., Fernández, F., y Sanhueza, R. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista terapia psicológica*, 8 (11), 34-40.

Anexo

A continuación se incluye el Índice de Reactividad Interpersonal, la escala de autoinforme que fue administrada a los estudiantes de psicología de la Universidad de Flores y de donde se obtuvieron los datos para plantear los resultados que permitieron arribar a las discusiones y conclusiones expuestas en el correspondiente capítulo.