



Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Licenciatura en Psicología

*“Niveles de Empatía en estudiantes de Psicología de
ciclo inicial y superior”*

Tesista: Magalí Belli

Legajo: 49162

Sede: Centro

Fecha de entrega: octubre, 2019

Defensa: diciembre, 2019

Director: Lic. Maximiliano Preuss

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos los honorables docentes que en el transcurso de toda mi formación han ofrecido con tanta dedicación y pasión no sólo los contenidos académicos pertinentes a la carrera, sino también sus experiencias profesionales que nutrieron mi educación, como así también brindándome siempre espacios de aprendizaje desde un clima cercano y cordial.

Quiero mencionar con gran énfasis mi afecto y agradecimiento, no sólo como excelente docente y profesional, sino también como tutor de la presente tesina al Licenciado Maximiliano Preuss, que me ha dedicado su tiempo y conocimientos para acompañarme en este camino final de mi carrera, quien ha sabido reconocer y potenciar mis recursos para dar lo mejor de mí y que este trabajo de investigación sea exitoso.

Manifiesto mi enorme gratitud a toda mi familia que sin su apoyo y confianza no habría podido realizar esta carrera. A ellos que día y noche estuvieron en todo este largo proceso que ha tenido, como en todas las circunstancias de la vida, altos y bajos, pero me sostuvieron e impulsaron a seguir en los momentos de fragilidad mostrándome el objetivo que dirigió este camino que era convertirme en una profesional.

A todos ellos, ¡muchas gracias!

RESUMEN

El objetivo de este trabajo de investigación fue conocer cuáles son los niveles de empatía de estudiantes de psicología pertenecientes al ciclo inicial y superior de la carrera y también identificar las variaciones en este constructo según diferentes variables sociodemográficas.

Existe un consenso general en considerar la empatía como un factor de gran relevancia en el abanico de competencias con las que sería conveniente que un psicólogo contara, ya que es un elemento clave para llevar adelante un proceso terapéutico efectivo. La variable en cuestión se abordó a partir de un enfoque multidimensional el cual la concibe desde sus componentes cognitivos y afectivos y desde una perspectiva integradora en donde entiende a los mecanismos empáticos desde la coexistencia entre los aspectos situacionales y disposicionales. La empatía no implica sólo comprender los estados mentales de las personas, sus pensamientos y sentimientos, sino también experimentar una reacción afectiva acorde al estado mental representado del otro.

La muestra estuvo conformada por 200 estudiantes de psicología de ambos sexos, pertenecientes a la Universidad Abierta Interamericana. Para la medición del fenómeno estudiado se administró la escala “The Interpersonal Reactivity Index” [IRI] de Davis (1980) en su versión en español (Mestre, Frías & Samper, 2004).

Si bien no se hallaron diferencias en los niveles de empatía de acuerdo al ciclo de cursada, sí se encontraron puntuaciones significativas al evaluar el Componente Emocional de la Empatía en función del sexo de los participantes, presentando las mujeres valores más elevados en dicho componente, aunque esto no ocurrió en el Componente Cognitivo. Finalmente, ha de mencionarse que también se encontró una relación significativa entre la edad del encuestado y el Componente Emocional y Cognitivo de la Empatía, siendo que a menor edad resultaron mayores los niveles de empatía.

Palabras Clave: Niveles de empatía – Estudiantes de Psicología –

ABSTRACT

The objective of this research work was to know what were the levels of empathy in psychology students to the initial and higher cycles and then to identify the variations in this construct according different sociodemographic variables.

There is a general consensus in considering empathy as a factor of great relevance in the range of competences with which it would be convenient for a psychologist to count, since it is a key element to carry forward in an effective therapeutic process. The variable in question was approached from a multidimensional approach, which conceives it from its cognitive and affective components and from an integrating perspective where it understands the empathic mechanisms from the coexistence between the situational and dispositional aspects. Empathy does not only involve understanding the mental states of people, their thoughts and feelings, but also experiencing an affective reaction according to the mental state represented by the other.

The sample was conformed by 200 psychology students of both sexes, belonging to the Open American University. For the measurement of the phenomenon studied, the scale "The Interpersonal Reactivity Index" [IRI] of Davis (1980) was administered in its Spanish version (Mestre, Frias & Samper, 2004).

Although no differences were found in levels of empathy according to the course of study, significant scores were found in the evaluation of the Emotional Component of Empathy according to the sex of participants, presenting women higher scores in that component, but not in the Cognitive Component. Finally is important to mention that it was found a significant relation between the age of the participant and the Emotional and Cognitive Component of Empathy, being that at younger age greater empathy.

Keywords: Levels of empathy - Psychology students - Initial cycle - Higher cycle

INDICE GENERAL

Agradecimientos	2
Resumen	3
Abstract	4
Índice general	5
Índice de gráficos	5
Índice de tablas	7
Capítulo I	8
1. Planteamiento del problema.....	9
1.1. Introducción.....	9
1.2. Antecedentes empíricos.....	11
1.3. Preguntas de investigación.....	18
1.4. Relevancia.....	18
1.5. Objetivos.....	19
1.5.1. Objetivo general.....	19
1.5.2. Objetivos específicos.....	19
1.6. Hipótesis.....	19
Capítulo II	20
2. Marco teórico.....	21
2.1. Evolución conceptual de la empatía y sus diferentes enfoques.....	21
2.2. Empatía: ¿Desarrollo cultural o capacidad innata?.....	31
2.3. Empatía desde la perspectiva del género.....	33
2.4. Empatía según la edad.....	37
2.5. Empatía en el ámbito de la formación clínica.....	39
2.6. Empatía en el ámbito de la formación educativa.....	47
Capítulo III	52
3. Metodología.....	53
3.1. Diseño.....	53
3.2. Participantes.....	53
3.2.1. Criterios de inclusión.....	53

3.2.2. Criterios de exclusión.....	53
3.3. Instrumento.....	53
3.4. Procedimiento.....	55
Capítulo IV.....	56
4. Resultados.....	57
4.1. Caracterización de la muestra.....	57
4.2. Prueba de normalidad.....	58
4.3. Análisis de las diferencias entre grupos.....	59
4.3.1. En función del ciclo de cursada (Componentes).....	59
4.3.2. En función del ciclo de cursada (Sub-escalas).....	60
4.3.3. En función del sexo (Componentes).....	61
4.3.4. En función del sexo (Sub-escalas).....	61
4.3.5. En función de las carreras previas (Componentes).....	62
4.3.6. En función de las carreras previas (Sub-escalas).....	63
4.3.7. En función de la edad (Componentes).....	64
4.3.8. En función de la edad (Sub-escalas).....	64
Capítulo V.....	65
5. Conclusiones y discusión.....	66
Capítulo VI.....	76
6. Referencias bibliográficas.....	77
Capítulo VII.....	85
7. Anexos.....	86

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la muestra según el ciclo de cursada.....	57
Gráfico 2. Distribución de la muestra según sexo.....	57
Gráfico 3. Distribución de la muestra según carreras previa.....	58

INDICE DE TABLAS

Tabla I. Prueba de Normalidad.....	58
Tabla II. Niveles de Empatía según el ciclo de cursada.....	59
Tabla III. Sub-escala Fantasía según el ciclo de cursada del encuestado.....	60
Tabla IV. Sub-escalas según el ciclo de cursada del encuestado.....	60
Tabla V. Comp. Emocional y Cognitivo según el sexo del encuestado.....	61
Tabla VI. Sub-escala Fantasía según el sexo del encuestado.....	61
Tabla VII. Sub-escalas según el sexo del encuestado.....	62
Tabla VIII. Comp. Emocionales y Cognitivos según carreras previas.....	62
Tabla IX. Sub-escala fantasía según la carrera previa del encuestado.....	63
Tabla X. Sub-escalas según la carrera previa del encuestado.....	63
Tabla XI. Comp. Cognitivo y Emocional según la edad del encuestado.....	64
Tabla XII. Sub-escalas según la carrera previa del encuestado.....	64

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. Introducción.

La empatía ha sido y continúa siendo un constructo psicológico muy estudiado por múltiples autores a lo largo de la historia. Esta cualidad evidencia cierta dificultad a la hora de delimitarla, ya que existe una amplia variedad de definiciones terminológicas, como así también enfoques desde donde abordarla.

Chlopan, McCain, Carbonell y Hagen (1985) señalan que uno de los principales motivos de desacuerdo en las definiciones de la empatía reside en la discusión de si consiste en “ponerse mentalmente en el lugar del otro” o, por el contrario, si hace referencia a “sentir la emoción de forma vicaria”. Este debate da lugar a visiones integradoras como la de Davis (1980), quien propone una comprensión más abarcativa de la que se tenía hasta entonces acerca de la empatía, adoptando concepciones más amplias de la misma como ser su aspecto cognitivo y afectivo (Fernández-Pinto, López-Pérez & Márquez, 2008).

El análisis de la empatía en estudiantes de psicología resulta de vital importancia dado que, entre otras cosas, tiene una implicancia directa en la futura relación terapeuta – paciente al momento de llevar adelante un proceso terapéutico efectivo y es un indicador de peso en la adherencia al tratamiento. Lo cierto es que, entre tanta diversidad, coexiste el consenso de que la empatía, a veces referida con otras terminologías, es uno de los componentes esenciales para establecer una buena alianza terapéutica que le otorga el tono-calidad emocional a la relación entre paciente y terapeuta (Bordin, 1979).

Los párrafos anteriores podrían quizás dar la idea sesgada de que esta variable sólo tiene especial significación en el ámbito clínico, pero no resulta así ya que es un constructo que atraviesa los distintos campos de inserción profesional del psicólogo. Al respecto, puede mencionarse el trabajo de Acinas (2012), quien teoriza sobre el “desgaste por empatía en el ámbito laboral”, enmarcándolo como el “coste de cuidar” de otros que padecen sufrimiento emocional. Este desgaste se asocia al estrés postraumático sufrido por

terapeutas, o cualquier otro profesional o trabajador involucrado en el manejo de situaciones altamente estresantes y/o traumatizantes.

Según Figley (2002), la capacidad de compasión y empatía se encuentran en el centro mismo de la capacidad para realizar el trabajo con personas que sufren y, al mismo tiempo, en la capacidad para ser afectados por dicho trabajo.

El desgaste por empatía es la consecuencia natural, tratable y predecible de trabajar con personas que sufren; es el residuo emocional resultante de la exposición al contacto con aquellos que padecen las consecuencias de eventos traumáticos. Los profesionales que trabajan con personas que sufren deben combatir no sólo el estrés o la insatisfacción normal por el trabajo, sino también los sentimientos y emociones personales que les produce su labor con el padecimiento del otro (Acinas, 2012).

En lo que respecta al ámbito educativo, Palou (2008), plantea que el desarrollo emocional debería ser la guía de la educación, ya que posibilita llevar adelante relaciones sociales adecuadas. De este modo, resulta fundamental pensar en un sistema que permita la educación de personas emocionalmente competentes.

Por consiguiente, es de crucial relevancia incluir el desarrollo emocional en los programas escolares debido a la relación que se genera entre el rendimiento académico y la inteligencia emocional. Sin embargo, no se trata únicamente del éxito académico, sino especialmente del fortalecimiento de la interioridad de los individuos, la cual incide de manera directa en las relaciones interpersonales y por ende en su consolidación como ser humano. De esta manera, el desarrollo de habilidades emocionales posibilita un alto nivel de bienestar subjetivo y un adecuado sentido de la existencia (Bonilla & Torres, 2013).

Ekman (2008), sostiene que los sistemas educativos tienen la responsabilidad de incentivar procesos de educación social y emocional para niños, adolescentes y adultos, dando así, la atención necesaria a la naturaleza de la mente, como así también deben asumir el compromiso por enseñar el reconocimiento y manejo de las emociones, explicitando, además, los problemas que conlleva reprimirlas.

Por otra parte, Greenberg (2003), plantea que la principal deficiencia de los sistemas educativos radica en el escaso conocimiento que los educadores tienen sobre el desarrollo emocional y social, debido a que durante el proceso de formación el aprendizaje se centra en la educación, la pedagogía, el desarrollo curricular, dejando de lado el estudio conceptual y empírico de las emociones. Cabe destacar que el cambio debe comenzar por el desarrollo y fortalecimiento de estas competencias en los profesorados, pero del mismo modo, se requiere de un acompañamiento institucional.

En función de lo previamente descrito, teniendo en cuenta que el factor de la empatía es fundamental para los profesionales de la psicología, en sus diferentes ámbitos de aplicación, este trabajo de investigación tiene como objetivo realizar una breve revisión acerca de algunas definiciones y aproximaciones teóricas de la empatía y partiendo de allí, determinar los niveles presentes en los estudiantes de psicología de ciclo inicial y superior con el fin de dilucidar si existen diferencias en los mismos según el ciclo de carrera, pudiendo inferir de esta manera la construcción y consolidación de este constructo a través de la formación y el devenir académico.

1.2. Antecedentes empíricos

La empatía es un constructo de gran relevancia que a los profesionales de la salud le genera un gran interés a la hora de investigar.

En este sentido, Lawton, Kleban, Rajagopal, y Dean (1992), realizaron un trabajo de investigación de tipo comparativo en donde el objetivo se centraba en la experiencia afectiva en jóvenes, adultos de mediana edad y personas mayores en Estados Unidos. Las dimensiones analizadas fueron: Intensidad Afectiva, Moderación del Afecto Positivo, Búsqueda de Sensaciones, Control Cognitivo, Madurez Emocional, Simulación Afectiva, Variabilidad Afectiva, Duración y Velocidad del Afecto. Los hallazgos mostraron diferencias significativas por grupo de edad, concluyendo que los adultos mayores presentaban altos niveles de Regulación Emocional, en comparación a los de los otros grupos etarios.

Estos mismos autores, replicaron el estudio en España en el mismo año. Allí se estudió la experiencia y regulación emocional en tres grupos de edad, de

20 a 33, 40 a 59 y 60 a 84 años. Los resultados obtenidos reflejaron un mayor control y moderación emocional en los adultos mayores que en los jóvenes y sujetos de mediana edad, quienes además informaron una mayor madurez emocional con respecto a las personas más jóvenes (Lawton, Kleban, Rajagopal, & Dean, 1992).

Mestre, Frías y Tur (1997), utilizando una muestra de varones y mujeres españoles con edades comprendidas entre 13 y 24 años y usando como instrumento de medición la Escala IRI de Davis, hallaron una interacción sexo-edad significativa en Preocupación Empática. Así, las mujeres alcanzaban puntuaciones más altas que los varones en este factor de la empatía, pero la edad modulaba dichas variaciones. La comparación de las diferencias entre varones y mujeres en los rangos etarios establecidos, mostraba un incremento del afecto empático en las mujeres adolescentes desde los 13 a los 19 años, hallándose puntuaciones significativamente superiores en el grupo de adolescentes de 18-19 años respecto al grupo de 16-17 y este último con respecto al de 13-15 años. No obstante, luego de los 19 años, las puntuaciones se mantenían y las diferencias no eran significativas. Respecto a los varones no se observaba ese crecimiento progresivo y gradual que aparecía en el sexo femenino. Se encontró, además, un efecto principal significativo del sexo en Fantasía, de forma tal que las mujeres puntuaban más alto que los varones en esta dimensión de la Empatía. En Toma de Perspectiva y Malestar Personal no aparecieron diferencias significativas en función del sexo.

Una investigación realizada posteriormente en la Universidad de Valencia por Pastor (2004), se propuso analizar de manera teórica y empírica la influencia de las variables género y edad sobre la empatía, considerada desde una perspectiva multidimensional y evaluada mediante el Índice de Reactividad Interpersonal, de Davis. Para ello se trabajó con una muestra de 556 adolescentes y jóvenes. Los resultados indicaron que las mujeres puntúan significativamente más elevado que los varones en Fantasía, Preocupación Empática y Malestar Personal. Además, con la edad aumentan progresivamente las puntuaciones en Toma de Perspectiva, Fantasía y Preocupación Empática.

Otro estudio, también realizado por Pastor (2004), se planteó evaluar los cambios en la empatía en función de la edad de los sujetos a través del periodo

que incluye la adolescencia y los primeros años de la edad adulta. Concretamente, se propuso indagar las relaciones de las variables género y edad con la empatía en población española. La hipótesis más contundente que planteaba el estudio sostenía que la edad constituye una variable moduladora en la empatía durante la adolescencia y temprana edad adulta y, en consecuencia, esperaban concretamente que con la edad aumenten significativamente las puntuaciones en las dimensiones Toma de Perspectiva, Fantasía y Preocupación Empática y disminuyan significativamente en la dimensión Malestar Personal. Para esto, se administró el Índice de Reactividad Interpersonal de Empatía [IRI]. Los resultados arrojaron que la edad de los sujetos tiene un efecto significativo sobre las subescalas Toma de perspectiva, Fantasía y Preocupación Empática. En general se observó que a medida que incrementa la edad de los adolescentes y jóvenes aumentan progresivamente las puntuaciones en estas dimensiones de la empatía. En la subescala Malestar Personal la edad no produce efecto significativo alguno.

En la escuela de Medicina Universitaria, Chen, Lew, Hershman y Orlander (2007), consideraron que la empatía es muy importante en la relación médico-paciente, afirmando que algunos estudios sugieren que la empatía del profesional puede declinar con el entrenamiento clínico. Por ello se plantearon como objetivo medir y examinar dicha variable en estudiantes a través de los años de formación médica. Realizaron un estudio transversal encuestando 658 estudiantes entrantes y al final del año académico. Utilizaron la Escala de Jefferson, versión para estudiantes [EEMJ] considerando la edad y el sexo. Como resultado, obtuvieron que en los estudiantes de los primeros años el puntaje fue mayor que en los más avanzados, por lo que sugieren realizar esfuerzos para determinar si las diferencias en las puntuaciones correspondían a los cambios que ocurren en el curso de la educación médica o a otros factores. Indican la necesidad de realizar investigaciones para ratificar si en la formación clínica hay efectos negativos para la empatía y, en caso afirmativo, si se pueden diseñar intervenciones para mitigar el impacto.

Dos años después, Rojas, Castañeda y Parraguez (2009), realizaron un estudio de corte transversal entre los meses de marzo y noviembre en Santiago de Chile, donde se planteó como objetivo principal conocer la orientación empática de los alumnos de la carrera de kinesiología de dos escuelas de la

región metropolitana. Participaron 274 alumnos de un universo de 351 correspondientes a los niveles I, III y V de la carrera, donde se aplicó la escala de Empatía Médica de Jefferson [EEMJ]. Se obtuvieron mayores puntuaciones en el tercer y quinto nivel de la carrera con relación al primero, mientras que, en función al sexo, no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones.

La evolución de la empatía a partir de la adolescencia ha recibido menor atención que en etapas más tempranas. López-Pérez y Fernández-Pinto (2010), en Madrid, realizaron un estudio con el fin de abordar esta cuestión entendiendo la empatía como un constructo multidimensional. Se aplicaron dos cuestionarios de Empatía, el Índice de Reactividad Interpersonal [IRI] y el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva [TECA], a 280 personas asignadas a distintos grupos según su edad: adolescencia (16-19 años), adultez temprana (20-30 años), adultez media (31-40 años), adultez tardía (41-59 años) y tercera edad (60-66 años). Posteriormente se realizaron comparaciones entre las respuestas de cada grupo de edad en los distintos aspectos de la empatía de ambos test. Los resultados mostraron que los componentes afectivos de la empatía no se veían afectados por la edad, pero sí los componentes cognitivos, cuyos niveles resultaron menores en los grupos de mayor edad que en aquellos más jóvenes.

El trabajo de Grün, Diehl, Rebusch, Lumley y Labouvie-Vief, (2008), realizado en Washington, es el único que se centró de forma concreta en el desarrollo de la empatía a lo largo de las diferentes etapas de la vida. En este sentido, analizó la evolución de la empatía mediante un estudio longitudinal y un estudio transversal. Los resultados del estudio longitudinal mostraron un mantenimiento de los diferentes componentes de la empatía con la edad, mientras que en el estudio transversal se encontraron menores niveles en los componentes de empatía a medida que aumentaba la edad de los participantes, lo cual concuerda con los resultados de la investigación previamente referida.

En Alemania, se realizó una investigación con el propósito de revisar sistemáticamente la literatura para investigar los cambios en la empatía en la práctica clínica y las razones de esos cambios durante la escuela de medicina y residencia. Hicieron una búsqueda sistemática de estudios sobre la empatía en los alumnos, publicada en el lapso comprendido entre enero de 1990 y

enero de 2010, utilizando métodos manuales y las bases de datos “PubMed”, “EMBASE” y “PsycINFO”. Todos se examinaron de forma independiente y seleccionaron los estudios cuantitativos y cualitativos para la inclusión. Los estudios mostraron disminución de la empatía durante la residencia, apuntando que en la práctica clínica durante la formación académica puede haber factores como la angustia producida por aspectos ocultos de manera formal e informal que contribuyen en disminuir la empatía, entre ellos los compromisos de la residencia que exigen esfuerzos hacia el profesionalismo, los cuales pueden amenazar la calidad del cuidado de la salud (Neumann, et al., 2011).

Kuo, Cheng, Chen, Liyneh y Tsai (2011), en un hospital del sur de Taiwán, realizaron una investigación con el objetivo de examinar la empatía de las enfermeras. Fue un estudio correlacional y transversal. Aplicaron la “Escala de Empatía de Jefferson”, en donde participaron 660 enfermeras, algunas de las cuales recibieron una capacitación específica sobre empatía. Estas últimas, demostraron significativamente puntajes más altos en dicha variable. Por este motivo, los autores concluyeron que dichos hallazgos podrían ayudar a los administradores del hospital a comprender mejor el nivel de empatía de las enfermeras, y servir como referencia en el diseño de la adecuada capacitación en servicio para mejorar la empatía entre sus profesionales.

En Chile, se llevó a cabo un estudio con el objetivo de evaluar el nivel de orientación empática en los alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae. Fue una investigación no experimental, descriptiva y transversal, donde participaron 136 alumnos correspondientes a los niveles 3º, 4º y 5º año, a quienes se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson [EEMJ]. Como resultados reportan que los puntajes obtenidos de empatía son mayores en los niveles más avanzados de la carrera y se presentan diferencias significativas entre el tercer y el cuarto año de la misma. Las mujeres presentan puntuaciones más altas que los hombres en los distintos niveles estudiados. Se aprecia una tendencia mayor de los hombres a aumentar sus puntajes a medida que avanzan en la carrera. En las mujeres, dicho comportamiento es menos notorio. Concluyen que los estudiantes de odontología de los niveles 3º, 4º y 5º presentan un alto nivel de orientación empática (Rivera, Arratia, Zamorano & Díaz, 2011).

En la Universidad Central de Lancashire, en Estados Unidos, se hizo un

estudio con la finalidad de comparar las puntuaciones de la empatía entre los estudiantes de profesiones de la salud (farmacia y enfermería) y estudiantes de profesiones no sanitarias (derecho). Se aplicó la “Escala de Empatía Jefferson” a 282 estudiantes de primer y tercer año. Se encontró que los estudiantes de enfermería y farmacia tenían niveles de empatía significativamente más altos que los estudiantes de derecho. Los estudiantes de tercer año de farmacia puntuaron más alto en la empatía que los de primer año, mientras que lo contrario ocurrió en enfermería. No hubo diferencia significativa en la empatía entre el primer y tercer año en los estudiantes de derecho. A través de los años de estudio, la empatía entre los estudiantes de farmacia aumentó, pero disminuyó en los estudiantes de enfermería y siguió siendo la misma entre los estudiantes de derecho. Las mujeres puntuaron más alto en empatía que los hombres, concluyendo que los valores de empatía varían en función de la disciplina académica investigada (Wilson, Prescott & Beckett, 2012).

Continuando las investigaciones realizadas al respecto de la empatía en estudiantes universitarios, Carrasco, Bustos y Díaz (2012) se propusieron evaluar la orientación empática en alumnos de odontología chilenos. La muestra estuvo compuesta por 341 sujetos correspondientes a los niveles 1º, 2º, 3º, 4º y 5º de la Facultad de Odontología de la Universidad de Concepción, a quienes se les administró la Escala de Empatía Médica de Jefferson [EEMJ]. Los puntajes obtenidos resultaron significativamente mayores en tercer año que en segundo año de la carrera. Las mujeres presentaron puntuaciones más altas que los hombres en los distintos niveles estudiados. Esta diferencia se acentuó mucho más en quinto año.

En la ciudad de Medellín, se llevó a cabo una investigación con el fin de determinar la relación entre la formación académica y la empatía, como así también los valores y los comportamientos socialmente responsables de estudiantes de primero, quinto y décimo semestre de varios programas académicos de la Fundación Universitaria de Luis Amigó. Los instrumentos con los que se recolectó la información fueron el Cuestionario de Auto-atribución de Comportamientos Socialmente Responsables, el de Valores de Schwartz, el Índice de Reactividad Interpersonal de Empatía y el Test de “metida de patas”.

Los resultados obtenidos indicaron que, a mayor tiempo de formación en el interior de la universidad, mayores intenciones manifiestan los estudiantes de

desarrollar comportamientos socialmente responsables. En comparación con los semestres iniciales (primero a quinto), es en el último nivel (décimo semestre) donde aparecen tendencias mayores de comportamientos socialmente responsables vinculados principalmente con la ayuda social. De esta manera, concluyen que la formación académica proporciona cierto desarrollo y consolidación de procesos emocionales y cognitivos modulados por un adecuado desarrollo de sus mecanismos empáticos (Arango, Clavijo, Lopera & Sánchez, 2014).

Díaz et al. (2014) estudiaron la orientación empática y el comportamiento de la empatía en los estudiantes de enfermería de la Universidad Mayor, sede Temuco, Chile. Se utilizó la Escala de Empatía Médica de Jefferson. Los resultados que obtuvieron les permitieron determinar que existían diferencias en la orientación empática entre los cursos, pero no en el género. De esta manera, concluyeron que los estudiantes de enfermería se caracterizaban por tener niveles de empatía relativamente altos, los cuales no difieren entre los géneros y existe una tendencia a su aumento a medida que los cursos avanzan.

Saldaña, Albornoz y Contrera (2016), realizaron una investigación en Chile con el objetivo de explorar diferencias por sexo y área disciplinar en empatía, medidas a través del Interpersonal Reactivity Index desarrollado por Davis. Se realizó un estudio descriptivo-transversal con la participación de 680 estudiantes universitarios, distribuidos en 351 mujeres y 329 hombres, pertenecientes a las áreas de física y matemáticas, social y humanista, química y biológica. Los resultados mostraron diferencias en lo atinente al género de los participantes, específicamente en tres dimensiones del inventario, siendo superiores los puntajes obtenidos en éstas en las mujeres. No se observaron diferencias, en cambio, en cuanto al área disciplinar del estudiantado.

En lo que respecta a estudios realizados en nuestro país, existe un número significativamente menor de investigaciones abocadas al análisis de dicho constructo. No obstante, resulta menester señalar el trabajo realizado por Falconi et al. (2010), quienes llevaron a cabo un estudio descriptivo, de corte transversal acerca de los grados de empatía en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur con el objetivo de determinar sus niveles a través de los diferentes años de la carrera de medicina y

correlacionarla con el género, el promedio académico y la nota final del curso. Al igual que en otros estudios ya mencionados, se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson. Los puntajes de empatía fueron más altos en los estudiantes del primer año de la carrera. Las mujeres presentaron mayores niveles de empatía que los hombres y no se halló una relación significativa entre empatía y el promedio general de la carrera, ni con la nota final del curso.

Para finalizar, cabe referir una investigación ex post facto realizada por Cabanillas, García, Morán y Olaz (2014), quienes se propusieron determinar las diferencias de género en las habilidades sociales en estudiantes universitarios de la ciudad de Córdoba (Argentina). Para ello, se administró el Cuestionario de Habilidades Sociales para Universitarios a una muestra de 1067 estudiantes universitarios de ambos sexos, de entre 18 y 25 años de edad, distribuidos en 56 carreras de cinco universidades públicas y privadas de la ciudad de Córdoba. Los resultados obtenidos arrojaron puntuaciones significativamente más elevadas en hombres en habilidades para el abordaje afectivo sexual, mientras que las mujeres, en habilidades conversacionales, habilidades de oposición asertiva y en habilidades empáticas.

1.3. Preguntas de investigación.

- ¿Cómo es el nivel de empatía en los estudiantes de psicología del ciclo inicial en contraste con los de ciclo superior?
- ¿Cómo son las diferencias, en caso de existir, en las valoraciones de este constructo según las variables sociodemográficas contempladas en esta investigación (edad, sexo, carreras previas)?

1.4. Relevancia.

Este trabajo pretende contribuir al estado del arte, ya que si bien en la actualidad existen investigaciones que analizan la empatía en estudiantes de psicología, estos estudios se focalizaron en establecer comparaciones principalmente por sexo y edad y sólo unos pocos toman en consideración el año académico del alumno en lo que a estudios en Argentina se refiere. La importancia del análisis de este constructo adquiere un valor fundamental en la

formación de los psicólogos como profesionales ya que en su futura inserción laboral se espera que cuenten con esta capacidad en el ejercicio de sus funciones. Asimismo, este trabajo de investigación puede ser el punto de partida para futuros estudios que indaguen sobre el nivel de empatía de los psicólogos en su ejercicio profesional en contrapunto con los resultados aquí hallados.

1.5. Objetivos.

1.5.1. Objetivo general

- Comparar los niveles de empatía de los estudiantes de psicología de ciclo inicial y superior.

1.5.2. Objetivos específicos

- Describir los niveles de empatía de los estudiantes de psicología de ciclo inicial.
- Describir los niveles de empatía de los estudiantes de psicología de ciclo superior.
- Caracterizar el constructo estudiado según variables sociodemográficas tales como edad, sexo y carreras previas realizadas por los participantes.

1.6. Hipótesis.

- Los estudiantes de psicología del ciclo superior presentan mayores niveles de empatía que los del ciclo inicial.
- A mayor edad del sujeto, mayor será su nivel de empatía.
- Las mujeres presentan mayores niveles de empatía que los hombres.
- Los estudiantes con carreras previas del área de Ciencias Sociales y Humanidades se espera que obtengan puntuaciones más elevadas en el constructo en cuestión con respecto a los de otras áreas o quienes no tengan carreras previas.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. Evolución conceptual de la empatía y sus diferentes enfoques.

El término empatía fue utilizado por primera vez en el siglo XVIII por Vischer (citado en Davis, 1996), con el vocablo alemán “Einführung”, el cual fue traducido como “sentirse dentro de”. Filósofos y pensadores como Leibniz y Rousseau (citados en Wispé, 1986) habían señalado la necesidad de ponerse en el lugar del otro para ser buenos ciudadanos. Adam Smith, en su Teoría sobre los Sentimientos Morales de 1757, hablaba de la capacidad de cualquier ser humano para sentir pena o compasión ante la miseria de otras personas o dolor ante el dolor de otros (citado en Wispé, 1986).

Uno de los investigadores pioneros en el estudio de la empatía desde un enfoque cognitivo es Köhler, para quien la empatía consiste en la comprensión de los sentimientos de los otros. Años más tarde, Mead continuará con esta visión, añadiendo que adoptar la perspectiva del otro es una forma de comprender sus sentimientos (Davis, 1996).

Ya en el siglo XX se introduce la idea de entender la empatía como aquella que se produce por la imitación interna que tiene lugar a través de una proyección de uno mismo en el otro. Por otro lado, desde un enfoque cognitivo, se afirma que la empatía consiste en la comprensión de los sentimientos de los otros (Fernández-Pinto, López-Pérez & Márquez, 2008).

Fenichel (1947; citado en Davis, 1996) concibe a la empatía como una identificación con el otro. Un giro importante en el desarrollo del concepto de la empatía se produjo en el año 1949 con la introducción del término adopción de perspectiva (“role-taking”) por Dymond (Fernández-Pinto et al., 2008).

Dicho concepto se introdujo al campo de la psicología a principios del siglo XX, desde la psicoterapia hasta las neurociencias. Lipps (1903; citado en Filippetti, López & Richaud, 2012) concebía la empatía como el proceso automático, por medio del cual, al percibir una emoción en otro a través de sus gestos, se activa de manera inmediata la misma emoción en quien la percibe, sin la intervención de procesos cognitivos controlados.

Según Hogan (1969) la empatía es el intento de comprender lo que pasa

por la mente de los demás, es decir, la construcción que uno tiene sobre los estados mentales del otro, dicho de otro modo, sería una capacidad meta-representativa. Esta noción se halla respaldada en estudios en donde las personas que presentan síndromes autistas dan cuenta de un déficit en la teoría de la mente, así como también en la empatía.

Esta visión de la empatía la sitúa muy cerca del constructo de teoría de la mente, definido por Gallagher y Frith (2003) como la habilidad de explicar y predecir el comportamiento de uno mismo y de los demás, atribuyéndole estados mentales independientes, como ser: creencias, deseos, emociones. También fue definido por Premack y Woodruff (1978; citados en Rivière & Nuñez, 1996) como la habilidad para conceptualizar los estados mentales de otras personas para así poder explicar y predecir su comportamiento. Esto abre el análisis acerca de la relación que existe entre la Teoría de la Mente y la empatía y el aporte brindado por el enfoque de la neuropsicología que será abordado más adelante en este trabajo.

Lo mencionado da cuenta de una tendencia a definir y comprender la variable en cuestión desde su componente cognitivo, dejando de lado su aspecto afectivo, que será poco a poco tomado en consideración por otros autores para abordar este constructo.

Stotland (1969) se sitúa entre los primeros autores en definir la empatía desde el aspecto afectivo, considerando ésta como la reacción emocional de un observador que percibe que otra persona está experimentando o va a experimentar una emoción. De esta manera se comenzó a adoptar una visión más compleja de la empatía, dándole lugar a su componente afectivo, entendiendo al mismo como un afecto compartido o sentimiento vicario.

En este sentido, Hoffman (1991), entiende la empatía como una respuesta afectiva más apropiada a la situación de otra persona que a la propia. La concibe como un proceso motivacional, el cual funciona como motor para ayudar al otro. Adopta como idea central para entender la empatía la integración de afecto y cognición. Compara dicho proceso con el desarrollo de estadíos, en donde el niño tiene un sentimiento global de la empatía y no comprende con claridad la fuente de dicho sentimiento, ya que no tiene una clara distinción yo-otro. Luego, ya en estadíos más avanzados, adquiere una diferenciación y advierte estados internos distintos al propio.

Otros autores sostienen que la empatía consiste en sintonizar de forma espontánea y natural con los pensamientos y sentimientos de otra persona; en otras palabras, sería “leer la atmósfera emocional que rodea a la gente. Se trata de ponerse, sin esfuerzo, en la piel del otro” (Baron-Cohen, 2009, p.35). Las personas que cuentan con dicha capacidad pueden percibir los cambios emocionales del otro y ser capaces de responder adecuadamente ante esta emocionalidad. Ello concibe “el lenguaje de los ojos” y la entonación de la voz, entendidas como las ventanas de la mente (Baron-Cohen, 2009).

Por otro lado, Eisenberg (2000) la conceptualiza como una respuesta emocional similar a la de la otra persona, que procede de la comprensión del estado o situación de aquella. Dicho de otra manera, es la capacidad de comprender al otro y ponerse en su lugar, valiéndose de lo observacional, verbal y de la información procedente de la memoria, lo cual se conoce como “toma de perspectiva” y además incluye la reacción afectiva de compartir su estado emocional que puede producir tristeza, malestar o ansiedad. Por consiguiente, afirma que la empatía adquiere un papel fundamental en la disposición pro-social de las personas.

Eisenberg y Strayer (1992), establecen la distinción formal entre la adopción de perspectiva perceptual, cognitiva, y afectiva. Según estos autores, la adopción de perspectiva perceptual se ha entendido como la capacidad de representarse la visión que tiene el otro. La capacidad de representarse los pensamientos y motivos del otro da cuenta de la noción de adopción de perspectiva cognitiva. Por último, la adopción de perspectiva afectiva se refiere a la inferencia de los estados emocionales ajenos.

Mejía de Díaz (2012) esboza que la empatía es la respuesta afectiva-cognitiva, por parte del sujeto que observa las vivencias de otras personas, activada por el estado de necesidad del otro, influyendo en la manifestación de la percepción y valoración que tenga el individuo observador del bienestar de esa otra persona.

En congruencia con lo anterior, Hoffman (2000; citado en Sánchez & Gaya, 2003) señala cinco formas de suscitación empática: tres de ellas son instintivas, automáticas e involuntarias; éstas son las denominadas afectivas o emocionales, mientras que las otras dos pertenecen al ámbito de la empatía

cognitiva y son, consecuentemente, conscientes, aprendidas y voluntarias, por tanto, educables.

Desde la perspectiva de la psicología social, pueden encontrarse dos grupos de teóricos: los que defienden que la empatía conlleva un motivo social intrínseco y aquéllos que defienden que conlleva una motivación extrínseca. En la primera visión se encuentra Batson et al., (1997), quienes establecieron una distinción entre la empatía y el estrés empático. La empatía es una emoción vicaria orientada al otro, que genera una motivación altruista, es decir, se ayuda para mejorar el estado del otro; mientras, el estrés empático es una emoción vicaria orientada a uno mismo, es decir, 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.

La empatía hace posible la comunicación, por lo tanto, se puede afirmar que es una característica fundamental en las relaciones humanas que brinda la posibilidad de generar conexión con el mundo del otro, dejando a un lado el propio. De este modo, impulsa a preguntarse constantemente qué siente y piensa la persona que está allí frente a uno, a preocuparse y ofrecerle comodidad, impidiendo hacer cosas que puedan herir sus sentimientos. Existen personas que no cuentan con esta capacidad y los sentimientos y pensamientos de los demás no forman parte de su foco de preocupación, pero sin embargo pueden esforzarse por mantener una apariencia empática. Al igual que Davis, Baron-Cohen plantea como componentes esenciales para comprender la empatía su aspecto cognitivo y emocional (Baron-Cohen, 2009).

Estas ideas ponen de relieve una perspectiva integradora propuesta por Davis (1980; citado en Fernández-Pinto et al., 2008), quién entiende la empatía desde una perspectiva multidimensional. Este autor ha marcado un punto de inflexión en el desarrollo de este constructo, por abordar la empatía desde un enfoque integrador, como así también por aportar un nuevo instrumento de medición, conocido como Interpersonal Reactivity Index [IRI] entendiendo la empatía desde una perspectiva multideterminada que incluye tanto factores cognitivos como afectivos.

Su primera concepción, posteriormente criticada por él mismo, incluye cuatro componentes diferentes pero relacionados entre sí:

- Dentro de la dimensión cognitiva se halla:

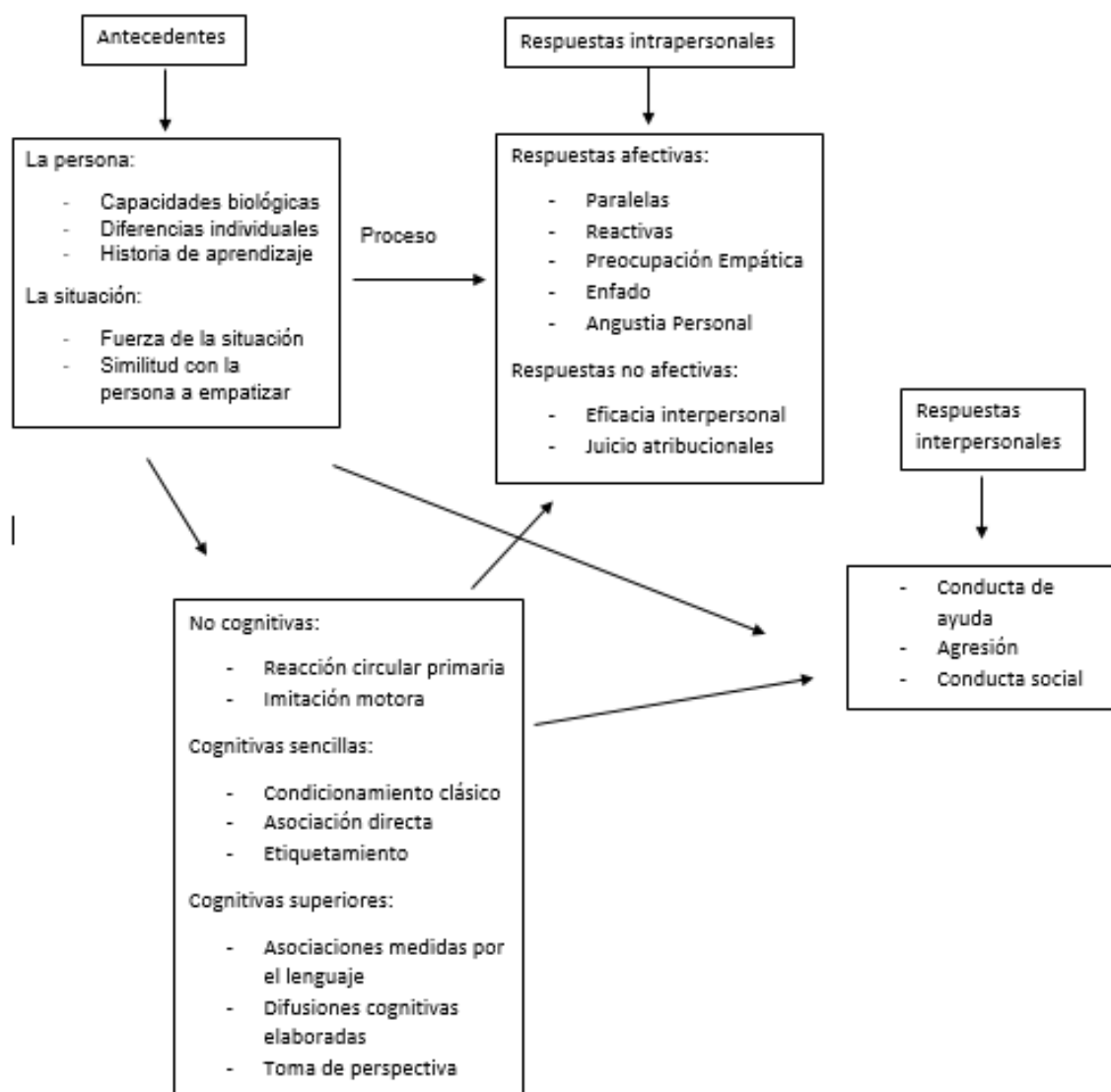
- Fantasía: refiere a la tendencia a identificarse con personajes de ficción.
- Adopción de Perspectiva: da cuenta de la capacidad de representarse los pensamientos y motivos del otro.
 - En cuanto a la dimensión afectiva:
- Angustia Empática: denota la tendencia a experimentar sentimientos de compasión y preocupación por el otro.
- Aflicción Personal: Atañe a la ansiedad que se experimenta al ser testigo de un suceso desagradable para otro.

Con posterioridad Davis arroja una definición de empatía que en la actualidad es una de las más aceptadas y reconocidas, la cual refiere a ésta como: “conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas” (Davis, 1996, p.12).

En dicho año, Davis (1996), ha propuesto una modificación en el esquema conceptual antes mencionado, superándolo y complejizándolo en lo que él denominó “Modelo Organizacional”, el cual procuró explicar los antecedentes, procesos y las respuestas involucradas en todo fenómeno empático.

Davis (1996), incluye dentro de los antecedentes de la empatía a las características de la persona que va a empatizar y la situación en la que interactúa. Menciona que estos antecedentes pueden producir tres tipos de procesos: de bajo, medio y alto coste cognitivo. Estos procesos pueden producir, a su vez, distintos tipos de respuestas: por un lado, pueden ser respuestas intrapersonales (afectivas y/o no afectivas) e interpersonales, como, por ejemplo, la conducta de ayuda. Davis, sin embargo, critica a posteriori este modelo ya que se dio cuenta de que, si bien hace una mera clasificación de los diferentes procesos y respuestas, en realidad no establece qué conexiones se tienen que producir entre los diferentes procesos para que se experimente determinada reacción empática. No obstante, fue un gran avance ya que pone a la vista otros procesos e implicancias del que este constructo es parte, teorizando más allá de sus perspectivas cognitivas y afectivas; dicho de otro modo, bosqueja una visión tentativa más amplia que la multidimensional (Fernández-Pinto et al., 2008).

Figura 1: Modelo Organizacional de Davis (1996)



El modelo anterior adolece en explicar la génesis de este proceso empático, y es a resolver esta cuestión a lo que se han abocado las investigaciones más recientes. En este sentido, Richaud (2011) sostiene que, si bien la empatía tiene presumiblemente una base genética, la interacción con los otros a través de las relaciones tempranas provee un contexto para el desarrollo de ésta. Los enfoques del rasgo de personalidad, sostienen que, en ambos aspectos de la empatía, es decir en el componente cognitivo y afectivo, hay una disposición común subyacente.

Este constructo teórico también fue de gran impacto al pensarlo desde

un enfoque disposicional y situacional, es decir, como un efecto reactivo a la situación emocional de otro o como un asunto meramente cognitivo que implicaba sólo una disposición para la acción (Zapata & Castaño, 2011).

La teoría de la empatía disposicional se contrapone a la teoría de la empatía situacional. Para la primera existen personas con diferente grado de empatía de forma independiente de la situación; es decir, entiende a la empatía como una tendencia relativamente estable de la persona a percibir y experimentar las emociones de otros, mientras que, para la segunda, existen aspectos situacionales, contextos físicos o relacionales concretos que generan más o menos empatía (Richaud, 2011).

Eisenberg y Fabes (1991) agregan que las diferencias individuales en empatía dependen en gran medida de las discrepancias en el nivel típico de activación emocional vicaria, concepto muy relacionado con la intensidad emocional. De hecho, hay evidencias de una relación positiva entre la empatía y la intensidad emocional (Moore, 1996). A su vez, ésta, se enmarca como un componente fundamental del “estilo afectivo” de las personas, el cual está en la base de su personalidad y su temperamento y se encuentra fuertemente influenciado por los genes y disposiciones biológicas de éstas (Fernández-Pinto et al., 2008).

En contraparte, Mehrabian y Epstein (1972), y del mismo modo, Batson (1991), sostienen, una perspectiva situacional, que bosqueja comprender la empatía como una emoción vicaria congruente con el estado emocional del otro, o, dicho de otro modo, como sentimientos de interés y compasión orientados hacia la otra persona a partir de tener conciencia del sufrimiento de ésta. Esta definición de nuevo deja de lado el aspecto cognitivo de la empatía, y la entiende como una emoción que surge ante la presencia de estímulos situacionales concretos.

Para Batson y Shaw (1991), representantes de la teoría de la empatía situacional, la fortaleza del vínculo empático con otras personas se relaciona directamente con la posibilidad de adoptar su perspectiva. Adoptar la perspectiva de otra persona parece ser una precondition de la emoción empática. La empatía se concibe como una emoción que se suscita ante la presencia de estímulos situacionales concretos e implica competencias específicas. Actualmente la teoría disposicional es la que ha ganado más

terreno ya que en la mayoría de los estudios se considera a la empatía como un factor diferenciador entre individuos donde algunos la tienen en mayor medida que otros es decir, como parte de la personalidad (Allen, 2003,. Ha habido, asimismo una proliferación de teorías integradoras entre lo disposicional y lo situacional (Auné, Abad & Attorresi, 2015).

Con respecto a esto último, existe una nueva propuesta teórica que pretende englobar diversas perspectivas e integrar los diferentes procesos implicados en la experiencia empática. De esta manera, el proceso empático estaría en función de varios antecedentes; por un lado, se encuentran las características de la persona objetivo (persona con la que se va a empatizar), sus características infantiles y la similitud entre uno y esa persona. El estado emocional del individuo que empatiza también tiene gran influencia sobre el desarrollo del proceso empático (Fernández-Pinto et al., 2008).

Por otro lado, la situación juega, asimismo, un papel importante como antecedente de la experiencia empática, pero se debe distinguir entre la situación que ha desencadenado la respuesta empática en la persona objetivo y la situación en la que se desarrolla la emoción empática. Si se alude al primer caso, es primordial entender las causas de la emoción de la persona objetivo, la gravedad del suceso y el grado de generalidad. En lo que respecta a la situación en la que se produce la emoción, existen diversos facilitadores e inhibidores de la empatía, como ser, el signo de la emoción (positivo o negativo) y la intensidad de la emoción experimentada (Fernández-Pinto et al., 2008).

Este modelo planteado por dicho autor, como ya se mencionó con antelación, concibe tanto los aspectos cognitivos como afectivos de la empatía. Los primeros los denomina Adopción de Perspectiva (capacidad intelectual o imaginativa de ponerse en el lugar de otra persona) y Comprensión Emocional (comprender y reconocer los estados emocionales de los otros). En cuanto al componente afectivo, el mismo puede ser de signo negativo o positivo; siendo su denominación Estrés Empático y Alegría Empática, respectivamente. Estos procesos pueden darse de forma separada o juntos. Los cognitivos son la antesala de los afectivos y sólo es posible hablar de empatía si se dan los procesos cognitivos, con o sin su correlato afectivo. De este modo, se pueden encontrar tres tipos de procesos: empatía cognitiva (sin resonancia emocional),

contagio emocional (que únicamente atañe a aspectos emocionales) y empatía cognitiva-afectiva (integración de ambos componentes).

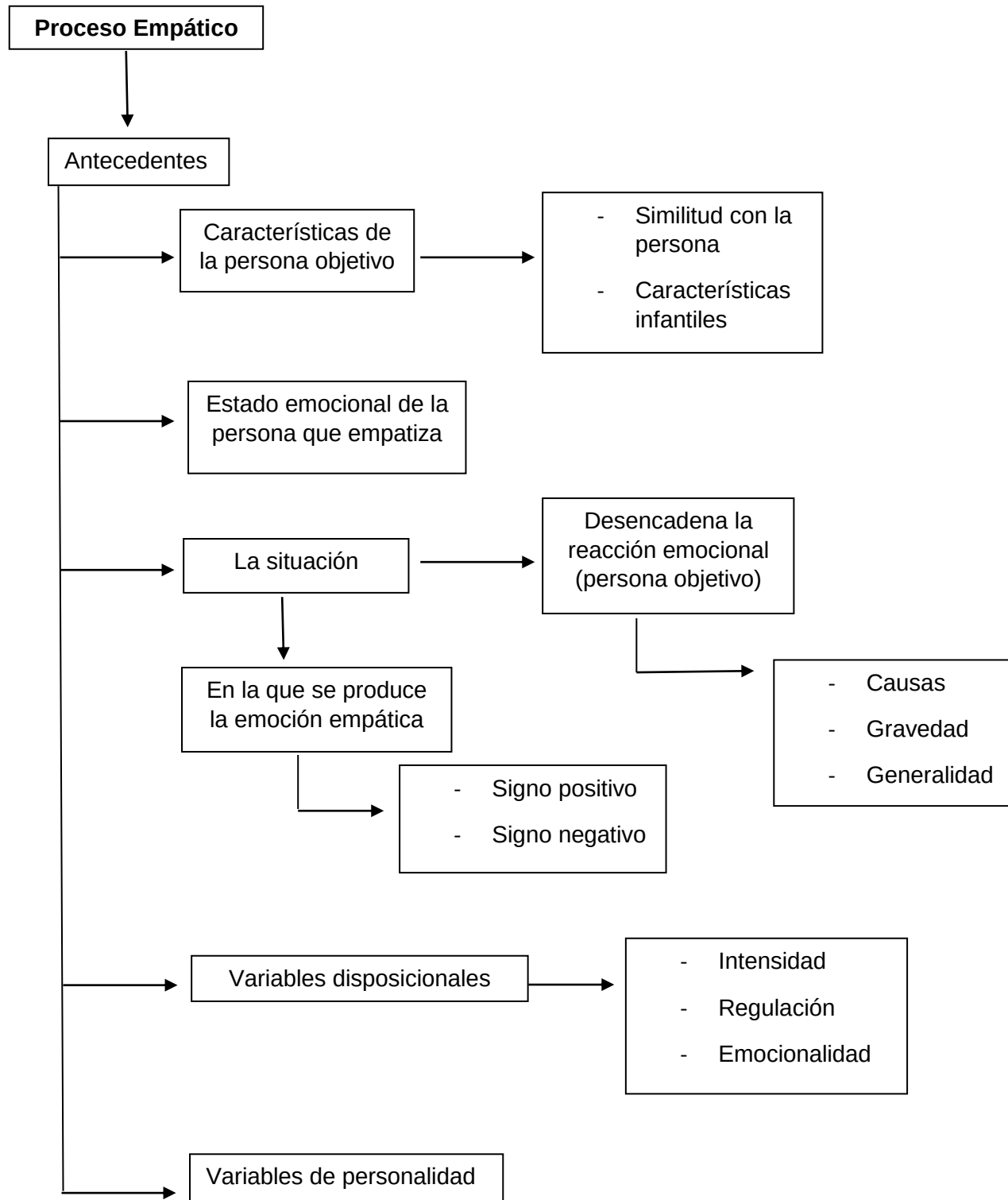
Siguiendo el modelo planteado, las variables disposicionales son de gran relevancia en el proceso empático, ya que éste no se produce de la misma manera en todas las personas, dado que algunas pueden presentar mayor tendencia que otras a empatizar e incluso mostrar mayores habilidades en algunos procesos que en otros, es decir, algunas personas pueden ser más hábiles en la adopción de perspectiva o en la comprensión emocional y presentar dificultades en la resonancia afectiva.

En síntesis, como se infiere a partir de toda la información presentada hasta aquí, el constructo de la empatía ha ido asumiendo diferentes conceptualizaciones a lo largo del tiempo, partiendo de perspectivas parciales que sólo enfatizaban en sus componentes cognitivos (Hogan, 1969; Gallagher & Frith, 2003), en sus componentes afectivos (e.g. Stotland, 1969) y finalmente las actuales perspectivas integradoras (e.g. Hoffman, 1991; Davis, 1996, Eisenberg, 2000; Fernández-Pinto et al., 2008 & Baron Cohen, 2009).

Los autores que más han contribuido a sistematizar esta última perspectiva han sido Davis (1996) y Fernández-Pinto et al. (2008), quien, partiendo del Modelo Organizacional de Davis, lo ha complejizado.

El modelo integrador, desarrollado por Fernández-Pinto et al. (2008) puede ser representado a partir del siguiente esquema, tal como aparece a continuación:

Figura 2: Modelo integrador de la Empatía



2.2. Empatía: ¿desarrollo cultural o capacidad innata?

Existen diferentes posturas que aportan conocimiento al debate acerca de si la empatía es producto de un desarrollo cultural o más bien es una capacidad innata en el ser humano. Uno de los principales exponentes de esta última visión es Hoffman (1991), quien basa sus teorizaciones en la selección natural propuesta por Darwin. Esta visión sostiene que la empatía es la condición previa para el mecanismo de altruismo, facilitando de esta manera la supervivencia de la especie; así un ser se beneficiaría ayudando a otro, ya que éste podría hacer lo mismo con él, es decir, obtener la reciprocidad al momento de necesitar ayuda (Davis, 1996).

Otros autores, tales como Eisenberg y Strayer (1992), en cambio, no comparten la visión de la empatía como un mecanismo previo que favorece el altruismo en pos de la supervivencia de la especie, más bien sostienen la perspectiva de considerarla como un sentimiento egoísta, en donde la persona no buscaría ayudar al otro, sino aliviar el propio sufrimiento, ya que la empatía no sólo trata de sentir angustia por ese otro que se lo percibe sufriendo, sino de experimentar angustia personal e intentar apaciguarla brindando ayuda. Desde esta visión, sería interesante preguntarse si la empatía siempre va acompañada de conductas altruistas o tan sólo funciona como un componente influyente que las propicia.

Abordando el constructo en cuestión desde un enfoque innatista, se puede mencionar que en la década del 90' varios investigadores han enfocado sus estudios en averiguar las estructuras neuronales implicadas en el mecanismo empático. Gallese (2005) explicó la capacidad de activar las propias representaciones al observar la situación de otra persona y le otorgó la denominación de "neuronas espejo". Éstas procesan y registran las acciones y vivencias de un individuo, permitiéndole reflejar esa percepción a otro cuando transita por una situación similar. Los mismos circuitos neuronales que se activan en el control de las acciones y experiencias de sensaciones y emociones en primera persona, se activan al presenciar también las mismas en otros.

Teniendo como eje el concepto de "toma de perspectiva", autores como

Decety y Jackson (2004), plantean que las neuronas espejo permiten generar una representación de las acciones y expresiones faciales de los demás, de modo que, en base a la percepción, se codifican dichas acciones o expresiones, sentando las bases neurobiológicas para orientar la conducta y las relaciones interpersonales (Fernández-Pinto et al., 2008).

Diversos estudios han intentado hallar la localización cerebral de la empatía y los mecanismos neuropsicológicos involucrados en dicho proceso. Uno de los autores implicados es Eslinger (1998), quien llevó a cabo una investigación que incluía medidas tanto de empatía cognitiva como afectiva, llegando a la conclusión que la corteza prefrontal parecería ser la principal área implicada en el procesamiento de la empatía y su regulación: la región frontal dorsolateral, estaría más especializada con la empatía cognitiva, mientras que la región orbitrofrontal lo estaría con la afectiva.

Otras investigaciones como la de Jessimer y Markham (1997), apoyan esta perspectiva neuropsicológica ya que encontraron que pacientes con lesiones cerebrales en las áreas anteriormente mencionadas son incapaces de comprender y atribuir emociones a las expresiones faciales que se le mostraban. Autores como Seitz, Nikel y Azari (2006) diferencian en sus estudios el procesamiento de la información interna relativa a los propios pensamientos y el procesamiento de aquella obtenida externamente y relevante para la acción.

Estos diversos hallazgos ponen en vías de análisis la complejidad del fenómeno aquí estudiado y la posibilidad de que existan diversas y gran variedad de áreas cerebrales y procesos neuronales involucrados en el mecanismo empático.

Por otra parte, otra perspectiva para abordar el constructo aquí estudiado es entenderlo como producto del desarrollo cultural y no como una capacidad innata. En este sentido, el vínculo diádico mamá-bebé facilita el desarrollo de la habilidad para ser conmovidos por los estados emocionales de los otros. Mutuamente (mamá-bebé) se ven afectados emocionalmente de manera recíproca y de esta manera el vínculo se va retroalimentando y paulatinamente se va generando un estilo de procesamiento de las emociones propias y de los demás (Preston & Waal, 2002).

Finalmente, están quienes plantean una propuesta integradora, en

donde los “innatistas” y “ambientalistas” encontrarían un punto de unión. La misma se basa en considerar que los procesos empáticos dependen de un sistema nervioso denominado “percepción- acción”, innato y adaptativo para la especie. Éste se modifica a partir de las experiencias que cada sujeto transita. El sistema que es innato, en principio, va generando respuestas diversas en función de las experiencias que nutren al sujeto de nuevas representaciones (Preston & Waal, 2002).

Sánchez y Gaya (2003), afirman que el ser humano en general tiene genéticamente una predisposición especial para experimentar la empatía utilizando todas las herramientas a su alcance incluyendo su cualidad natural. Si bien esa tendencia a reaccionar ante las manifestaciones emocionales de otra persona es innata, existe evidencia que denota que esta capacidad va desarrollándose en forma gradual y progresiva en cada individuo, pero no basta con sentir los mismos sentimientos que el otro, es decir ser empático a nivel afectivo puesto que la empatía es una capacidad que se adquiere en mayor o menor medida a través de las relaciones con las personas (por imitación) y a través de la educación (cognición).

2.3. Empatía desde la perspectiva de género.

Baron-Cohen (2009) teorizó acerca de la temática planteada en este apartado sosteniendo que existen diferencias en la empatía entre hombres y mujeres. A partir de esto, se plantea los siguientes interrogantes: ¿existe en ello algún factor biológico inherente? ¿pueden ser modificadas estas diferencias?

Ante estos interrogantes, plantea que el cerebro femenino está predominantemente estructurado para la empatía mientras que el masculino lo está para entender y construir sistemas (Baron-Cohen, 2009).

Es relevante remarcar que al aludir a las diferencias entre ambos sexos se basa en promedios estadísticos en donde clasifica dos tipos de cerebro, aquellos que tienen una capacidad empática más desarrollada reciben la denominación de tipo E, y aquellos en los que la capacidad de sistematización es superior a la de la empatía, se los nomina tipo S. Los estudios demuestran

que más mujeres tienen un cerebro tipo E mientras que los hombres presentan uno de tipo S; esto no significa que una mujer no pueda tener un mayor desarrollo de la sistematización o que un hombre no sea más empático que sistemático (Baron-Cohen, 2009).

Ahora bien, dicha autora, define el término empatía como la capacidad para identificar emociones y pensamientos de otra persona y para responder con una emoción apropiada. Se presenta cuando la persona experimenta una reacción emocional, como consecuencia de una emoción de otra persona, con el fin de comprenderla, de predecir su comportamiento y de conectarse con ella. Se advierte como un deseo natural de ayudar a aliviar el dolor del otro. Al considerarla una capacidad, entiende que, como cualquier otra, varía de persona a persona. Se trata de ponerse sin esfuerzo en la piel de la otra persona y así poder leer su atmósfera emocional. Una persona con esta capacidad puede sentir inmediatamente cualquier cambio emocional en el otro, pensar acerca de sus causas y sobre qué podría hacer sentir mejor o peor a la otra persona. Le permite analizar el tono de voz, sus gestualidades y miradas y utilizarlas como una llave de entrada a la mente del otro. Como ya se mencionó en otros apartados, Baron-Cohen (2009) le otorga a la empatía dos componentes esenciales: el cognitivo y el afectivo.

Respecto a la influencia del género sobre la empatía, Hoffman (1977) revisó nueve artículos y concluyó que, de acuerdo con el estereotipo cultural, la empatía definida como la respuesta afectiva vicaria a los sentimientos de otra persona es más relevante en las mujeres que en los varones. Hoffman sugiere que las mujeres tienen una tendencia mayor a imaginarse en el lugar del otro/a, mientras que los varones tienden más a acciones instrumentales. El autor considera que la empatía en las mujeres puede estar relacionada con una orientación afectiva pro-social que incluye la tendencia a experimentar culpa por el daño a otros/as.

Según sostiene Oviedo (2000), adentrando en una perspectiva socio-cultural, el género es la forma de interpretar la realidad en base a los valores que cada sociedad brinda en relación a lo que significa para ella ser hombre o mujer. Estos valores condicionan y enmarcan el rol que desempeñan las mujeres y los hombres en dicha sociedad. No solamente existe entre el hombre y la mujer una diferencia biológica que permite identificarlos, es decir, el sexo

con el que se nace, sino, además, la posición que cada uno tiene dentro de cada cultura. Así como el sexo es la condición biológica de ser hombre o mujer, el género responde a una condición cultural siendo femenino o masculino.

Si bien en la actualidad estas posiciones de roles están en una continua transformación y ya no aparecen las cualidades femeninas o masculinas como exclusivas de cada sexo, es cierto que, en tiempos pasados, y no muy lejanos, lo masculino estuvo asociado con estereotipos tales como: agresividad, actividad, razón, toma de decisiones, iniciativa, entre otros, y lo femenino ligado con la sumisión, obediencia, pasividad, sensibilidad, intuición Oviedo (2000).

Como sustenta Moya (2013), existe una nueva concepción: la masculinidad y la feminidad representan dos conjuntos de habilidades conductuales y competencias interpersonales que los individuos, independientemente de su sexo, usan para relacionarse con su medio. Desde esta perspectiva, hombres y mujeres comparten muchas más cualidades psicológicas en su personalidad de lo que tradicionalmente se asumía.

Davis (1980) obtuvo que las cuatro subescalas del IRI permiten diferenciar significativamente las puntuaciones del grupo de varones y mujeres, siendo siempre las mujeres las que alcanzan las puntuaciones más altas.

Recientes estudios (Mestre, Samper, Tur & Díez, 2001; Mestre, Samper & Frías, 2002; Mestre, Frías & Samper, 2004) también han encontrado diferencias de género en todas las dimensiones de empatía evaluadas mediante el IRI de Davis, siendo las mujeres las que obtienen puntuaciones significativamente más altas en todos los factores de la empatía.

Si bien Baron-Cohen (2009) no descarta la influencia cultural como una de las razones que expliquen las diferencias entre géneros, sostiene que las mismas podrían disminuirse o modificarse a través de nuevos programas sociales y educativos. Asimismo, no descarta la influencia de estereotipos transmitidos en la infancia como posibles facilitadores de estas diversidades; por ejemplo, se realizó un estudio en donde se filmaba a padres en una sala de espera con sus hijos de un año de edad. Allí los investigadores descubrieron que los padres reprimían más a sus hijos que a sus hijas. Las niñas parecían descifrar las pistas más sutiles como ser la mirada de desaprobación de sus padres, captando y decodificando señales sutiles, mientras que los niños las ignoraban. Asimismo, se encontró que las madres conversaban de manera

más emotiva con sus hijas que con sus hijos. De esta manera podría pensarse que se estaría fomentando que las niñas sean más emotivas que los niños; pero esto tampoco prueba con certeza que esa sea la razón inherente de que unos sean más empáticos que otros.

Su teoría está más enfocada en explicar las diferencias entre ambos sexos desde factores biológicos. Para esto adopta los postulados de Leslie Brothers, quién define cuáles son las regiones cerebrales encargadas de la empatía. La primera es la amígdala, situada en el tronco cerebral en el área subcortical del cerebro denominada sistema límbico. La amígdala se activa cuando alguien responde a las expresiones faciales emocionales de otra persona. Se halló que un daño en esta región produce que la persona o animal pierda su capacidad de empatizar. En cuanto a esto, se han encontrado diferencias en las amígdalas del cerebro masculino y femenino. La amígdala está conectada con las áreas de la corteza prefrontal, específicamente con las regiones orbitrofrontal y mediafrontal, las cuales están involucradas con los procesos empáticos y se activan cuando alguien intenta decodificar los pensamientos e intenciones de otras personas. Otra región es la superior temporal sulcus, localizada en los lóbulos temporales del cerebro, comprobándose que sus células responden específicamente a la mirada de otras personas. Por último, en el cuerpo calloso, conjunto de conexiones neuronales que transfieren información de hemisferio a hemisferio, las mujeres cuentan con una sección posterior más grande, es decir, presentan mayores fibras nerviosas que conectan los hemisferios del cerebro, por lo que esto le permite conectar más áreas para realizar tareas en donde se requiera una transferencia rápida de información, como lo es la comunicación y la empatía (Baron-Cohen, 2009).

2.4. Empatía según edad.

Varios estudios dan cuenta de la variabilidad en los valores de la empatía presentada según la edad del encuestado implicado en la investigación.

A tal efecto, Hoffman (1984) propuso una teoría sobre el desarrollo de la empatía en los niños, señalando seis etapas de desarrollo: llanto reactivo, condicionamiento clásico, experiencia pasada de sentir angustia, mímica motora, asociación simbólica y role taking. El llanto reactivo es la tendencia de los bebés a llorar al escuchar a otro llorar. La segunda fase, el condicionamiento, consiste en mostrar una respuesta empática producida por condicionamiento clásico. En la tercera etapa el mecanismo de acción es el mismo, pero el estímulo que desencadena la respuesta empática es el recuerdo de experiencias pasadas. En la mímica motora la empatía se produce a través de la imitación de la expresión facial del otro. La asociación simbólica se diferencia de la anterior en que lo que desencadena la empatía no es algo físico sino algo simbólico. Estos cinco primeros módulos son automáticos, mientras que el sexto módulo, el role taking, que es el último y más complejo de los modos, requiere una gran capacidad cognitiva que supone pasar de una perspectiva egocéntrica a otra más amplia. Esta última etapa actúa como mecanismo para generar una empatía afectiva o, en términos de Hoffman, estrés empático y finaliza en la adolescencia.

Eisenberg y Strayer (1992) señalan que hasta la adolescencia existe un incremento de la empatía, pero que a partir de esa edad no existiría un patrón de evolución claro.

Por tanto, desde esta concepción se asume que, a partir de la pubertad, no existen variaciones consistentes a lo largo del ciclo vital en los diferentes componentes de la empatía. Esto parece verse confirmado por los trabajos de Nielsen (1977) y Matsuoka (1983; citados en López-Pérez & Fernández-Pinto, 2010), que concluyen que a partir de la Educación Secundaria el aspecto afectivo de la empatía no se incrementa.

Sin embargo, existen otras concepciones teóricas, más próximas a la Psicología de la personalidad (Kunzmann & Baltes, 2003), que defienden que a lo largo del ciclo vital sí existiría un incremento en la empatía. Estos trabajos

parten de lo que anteriormente se ha denominado visión cognitiva de la empatía, que se entiende como la capacidad para considerar y adoptar la perspectiva del otro. En otro estudio se obtuvieron resultados similares comparando una muestra de adolescentes con una de adultos jóvenes (Retuerto, 2004). Este autor señala que existe un incremento en los factores cognitivos y afectivos de la empatía, a excepción del componente de Malestar Personal.

Retomando a Hoffman (1991), este autor plantea que la empatía, como proceso motivacional que lleva a las personas a ayudar a otros, se desarrolla de una manera similar a los estadios de desarrollo cognitivo social del individuo. Este proceso empieza con un sentimiento global empático en el que el niño no tiene una clara distinción entre el yo y el otro, en donde no existe una marcada diferenciación acerca de la fuente de dicho sentimiento. A partir de aquí progresa a través de varios estadios hasta alcanzar el máximo, donde se va integrando lo conseguido en etapas previas. Ya en los estadios más complejos y avanzados, las personas logran empatizar con otros, sabiendo que son entidades distintas del “yo” y tienen estados internos independientes del propio sujeto.

Como se mencionó anteriormente, Eisenberg (2000) plantea la importancia de la empatía en el desarrollo moral de las personas, entendida como una respuesta emocional que procede de la comprensión del estado o situación del otro individuo y es similar a lo que la otra persona está sintiendo. Por lo tanto, la respuesta empática incluye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que observa, de la información verbal, o de información accesible desde la memoria (toma de perspectiva) y además incumbe a la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede producir tristeza, malestar o ansiedad. La empatía así entendida desempeñaría un papel central en la disposición pro-social de las personas.

2.5. Empatía en el ámbito de la formación clínica.

Con anterioridad, en otro apartado, se introdujo la noción de que la empatía es un componente fundamental a la hora de desarrollar una profesión como lo es la psicología específicamente dentro del ámbito terapéutico. Aquí se requieren habilidades que le permitan al profesional tener una visión y lectura precisa de los sentimientos y pensamientos de los pacientes (Goleman, 1998). Este autor enmarca esta competencia dentro de lo que se conoce como “competencia emocional”, definiéndola de la siguiente manera:

“Una competencia emocional es una capacidad adquirida basada en la inteligencia emocional que da lugar a un desempeño laboral sobresaliente” (Goleman, 1998, p.17). En el núcleo de esta competencia se encuentra una habilidad esencial, la empatía, que supone la capacidad de interpretar los sentimientos ajenos y las habilidades sociales que permiten manejar esos sentimientos. La inteligencia emocional determina la capacidad potencial de la cual dispondremos para aprender las habilidades prácticas basadas en uno de los siguientes cinco elementos compositivos: la conciencia de uno mismo, la motivación, el autocontrol, la empatía y la capacidad de relación (Goleman, 1998).

Esto permite introducir dos elementos importantes: la inteligencia emocional y la empatía. Los mismos han presentado, en varias oportunidades, dificultades a la hora de definirlos ya que tienden a entrecruzarse sus nociones y a confundirse, siendo esto un obstáculo a la hora de definirlos.

Desde el modelo de la inteligencia emocional de Mayer [IE], la misma es entendida como aquella que engloba un conjunto de habilidades para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y la de los demás, promoviendo un crecimiento emocional e intelectual y, asimismo, favorecería el establecimiento y mantenimiento de las relaciones interpersonales (Mayer & Salovey, 1997).

Estudios realizados por Mayer, Caruso y Salovey (1999), en los que la línea de investigación se basaba en determinar la correlación existente entre la inteligencia emocional y la empatía, arrojaron resultados significativos en donde aquellas personas que mostraban niveles altos de inteligencia emocional también evidenciaban niveles altos de empatía.

Ahora bien, ¿Es de relevancia la empatía dentro del marco terapéutico? ¿Favorece el proceso terapéutico el hecho de que un terapeuta cuente con una habilidad como la empatía? ¿Es posible que el profesional pueda desarrollar sus habilidades empáticas para tener un mejor rol y llevar adelante la psicoterapia? ¿La empatía es un factor clave en el éxito de una terapia?

Rogers (1992) fue el pionero dentro de la primera mitad del siglo XX en introducir el término empatía dentro del campo de la psicoterapia. Propone, desde una perspectiva humanístico-existencial el enfoque centrado en la persona. Su modelo tiene como objetivo principal ayudar a la persona a desarrollarse y crecer. El autor sostiene que el elemento con mayor eficacia para su terapia es la relación interpersonal entre cliente y terapeuta.

La empatía constituye el aspecto esencial en el que se sustenta toda relación de ayuda efectiva. Algunos estudios sugieren que en la efectividad de una psicoterapia influye más la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente que el tipo de intervención utilizada, siendo la empatía una de las habilidades facilitadoras de dicha relación. Además, se ha demostrado la existencia de una asociación positiva entre las actitudes básicas del terapeuta y el éxito del tratamiento, de forma que los pacientes cuyos terapeutas muestran estas habilidades obtienen mejores resultados (Rogers, 1980).

Davis (1996), postula que es posible que se produzca un acercamiento integral del terapeuta al estado interno del paciente, lo cual posibilita el establecimiento de una adecuada relación terapéutica que facilite el cambio.

Según Rogers (1980), la empatía es la habilidad para percibir el estado interno de otra persona, su marco de referencia y los aspectos emocionales asociados, lo que implica situarse en su lugar como si se fuese esa misma persona, pero sin perder nunca el propio marco de referencia. Esto último adquiere una especial relevancia, ya que una fusión emocional con el estado afectivo de la persona que sufre puede ser perjudicial para el profesional de la salud y para el propio proceso terapéutico. En este sentido, el contagio emocional se ha definido como la antesala de la empatía, ya que constituye un acercamiento a la emoción ajena que resulta necesario para que se produzca la respuesta empática. Sin embargo, si en este acercamiento el observador se deja arrastrar por el estado afectivo del otro, en lugar de establecer una distancia que le permita actuar desde su comprensión, se estará produciendo

una respuesta de simpatía, y no de empatía; la cual puede derivar en un sentimiento de angustia o de malestar emocional (Davis, 1980).

Por lo tanto, la relación terapéutica es sólo un tipo particular de relación personal y todas las relaciones de esa índole son gobernadas por las mismas leyes. Abona a esta afirmación, los estudios realizados con padres e hijos, como por ejemplo el de Baldwin et al. (s.f.) que dan cuenta de la influencia que tiene la actitud de los padres para con sus hijos, es decir, las actitudes que, de parte de la persona que ayuda, hacen que una relación estimule o inhiba el desarrollo. Los hijos de padres que tenían actitudes cálidas y equitativas demostraron un desarrollo intelectual acelerado (Rogers, 1992).

Otro estudio, analiza la manera en que la persona que recibe ayuda percibe la relación. Heine (s.f.) estudió a un grupo de individuos que habían pedido tratamiento psicoterapéutico a psicoanalistas y terapeutas centrados en el cliente. Independientemente del tipo de terapia, estos clientes advirtieron cambios semejantes en su persona. Al ser interrogados acerca de lo que, a su juicio, explicaba los cambios ocurridos, expresaron diversas opiniones según la orientación de su terapeuta, pero lo más significativo fue el consenso que manifestaron en lo referente a cuáles habían sido los principales elementos que les habían resultado de ayuda. Las siguientes actitudes fueron las más destacadas como factores determinantes para lograr el cambio: la confianza que habían sentido en el terapeuta, la comprensión por parte de este último y la sensación de independencia con que habían adoptado sus decisiones y elecciones (Rogers, 1992).

Se podría definir la relación de ayuda entendida como “aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo, y un uso más funcional de éstos” (Rogers, 1992, p.18).

Rogers (1992) sostiene que para que el cliente pueda alcanzar un pleno desarrollo y lograr un cambio en psicoterapia es necesario que estén presentes tres factores: la condición positiva incondicional (aprecio incondicional), la congruencia (autenticidad) y la empatía. La primera consiste en la actitud que adquiere el terapeuta, es decir, adoptar una postura positiva y aceptadora de lo que el cliente es, aceptando los sentimientos y pensamientos; cuanto mayor sea la aceptación y el agrado que el profesional experimenta hacia su cliente,

más útil le resultará la relación. Entiende por aceptación un cálido respeto hacia él como persona de mérito propio e incondicional, es decir, como individuo valioso independientemente de su condición, conducta o sentimientos; aceptar al otro como persona distinta, poseedor de sus propios sentimientos y actitudes, desligándose de una valoración positiva o negativa de los mismos.

Llevar adelante un proceso terapéutico desde este tipo de relación de ayuda le brinda calidez y confianza ya que se convierte en un elemento de gran relevancia, como factor contribuyente al cambio. En cuanto al segundo factor, refiere que cuanto más auténtico se puede ser en la relación, tanto más útil resultará la misma. Esto significa tener presentes los propios sentimientos, y no ofrecer una “fachada externa”, sino que implica ser y expresar, a través de las propias palabras y conducta, los diversos sentimientos y actitudes que experimenta el terapeuta. Por último, sostiene la empatía como tercer factor determinante en el éxito terapéutico. En este sentido la aceptación no es suficiente si no implica un proceso de comprensión (Rogers, 1992).

En palabras del autor:

Sólo cuando comprendo los sentimientos y pensamientos que al cliente le parecen horribles, débiles, sentimentales o extraños y cuando alcanzo a verlos tal como él los ve y aceptarlo con ellos, se sienten libres de explorar los rincones ocultos y los vericuetos de su vivencia más íntima y que han mantenido olvidada (...) profunda comprensión empática que me permite observar su propio mundo tal como él lo ve. Cuanto más comprendido y aceptado se siente un individuo, más fácil le resulta abandonar los mecanismos de defensa con que ha encarado la vida hasta ese momento y comenzar a avanzar hacia su propia maduración (p.17).

Corbella y Botella (2003) sostienen que las actitudes terapéuticas propuestas por Rogers despertaron gran interés en investigaciones posteriores, que se enfocaron en hallar cuáles eran las características y las conductas del terapeuta beneficiosas para el resultado terapéutico. A raíz de esto comenzó a asomarse en las teorizaciones de varios autores el papel de la alianza

terapéutica en el proceso psicoterapéutico. Lo cierto es que hubo gran diversidad a la hora de definir el término dependiendo de la corriente teórica de la que se parta; de hecho, continúa presentando contrariedades, en algunos casos.

Si bien no es el enfoque de esta investigación, cabe referir que la conceptualización del término alianza terapéutica ya tuvo sus esbozos a comienzos del siglo XX con Freud (1912) en su publicación “The Dynamics of Transference”, en la que planteó la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de éste estableciera una relación positiva con el analista (Corbella & Botella, 2003).

Por su parte, Bordin (1976) ayudó a esclarecer algunas líneas y posibilitó la definición de la alianza de modo que las principales escuelas terapéuticas contaran con un concepto común a todas, aunque la diversidad de matices continúa existiendo. El mismo la definió como un elemento favorecedor de la relación paciente-terapeuta, posiblemente predictor y facilitador del éxito en el proceso terapéutico, si bien no en sí misma curativa. La alianza terapéutica es el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta en base a tres componentes que la configuran: acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos.

Las tareas se refieren a las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, de modo que la percepción de estas acciones o tareas como relevantes para la mejoría es una parte importante del establecimiento de la alianza. También el acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia, así como compartir mutuamente confianza y aceptación son cuestiones esenciales para una buena alianza (Corbella & Botella, 2003).

Como postulan dichos autores, anteriormente se vislumbraba sólo el enfoque en la calidad técnica del terapeuta como lo esencial para el éxito del proceso terapéutico. Con el comienzo de la conocida “revolución cognitiva” se revitalizó el interés por la relación terapéutica y por generar investigaciones que permitieran forjar nuevos conocimientos y herramientas de trabajo; de hecho, la orientación cognitiva, y más concretamente las perspectivas constructivistas, han llegado a considerar la alianza terapéutica como un aspecto central del

proceso terapéutico.

Estudios como el de Marmar, Thompson y Gallagher (1991) o el de Barber, Crits-Cristoph y Luborsky (1992; citados en Horvath & Luborsky, 1993) encontraron que la alianza terapéutica explicaba entre un 36% y un 57% de la variancia del resultado final de la terapia. La empatía y la calidez del terapeuta son dos de las cualidades que la mayoría de investigadores como Bachelor y Horvath (1999), coinciden en considerar relevantes, pero no suficientes, para establecer una buena alianza terapéutica. Asimismo, los resultados de otras investigaciones (Horvath & Luborsky, 1993) han mostrado una correlación entre la empatía del terapeuta percibido por el paciente y algunos aspectos de la alianza.

La relación terapéutica, y especialmente la alianza, ha demostrado ser un factor importante en diferentes orientaciones teóricas, pero principalmente es posible delinear que la relación terapéutica es producto del encuentro entre el terapeuta y el cliente y la alianza establecida estará influida por múltiples variables de cada uno de ellos (paciente-terapeuta), en donde la empatía y la calidez del vínculo establecido entre ambos es de gran relevancia (Corbella & Botella, 2003).

Reafirmando lo antedicho, Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza (1989), plantean que el terapeuta debe tener una actitud determinada que favorezca un clima terapéutico que posibilite el cambio. Es decir, debe incentivar la autoexploración del paciente, mediante una postura de respeto, aceptación, comprensión, calidez y ayuda. Implica hacer esfuerzos deliberados por no criticar, no juzgar ni reaccionar emocionalmente frente a las provocaciones, lo que crea un marco y una atmósfera positiva. El terapeuta ideal es, por encima de todo, empático y es esta cualidad la que permite prever en gran medida el resultado final del tratamiento.

Ahora bien, como se reflejó con antelación, una actitud empática propicia un clima de calidez para llevar a cabo un proceso de ayuda terapéutica de manera adecuada y poder así, fomentar los cambios que el paciente busca, pero no resulta suficiente; se necesita para ello desarrollar una serie de habilidades profesionales. Si bien cada técnica o enfoque en particular requiere habilidades y conocimientos específicos, es posible identificar un conjunto mínimo de destrezas que cualquier terapeuta debe poseer,

independientemente del enfoque al que se adscriba. Según Brammer (1979) algunas de estas destrezas son la capacidad de atender y escuchar, y las habilidades de guiar, reflejar, confrontar, interpretar, informar y resumir. La experiencia del terapeuta en el trabajo clínico frecuentemente ha sido asociada a la experticidad de éste y a la calidad de la atención que brinda.

Existen estudios, como por ejemplo el de Navarro, Schindler y Silva (1987), en los que se ha encontrado una directa relación entre la edad y experiencia del terapeuta con su estilo comportamental. A mayor edad y experiencia, los terapeutas tenderían a actuar con más empatía y exploración, conductas que se ha encontrado altamente relacionadas con cambios positivos en los pacientes. La diferencia entre terapeutas experimentados y terapeutas inexpertos está en que los primeros adoptan sólo esporádicamente actitudes confrontativas e interpretativas.

Desde otra perspectiva, Finn (2008) en los últimos años realizó numerosos estudios que le permitieron generar convergencias entre investigaciones y teorías sobre apego, desarrollo infantil, neuropsiquiatría, psicopatología y psicoterapia. Esto le otorgó la posibilidad de implementar nuevas propuestas en las intervenciones clínicas para su trabajo.

Dicho autor sostiene que las experiencias de apego seguro durante períodos del desarrollo infantil son esenciales para el desarrollo de funciones psicológicas tan importantes como lo es la regulación de las emociones, la empatía, el control de la conducta, entre otras; por el contrario, experiencias de apego inseguro posibilitarían un campo fértil para futuros cuadros psicopatológicos.

Los postulados de Finn (2008) entran en concordancia con las teorizaciones propuestas por Schore (2002), quien afirmaba que el hemisferio derecho es el dominante en el procesamiento de experiencias afectivas y apego, debido a sus numerosas conexiones recíprocas con regiones límbicas y áreas subcorticales.

En una relación mamá-bebé favorable, se experimentan múltiples interacciones desde el contacto visual, vocalizaciones, expresiones faciales, gestos, movimientos que confluyen para expresar emociones y conciencia interpersonal. De esta manera se generan comunicaciones que se dirigen de “hemisferio derecho (madre) a hemisferio derecho (bebé). Schore y Bromberg

plantean extrapolar estas líneas de pensamiento al trabajo clínico en psicoterapia entre el terapeuta y el cliente, “tratando no-verbalmente al mismo”, “hemisferio derecho a hemisferio derecho” y de esta manera poder regular sus estados afectivos negativos y de esta forma poder hacer foco en las emociones y establecer desde la empatía, vínculos de comunicación interpersonal con el cliente (Finn, 2008).

Dicho autor adjudica el éxito en la terapia a la habilidad del terapeuta de hacer sentir al cliente respetado, funcionando para el mismo como una figura de apego seguro que le brinde confianza mediante una escucha empática, de apertura y colaborativa, brindando y devolviéndole el entendimiento de lo que le sucede.

Dentro de esta línea de pensamiento, Goleman (1998) sostiene que la empatía es necesaria para lograr una excelencia en el desempeño laboral en aquellos trabajos que requieran una lectura exacta de los sentimientos y pensamientos de los demás. Por lo tanto, se podría afirmar que ésta es fundamental en las competencias del psicólogo.

En el núcleo de esta competencia se encuentra una habilidad esencial que supone la capacidad de interpretar los sentimientos ajenos y las habilidades sociales que permiten manejar esos sentimientos (Goleman, 1998).

Aquí queda enmarcada la empatía como una habilidad emocional, entre cuyas características se incluyen las siguientes: conciencia de uno mismo, capacidad de identificar, expresar y controlar los propios sentimientos y pensamientos, interpretar adecuadamente los signos emocionales, capacidad de escucha, asumir la perspectiva del otro y determinar la conducta más apropiada a una determinada situación. Se cree, de esta manera, que aquellas personas que presentan niveles adecuados de manejo de inteligencia emocional, contenida por las habilidades presentadas con anterioridad, poseen niveles adecuados de empatía (Bermejo, Ferrandiz & Ferrando, 2004).

2.6. La empatía en el ámbito de la formación educativa

Generalmente, al introducirse en el tema de la formación educativa, ya sea inicial, primaria, secundaria o universitaria, el foco de las miradas se posa en el alumno como aquel sujeto completamente responsable de su proceso educativo. Lo cierto es que el docente cumple un relevante papel en dicho proceso. Cuando alguien adquiere el título universitario que lo acredita para ejercer la docencia, se puede afirmar que se encuentra capacitado intelectualmente para transmitir los contenidos propios de la materia, pero nadie puede asegurar que reúne las cualidades necesarias para educar, de hacer de sus alumnos seres autorrealizados, para lo cual necesita de cierta actitud empática. El desarrollo de la empatía es la base en la que se sustenta todo el proceso educativo (Sánchez & Gaya, 2003).

La habilidad empática nada tiene que ver con la brillantez académica, ni con la capacidad intelectual (Sánchez & Gaya, 2003).

Según dichos autores, la docencia es un trabajo cuya materia prima son los seres humanos, desde edades muy tempranas hasta la juventud y adultez inclusive. Su finalidad es formar hombres del mañana, hacer de ellos personas autorrealizadas, creativas y entusiastas, capaces de ganarse la vida en el futuro y de insertarse en la sociedad de forma efectiva. Sin embargo, en ocasiones la formación se pone en manos de personas donde sólo garantizan la formación intelectual sin tener en cuenta su costado humano. Pareciera que a la sociedad sólo le preocupa la proyección del niño de cara a la vida adulta, hacer de él una persona preparada para el trabajo.

Delors (1996), señala cuatro principios que debería regir la educación en el siglo XXI: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a vivir juntos. Esta última significa el poder desarrollar las capacidades propias de la inteligencia emocional, específicamente, la empatía. Aprender a ser, supone el desarrollo de las capacidades de la inteligencia intrapersonal. Por consiguiente, el docente no debe sólo poseer competencias pedagógicas que le permitan favorecer a la formación intelectual de sus alumnos, sino que también será de crucial importancia

que cuente con capacidades humanas que lo habiliten a contribuir al desarrollo de la personalidad de éstos.

Gaya (2002), sostiene que la actividad de clase es un acto de comunicación, donde el docente no es un mero emisor de contenidos, ni los alumnos son un grupo de receptores homogéneos deseosos de decodificar el mensaje. El profesor es también un receptor, no únicamente de las comunicaciones orales, sino de los estados emocionales de sus alumnos; debe poder interpretar el código no verbal.

Según Hoffman (2000), la empatía es una respuesta afectiva-cognitiva, por parte del individuo que observa las vivencias de otra persona, activada por el estado de necesidad de ese otro sujeto, influyendo en la manifestación de la percepción y valoración que tenga el individuo observador del bienestar ajeno.

Teniendo en consideración lo antedicho, la educación puede ayudar a aprender a “observar” y “percibir” el mensaje que en toda comunicación un ser humano transmite a otro (Sánchez & Gaya, 2003).

Retomando el concepto de inteligencia emocional, desde el modelo de Mayer y Salovey (1997), el mismo se define como aquel conjunto de habilidades para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y la de los demás, promoviendo un crecimiento emocional e intelectual. Asimismo, favorece el establecimiento y mantenimiento de las relaciones interpersonales. Es preciso resaltar el papel que tiene en el contexto educativo la inteligencia emocional y la empatía en los estudiantes de cualquier nivel educativo. No se puede evadir la relevancia de la cognición de los alumnos en su proceso de formación académica, si bien, no obstante, está demostrado empíricamente que ésta no es suficiente y que las competencias emocionales influyen tanto en el rendimiento académico como en el ámbito social (Ovejas, 2011).

Estas habilidades emocionales contribuyen a la adaptación social y académica de diferentes maneras: por un lado, como facilitadoras del pensamiento, puesto que el trabajo cognitivo implica la capacidad de emplear y regular las emociones con objeto de favorecer la concentración, la impulsividad y el manejo del estrés, y por el otro, producir un incremento

en la motivación intrínseca del estudiante para realizar su trabajo de formación (Maestre, Guil, Lopes, Salovey & Gil-Olarte, 2006).

Martí, Moncayo y Martí-Vilar (2011), abordan un concepto denominado “comportamientos socialmente responsables”. Dichos autores realizaron una investigación centrándose en la responsabilidad social universitaria [RSU], orientando su estudio a la formación académica y su relación con los comportamientos socialmente responsables, los valores y la empatía en varias universidades iberoamericanas. El estudio demostró la influencia de la formación universitaria sobre los comportamientos socialmente responsables, en donde la empatía aparece enmarcada como modeladora de dichos comportamientos. Se halló que, a mayor tiempo de formación en el interior de la universidad, mayores intenciones manifestaban los estudiantes de desarrollar tales comportamientos. Asimismo, se encontró relación entre el tiempo de formación y el contenido de asignaturas socio-humanistas que ayudan a desarrollar el compromiso social de los estudiantes.

Un estudiante socialmente responsable es un individuo capaz de comprometerse, escuchar y ponerse en el lugar del otro, es un ciudadano empático que se preocupa no sólo por su bienestar sino por el bienestar de todos los que lo rodean. La empatía se entiende como un proceso de regulación cognitiva y emocional que facilitaría la inhibición de comportamientos disociales, el reconocimiento de las emociones en los otros como factor esencial para establecer procesos empáticos y el aumento de habilidades prosociales, morales y éticas (Martí et al., 2011).

La RSU implica orientar la formación del estudiante hacia el desarrollo de su propia conciencia como un elemento importante en la solución de los problemas sociales mediante acciones concretas que tomen en cuenta también al otro y su realidad, proporcionando competencias interpersonales para comprender a los demás, sentirse afectado y comprometido con las necesidades de su entorno. Los comportamientos socialmente responsables y las conductas prosociales se producen en gran medida por el desarrollo empático y emocional del individuo (Vallaey & De la Cruz, 2009).

Anteriormente, en otros apartados, se mencionaron investigaciones que daban cuenta del aumento de la empatía con el progreso de la formación académica. El interrogante que surge aquí es a qué se debe este incremento. Lo cierto es que aún, estos estudios no logran describir con precisión este suceso, ni tampoco existen abundantes investigaciones que aborden de manera longitudinal la empatía en estudiantes de la carrera de Psicología y evalúen su evolución con el correr de los años de formación. Más bien, estos estudios se han enfocado en otras carreras, tales como medicina, o en investigaciones de tipo transversal.

Algunas de ellas, explican la tendencia a obtener mayores puntuaciones en los cursos superiores encontrando una relación con el tipo de formación que reciben los alumnos en carreras donde el profesional debe trascurrir considerable tiempo con el paciente y donde el resultado de su terapia estará directamente vinculado con la relación que establezca con él (Rojas, Castañeda & Parraguez, 2009).

Otra investigación explica este fenómeno entendiendo que, en años inferiores, los niveles de empatía son menores ya que los alumnos reciben la mayor carga teórica de su formación y no están en contacto con lo vivencial de la atención de pacientes. En cursos superiores (a partir de tercer año de la carrera), se observa un aumento significativo de los niveles de empatía. Estos resultados se deberían a que los alumnos comienzan con asignaturas y actividades de aprendizaje que incluyen la concurrencia a campos clínicos externos y de esta manera su aprendizaje se vería complementado por la necesidad de desarrollar nuevas habilidades que contribuyan y complejicen su formación profesional (Carrasco, Bustos & Díaz, 2012).

Sin embargo, existen también investigaciones como por ejemplo la de Hojat (2004), en donde no se halla un aumento de la empatía conforme avanza la carrera. Esto lo explica entendiendo que, a medida que los alumnos van entrando en contacto con los pacientes, se va produciendo un “adormecimiento emocional”. Esta disminución de la empatía podría estar vinculada a la capacidad del alumno para aplicar la objetividad durante un procedimiento clínico, con el fin de facilitar la ejecución de tareas y evitar que influya negativamente la reactividad emocional. Por lo tanto, la baja en

los niveles de empatía sería el resultado de la adquisición de una personalidad profesional, como parte del proceso de aprendizaje.

En tiempos actuales, parece casi imposible abordar la empatía sin hablar de educación. Si bien no se encuentran abundantes estudios que enfoquen el desarrollo de este constructo en el devenir de la formación académica universitaria, no se puede ignorar el abordaje que hoy en día se le otorga a la educación emocional, tanto en edades tempranas, como en niños y adultos. La educación prepara para la vida y el desarrollo emocional se impone como complemento indispensable al cognitivo. La educación emocional tiene como objetivo primordial el desarrollo de la personalidad integral del individuo, atendiendo competencias emocionales como, por ejemplo, promover actitudes positivas ante la vida, habilidades sociales y empáticas (Viloria, 2005).

Goleman (1999) sostiene que es imprescindible escolarizar las emociones y en varios países ya existen programas educativos que tienen como objetivo conseguir un mayor desarrollo social y emocional de los alumnos e incrementar de este modo su inteligencia emocional. Incluso ya Platón comprendía que la disposición emocional del alumno determina su habilidad de aprender.

En el ámbito de la educación, las habilidades de inteligencia emocional no cuentan con un abordaje curricular como sí lo tienen otras áreas de la enseñanza. Las habilidades emocionales deben enseñarse y aprenderse. Deben conocerse desde sus contenidos conceptuales hasta sus aplicaciones prácticas. Esto compromete al ámbito educacional a llevar a cabo actividades que enseñen a descubrir las emociones y sentimientos propios y ajenos (Vallés, 2000).

En síntesis, la empatía es posible de desarrollarse y/o modificarse en el alumno en un proceso de enseñanza-aprendizaje cuando existe un docente que posee el conocimiento y está capacitado para fomentar las habilidades emocionales de sus estudiantes. Dicho proceso se construye dialécticamente (Alcorta, González, Tavilas, Rodríguez & Hojat, 2005).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA.

3.1. Diseño

Esta investigación fue de tipo no experimental, de abordaje cuantitativo, alcance descriptivo-comparativo y corte transversal.

3.2. Participantes

La selección de los participantes se realizó a través de un muestreo no probabilístico por cuotas y estuvo conformada por 200 estudiantes de psicología de ambos sexos de la Universidad Abierta Interamericana. El rango etario de los mismos oscilaba entre los 18 y los 54 años.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

3.2.1. Criterios de inclusión

- Personas de ambos sexos que se encuentren realizando la carrera de Licenciatura en Psicología en la Universidad Abierta Interamericana.
- Estudiantes pertenecientes al ciclo inicial (1°, 2° y 3°) y superior (4° y 5°).

3.2.2. Criterios de exclusión

- Aquellos que no acepten participar de la investigación.
- Sujetos que cursen equitativamente cantidad de asignaturas de ambos ciclos académicos

3.3. Instrumento

Para realizar esta investigación se utilizó la escala “The Interpersonal Reactivity Index” [IRI] de Davis (1980) adaptada al español por Mestre, Frías y Samper (2004). Consta de 27 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones, puntuables de 1 a 5, donde 1= no me describe bien y 5= me describe muy bien. De los 28 reactivos que conforman la escala, 9 de ellos puntúan de manera inversa.

La puntuación de cada escala se obtiene sumando las respuestas dadas

por el sujeto en cada uno de los ítems que conforman dicha escala.

Los ítems están distribuidos en cuatro subescalas que miden cuatro dimensiones del concepto global de empatía: Toma de Perspectiva [PT], Fantasía [FS], Preocupación Empática [EC] y Malestar Personal [PD], con siete ítems cada una de ellas. Las dos primeras dimensiones integran el Componente Cognitivo de la Empatía, mientras que las dos últimas el Componente Emocional.

La característica más destacada de este instrumento es que permite medir tanto el aspecto cognitivo como la reacción emocional del individuo al adoptar una actitud empática.

La puntuación en Toma de Perspectiva indica los intentos espontáneos del sujeto por adoptar la perspectiva del otro ante situaciones reales de la vida cotidiana, es decir, la habilidad para comprender el punto de vista de la otra persona. La subescala de Fantasía evalúa la tendencia a identificarse con personajes del cine y de la literatura, es decir, la capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias. Las subescalas de Preocupación Empática [EC] y Malestar Personal [PD] miden las reacciones emocionales de las personas ante las experiencias negativas de los otros: en la primera [EC] se miden los sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar de otros (se trata de sentimientos «orientados al otro») y en la segunda [PD] se evalúan los sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás (se trata de sentimientos «orientados al yo»). Esta escala se ha adaptado al español, replicando los resultados encontrados por Davis en la muestra anglosajona. En ambos casos, la escala muestra propiedades psicométricas adecuadas.

El análisis de la fiabilidad de las cuatro subescalas que componen el Cuestionario de Empatía muestra índices distintos para cada una de ellas. A partir de los resultados obtenidos, la que presenta una mayor consistencia interna y homogeneidad en su medida es la escala FS con un coeficiente alpha de 0,70. El resto de las escalas presentaron índices de consistencia interna menos elevados. Concretamente, la subescala EC presentó un coeficiente alpha de 0,65, la subescala PD alcanzó un coeficiente alpha muy similar de 0,64 y la subescala con un coeficiente más bajo es PT con un alpha de 0,56, pero probablemente un aumento del número de ítems en estas escalas

mejoraría sus índices de fiabilidad.

3.4. Procedimiento.

El instrumento se administró en forma presencial y grupal a distintos estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana.

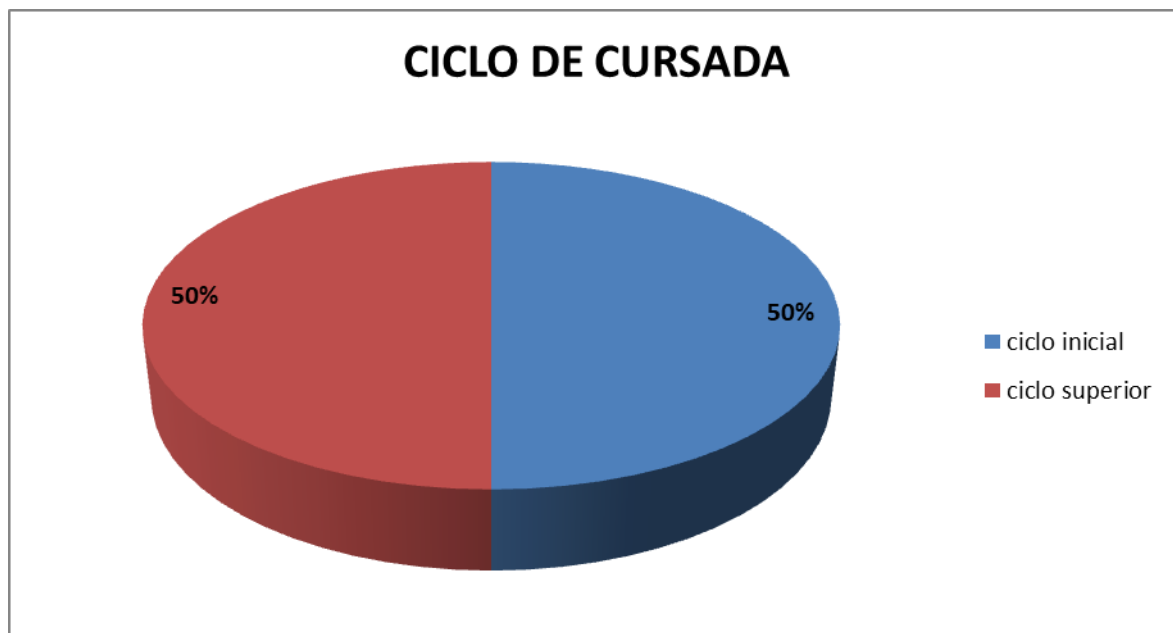
Se entregó a cada participante en forma individual un protocolo que al terminar devolvían. Posteriormente se volcaron los datos obtenidos en el programa SPSS, donde se realizaron los correspondientes análisis estadísticos. La información hallada fue sistematizada y graficada (Ver siguiente apartado).

CAPÍTULO IV

4.RESULTADOS.

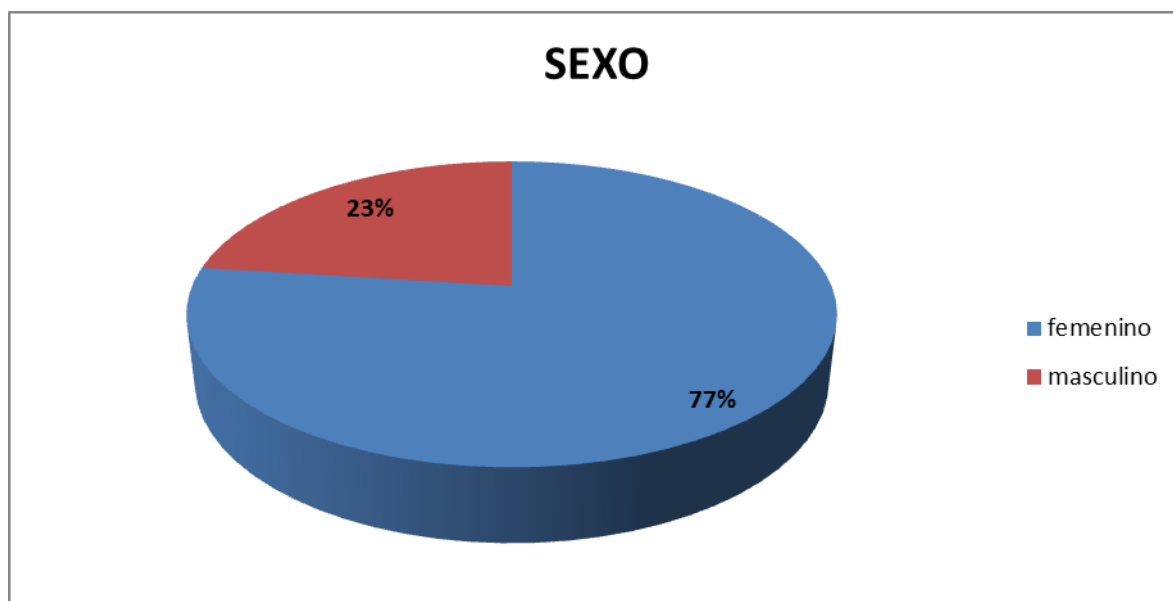
4.1. Caracterización de la muestra

Gráfico 1. Distribución de la muestra según ciclo de cursada



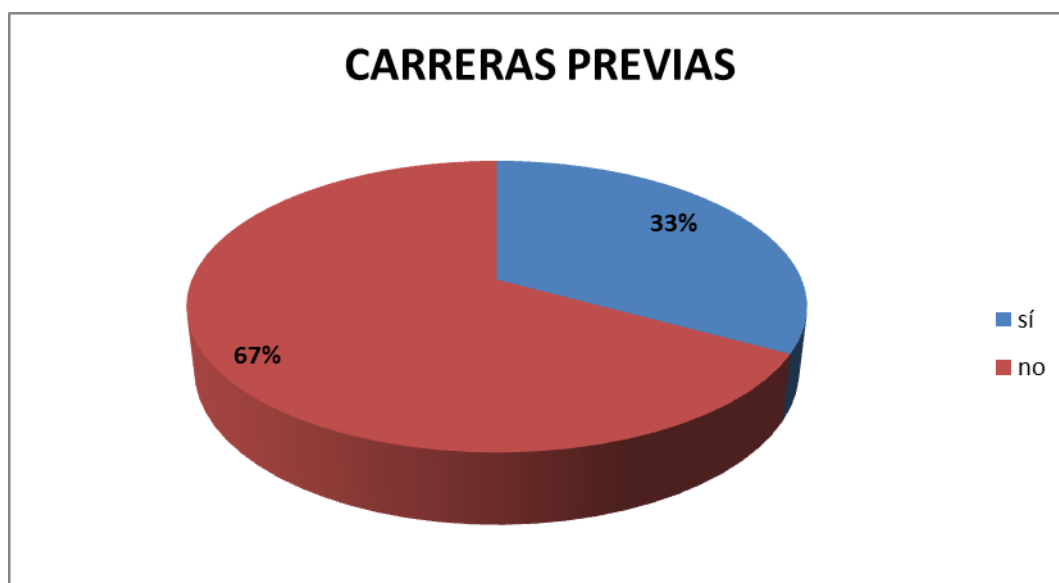
El total de la muestra estuvo conformada por 100 estudiantes del ciclo inicial y 100 del superior.

Gráfico 2. Distribución de la muestra según sexo



En cuanto al sexo, la muestra estuvo conformada por 154 mujeres y 46 hombres.

Gráfico 3. Distribución de la muestra según cursada de carreras previas



En lo que a la cursada de carreras previas respecta, cabe mencionar que 66 encuestados tenían experiencia universitaria previa, pues habían cursado otras carreras con antelación, mientras que los 134 restantes no.

4.2. Prueba de normalidad

Tabla I.

Prueba de normalidad

Dimensiones de Empatía y sus respectivas subescalas	Sig.
Componente Emocional	,248
Preocupación Empática	,024
Malestar Personal	,033
Componente Cognitivo	,119
Toma de Perspectiva	,010
Escala Fantasía	,059

Los componentes Emocional y Cognitivo, así como la sub-escala Fantasía, siguieron un patrón de distribución normal, mientras que en las restantes dimensiones, la distribución fue no paramétrica.

4.3. Análisis de las diferencias entre grupos

4.3.1. Análisis de las diferencias en el nivel de empatía (a través de sus diferentes componentes) en función del ciclo de cursada del estudiante

Tabla II.
Niveles de Empatía Cognitiva y Emocional según el ciclo de cursada

	Ciclo de cursada del encuestado	Media	Sig.
Componente Emocional	Ciclo Inicial (1°,2°,3°)	45,73	,659
	Ciclo Superior (4°,5°)	45,27	
Componente Cognitivo	Ciclo Inicial (1°,2°,3°)	47,42	,422
	Ciclo Superior (4°,5°)	46,58	

Nota: Prueba utilizada: T. de Student

Como se muestra en la tabla II, no se hallaron diferencias significativas en cuanto al nivel de empatía de los estudiantes de psicología según el ciclo de cursada en el que se encuentren.

4.3.2. Análisis de las diferencias en el nivel de empatía (a través de sus diferentes sub-escalas) en función del ciclo de cursada del estudiante

Tabla III.
Sub-escala Fantasía según el ciclo de cursada del encuestado

	Ciclo de cursada del encuestado	Media	Sig.
Escala Fantasía	Ciclo Inicial (1°,2°,3°)	20,94	,486
	Ciclo Superior (4°,5°)	20,46	

Nota: Prueba utilizada: T. de Student

La tabla III da cuenta de que no se encontraron diferencias significativas en la sub-escala Fantasía en función del ciclo de cursada en el cual se encuentre el encuestado.

Tabla IV.
Sub-escalas Toma de Perspectiva, Preocupación Empática y Malestar Personal según el ciclo de cursada del encuestado

	Ciclo de cursada del encuestado	Rango promedio	Sig.
Toma de perspectiva	Ciclo inicial (1°,2°,3°)	102,71	,596 ,486
	Ciclo superior (4°,5°)	98,38	
Preocupación Empática	Ciclo inicial (1°,2°,3°)	99,85	,875 ,486
	Ciclo superior (4°,5°)	101,13	
Malestar personal	Ciclo inicial (1°,2°,3°)	101,12	,788 ,486
	Ciclo superior (4°,5°)	98,93	

Nota: Prueba utilizada: U. de Mann Whitney

Ninguna de las sub-escalas de la tabla precedente, reflejó una puntuación significativa en cuanto al ciclo de cursada en el cual se encuentre el encuestado.

4.3.3. Análisis de las diferencias en el nivel de empatía (a través de sus diferentes componentes) en función del sexo del estudiante

Tabla V.
Componente Emocional y Cognitivo según el sexo del encuestado.

	Sexo del encuestado	Media	Sig.
Componente Emocional	Femenino	46,60	,001 ,486
	Masculino	41,80	
Componente Cognitivo	Femenino	47,42	,092 ,486
	Masculino	45,56	

Nota: Prueba utilizada: T. de Student

La tabla V expone resultados significativos entre el sexo y el Componente Emocional de la Empatía, presentando las mujeres puntuaciones más elevadas con respecto a los hombres, no así, en el Componente Cognitivo en el que no se hallan diferencias significativas entre los grupos.

4.3.4. Análisis de las diferencias en el nivel de empatía (a través de sus diferentes sub-escalas) en función del sexo del estudiante

Tabla VI.
Sub-escala Fantasía según el sexo del encuestado

	Sexo del encuestado	Media	Sig.
Escala Fantasía	Femenino	21	,070 ,486
	Masculino	19,67	

Nota: Prueba utilizada: T. de Student

Con respecto a la sub-escala Fantasía, no se hallaron diferencias significativas de acuerdo al sexo del encuestado.

Tabla VII

Sub-escalas Toma de Perspectiva, Preocupación Empática y Malestar Personal según el sexo del encuestado

	Sexo del encuestado	Rango promedio	Sig.
Toma de perspectiva	Femenino	102,20	,445 ,486
	Masculino	94,79	
Preocupación Empática	Femenino	106,72	,005 ,486
	Masculino	79,67	
Malestar Personal	Femenino	106,88	,003 ,486
	Masculino	77,79	

Nota: Prueba utilizada: U. de Mann Whitney

En las sub-escalas Preocupación Empática y Malestar personal, se hallaron diferencias significativas en función del sexo del encuestado, obteniendo las mujeres mayores puntuaciones que los hombres en ambas sub-escalas. En lo que respecta a Toma de Perspectiva, no se encontraron variaciones significativas.

4.3.5. Análisis de las diferencias en el nivel de empatía (a través de sus diferentes componentes) en función de la cursada de carreras previas o no por parte del estudiante

Tabla VIII.

Componentes Emocionales y Cognitivos según cursada de carreras previas

	Carreras previas	Media	Sig.
Componente Emocional	Sí	44,72	,289 ,486
	No	45,92	
Componente Cognitivo	Sí	47,64	,391 ,486
	No	46,68	

Nota: Prueba utilizada: T. de Student

Respecto a los niveles de Empatía, no se hallaron diferencias significativas en función de la cursada de carreras previas por parte de los encuestados.

4.3.6. Análisis de las diferencias en el nivel de empatía (a través de sus diferentes sub-escalas) en función de la cursada de carreras previas o no por parte del estudiante

Tabla IX.
Sub-escala Fantasía según la carrera previa del encuestado.

Carrera previa		Media	Sig.
Escala Fantasía	Sí	21,18	,366 ,486
	No	20,,50	

Nota: Prueba utilizada: T. de Student

En cuanto a la sub-escala Fantasía, no presentó puntuaciones significativas de acuerdo a la cursada de carrera previa.

Tabla X.
Sub-escalas Toma de Perspectiva, Preocupación Empática y Malestar Personal, según la carrera previa del encuestado

	Carrera previa	Rango promedio	Sig.
Toma de Perspectiva	Sí	103,00	,608 ,486
	No	98,54	
Preocupación Empática	Sí	99,44	,923 ,486
	No	100,27	
Malestar Personal	Sí	91,02	,144 ,486
	No	103,65	

Nota: Prueba utilizada: U. de Mann Whitney

Las sub-escalas Toma de Perspectiva, Preocupación Empática y Malestar Personal, no arrojaron puntuaciones significativas en función de la cursada de carreras previas por parte del encuestado.

4.3.7. Análisis de las diferencias en el nivel de empatía (a través de sus diferentes componentes) en función de la edad del estudiante

Tabla XI.

Componente Cognitivo y Emocional, según la edad del encuestado.

		Edad del encuestado
Componente Emocional	Coeficiente de correlación	-,143
	Sig.	,043
Componente Cognitivo	Coeficiente de correlación	-,142
	Sig.	,044

Nota: Prueba utilizada: Rho de Spearman.

La tabla XI muestra una correlación significativa entre la edad del encuestado y el Componente Emocional y Cognitivo de la Empatía. La correlación es de tipo inversa para ambos casos.

4.3.8. Análisis de las diferencias en el nivel de empatía (a través de sus diferentes sub-escalas) en función de la edad del estudiante

Tabla XII.

Sub-escalas Toma de Perspectiva, Escala Fantasía y Malestar Personal, según la edad del encuestado

		Edad del encuestado
Toma de Perspectiva	Coeficiente de relación	-0,30
	Sig.	,678
Escala Fantasía	Coeficiente de relación	-,179
	Sig.	,011
Preocupación Empática	Coeficiente de relación	-,026
	Sig.	,713
Malestar Personal	Coeficiente de relación	-,187
	Sig.	,008

Nota: Prueba utilizada: Rho de Spearman

La tabla XII presentada refleja una correlación significativa entre las sub-escalas Fantasía y Malestar Personal en función de la edad del encuestado. La correlación es de tipo inversa en ambos casos.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.

Esta investigación comenzó motivada por la importancia que tiene la empatía dentro de la formación de un estudiante universitario, más allá de los aspectos conceptuales-metodológicos propios de cada campo disciplinar y en consecuencia su utilidad en su futuro quehacer profesional, focalizándolo especialmente en el ámbito clínico y educativo como el principal desafío a adquirir por parte del terapeuta/profesional y del docente respectivamente.

En dichas áreas se requieren habilidades que le permitan al profesional tener una visión precisa de los sentimientos y pensamientos de las personas con quienes interactúan. Rogers fue el pionero dentro de la primera mitad del siglo XX en introducir el término de empatía dentro del campo de la psicoterapia. La empatía constituye el aspecto esencial en el que se sustenta toda relación de ayuda efectiva y de hecho fue conceptualizada como una de las tres actitudes básicas del terapeuta (Goleman, 1998).

En lo atinente al ámbito educativo, Sánchez y Gaya (2003) establecen que la empatía es la base en la que se sustenta el proceso educativo y es de vital importancia en la autorrealización de los estudiantes.

En base a lo antedicho, una vez comprendida la relevancia que tiene el estudio de la empatía en el desarrollo profesional, la primera hipótesis que se planteó este estudio estuvo supeditada por el objetivo central que consistía en comparar los niveles de empatía de los estudiantes de psicología de ciclo inicial y superior. La misma sostenía que los alumnos de los años más avanzados de la carrera (4°, 5°) presentan mayores niveles de empatía que los de años iniciales (1°, 2°, 3°). No obstante, los resultados obtenidos no corroboraron esta premisa, ya que no se hallaron puntuaciones significativas tanto en los componentes cognitivos como emocionales, así como tampoco en las cuatro sub-escalas (Toma de Perspectiva, Preocupación Empática, Escala Fantasía y Malestar Personal).

Estos resultados condicen con algunas investigaciones previas y también se contraponen con otras. Los mismos pueden comprenderse a la luz de autores como Preston y Waal (2002), quienes comprenden el mecanismo empático desde una concepción integrativa de las corrientes “innatistas” y “ambientalistas” que encuentran bajo esta perspectiva un punto de unión. La

misma se basa en considerar que los procesos empáticos dependen de un sistema nervioso denominado “percepción- acción”, innato y adaptativo para la especie, el cual se modifica a partir de las experiencias que cada sujeto transita. El sistema que es innato, en principio, va generando respuestas diversas en función de las experiencias que nutren a la persona de nuevas representaciones.

Lo antedicho permite advertir que la empatía no es un constructo unívoco y, por lo tanto, no depende de una sola variable, dado que en ella entran en juego diversas aristas que ponen de manifiesto la complejidad para abordarla. En consonancia, podría entenderse que los resultados encontrados en el presente estudio, en cuanto al ciclo de cursada, no se verían influenciados por el avance en la formación académica universitaria o dicho de un modo más preciso, no sería éste el único factor a considerar. Por tal motivo, se sustenta que el proceso empático no estaría determinado solamente por la formación, sino que tras ella se encuentra un sistema más complejo en donde interviene una mixtura de componentes disposicionales, innatos y situacionales que varían sujeto a sujeto.

En este sentido, Fernández-Pinto et al. (2008), entienden el proceso empático como el emergente de varios antecedentes que involucran las cualidades de la persona, sus características infantiles y la similitud entre uno y la persona con quien se empatiza. Asimismo, la situación juega un papel importante como antecedente de la experiencia empática. Dicha situación incumbe tanto a aquella que ha desencadenado la respuesta empática en la persona objetivo como en la que se desarrolla la emoción empática. Si se alude al primer caso, es primordial entender las causas de la emoción de la persona objetivo, la gravedad del suceso y el grado de generalidad. En lo atinente a la situación en la que se produce la emoción, existen diversos facilitadores e inhibidores de la empatía, como ser el signo de la emoción (positivo o negativo) y la intensidad con que dicha emoción se experimenta. Del mismo modo, el estado emocional del individuo que empatiza también tiene gran influencia sobre el desarrollo del proceso empático.

De la misma manera, Sánchez y Gaya (2003), afirman que el ser humano en general tiene genéticamente una predisposición especial para experimentar la empatía utilizando cuanta herramienta esté a su alcance. Si

bien esa tendencia a reaccionar ante las manifestaciones emocionales de otra persona es innata, la capacidad empática se desarrolla progresivamente en cada individuo a través de la imitación y la educación.

Volviendo a los resultados, el hecho de que no hayan existido diferencias significativas entre los estudiantes de ciclo inicial y superior podría explicarse a partir de dos puntos: por un lado, la multiplicidad de factores enunciada en los párrafos anteriores que intervienen en el desarrollo de la empatía y su dificultad de discriminación y control, lo que podría haber contribuido a que se inmiscuya alguna variable extraña entre los grupos no tomada en consideración. Por otro lado, otra explicación posible podría estar enmarcada en la propia constitución de los grupos a comparar, siendo quizás no solamente heterogéneos entre sí, sino que dicha heterogeneidad podría subyacer en la composición interna de cada ciclo, dado que podría inferirse que un alumno de tercer año tiene más recorrido y por ende un devenir que ya ha moldeado su capacidad empática en contraste con un alumno que recién inicia su carrera académica.

Abonando a esta explicación, puede mencionarse la investigación desarrollada por Carrasco, Bustos y Díaz (2012) quienes refieren que, en años inferiores, los niveles de empatía son menores ya que los alumnos reciben la mayor carga teórica de su formación y no están en contacto con lo vivencial propio de los campos de inserción profesional, cuyos contenidos se abordan sobre el final de la carrera. Dichos autores puntualizan que en cursos superiores (a partir de tercer año de la carrera), se observa un aumento significativo de los niveles de empatía. Estos resultados los atribuyen a que los alumnos comienzan con asignaturas y actividades de aprendizaje que incluyen la concurrencia a campos clínicos externos o experiencias de campo y de esta manera su aprendizaje se vería complementado por la necesidad de desarrollar nuevas habilidades que aporten y complejicen su formación profesional.

La segunda hipótesis trazada consistió en considerar que conforme avanza la edad, aumentan los niveles de empatía del sujeto. Los datos obtenidos arrojaron una correlación significativa entre la edad del encuestado y el Componente Emocional y Cognitivo de la Empatía, siendo la correlación de tipo inversa para ambos casos, reflejándose principalmente en las subescalas Fantasía y Malestar Personal.

Esta relación inversa expresa que cuanto mayor es la edad del sujeto, menores son los niveles de empatía manifestados, lo cual indica menores intentos espontáneos del sujeto por adoptar la perspectiva del otro ante situaciones reales de la vida cotidiana, es decir, la habilidad para comprender el punto de vista de la otra persona. Del mismo modo, la capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias disminuye en la medida que aumenta la edad. Lo mismo sucede en relación a los sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás.

La hipótesis estuvo fundamentada en lo expuesto por Hoffman (1990), quien sostiene que un aumento de la capacidad para ponerse en el lugar del otro gradualmente transforma el malestar personal en una reacción de simpatía y compasión. Por consiguiente, la edad se constituiría como una variable moduladora de la empatía durante la adolescencia y temprana edad adulta. En coherencia con esta noción, se encontró en varios estudios que, conforme avanza la edad de los adolescentes y jóvenes, aumentan progresivamente las puntuaciones en Toma de Perspectiva, Fantasía y Preocupación Empática, mientras que el Malestar Personal no experimenta ninguna variación con la edad. Asimismo, otras investigaciones como las de Kunzmann y Baltes (2003), defienden que a lo largo del ciclo vital existiría un incremento en la empatía. Se obtuvieron resultados similares comparando una muestra de adolescentes con una de adultos jóvenes (Retuerto, 2004). Este último autor señala que existe un incremento en los factores cognitivos y afectivos de la empatía, a excepción del componente de Malestar Personal.

Sin embargo, es preciso remarcar que existen diversidad de hallazgos que se contraponen a éstos, ya que en trabajos de Nielsen (1977) y Matsuoka (1983) se asumió que, a partir de la pubertad, no existen variaciones consistentes a lo largo del ciclo vital en los diferentes componentes de la empatía. Esto parece verse confirmado por otras investigaciones que concluyen que a partir de la educación secundaria el aspecto afectivo de la empatía no se incrementa. Del mismo modo, Eisenberg y Strayer (1992) señalan que hasta la adolescencia existe un incremento de la empatía, pero que a partir de esa edad no se evidenciaría un patrón de evolución claro.

Si bien en la presente investigación se obtuvo una correlación significativa entre la edad del sujeto y los niveles de empatía, su relación fue inversa, es decir, pareciera ser que a medida que la edad del sujeto se incrementa, sus niveles de empatía, tanto en su componente cognitivo, como emocional, disminuyen. Esto podría deberse a una limitación de este estudio ya que la franja etaria tomada en consideración abarca desde los 18 hasta los 54 años, pero su distribución intra-grupo dista de ser equitativa, ya que no se establecieron franjas etarias más específicas que dividieran la muestra y permitieran una comparación más exhaustiva en dicha variable. Esto abre la posibilidad a una nueva investigación en donde la variable se encuentre bajo mayor control y sea menos permeable a este tipo de sesgos, máxime aún si se tiene en cuenta que en los diferentes años de cursada convergen alumnos con edades bastante disímiles entre sí.

Otra posible explicación del resultado, podría sustentarse en el reconocimiento de cierta variable enmascarada que haya operado subrepticamente. En este sentido, podría aludirse explícitamente a la investigación de Hojat (2004) quien sostiene que a medida que un estudiante avanza en su carrera, se va produciendo un “adormecimiento emocional” donde, según él, la empatía disminuye en pos de una mayor objetividad y cierto control de las reacciones emocionales. Hojat entiende eso como parte fundamental en el proceso de asunción de una personalidad profesional como parte del aprendizaje.

Ahora bien, el “adormecimiento emocional” que Hojat plantea, ¿cómo puede saberse que está influenciado por el avance en la carrera (que por cierto en esta investigación no dio significativo) o más bien por el avance en la edad (es claro que a medida que el alumno avanza en la carrera va aumentando su edad)? ¿Cómo saber si es la carrera la ocasionante de lo que Hojat plantea? ¿O lo es la edad? (como aquí se evidenció) ¿O serán ambas? Sin dudas carrera y edad son variables que se solapan entre sí y por ende es necesario controlarlas con más precisión en futuros trabajos en pos de una mayor consistencia en los resultados.

La tercera hipótesis planteada en esta investigación establecía que las mujeres poseen mayores niveles de empatía que los hombres. Al respecto, los datos obtenidos exponen resultados significativos entre el sexo y el

Componente Emocional de la Empatía (incluidas sus dos dimensiones), presentando las mujeres puntuaciones más elevadas con respecto a los hombres, no así, en el Componente Cognitivo en el que no se hallan diferencias significativas entre los grupos.

En base a los resultados recientemente expuestos, se puede decir que las mujeres dan cuenta de una mayor respuesta empática, tanto de cariño, compasión, preocupación, malestar y/o ansiedad, ante las experiencias negativas de los otros; ya sean sentimientos en relación al otro o al yo.

Todo ello está en consonancia con lo expuesto por Baron-Cohen (2009), quien explica que el cerebro femenino está predominantemente estructurado para la empatía, mientras que el masculino se encuentra estructurado para entender y construir sistemas. Basándose en estudios estadísticos, clasifica dos tipos de cerebro: aquellos que tienen una capacidad empática más desarrollada reciben la denominación de tipo E, y aquellos en los que la capacidad de sistematización es superior a la de la empatía, se los nomina tipo S. Las investigaciones demuestran que las mujeres, en general, tienen un cerebro tipo E mientras que los hombres presentan uno de tipo S.

Por consiguiente, puede referirse que las mujeres experimentan una reacción emocional como consecuencia de una emoción de otra persona, con el fin de comprenderla, de predecir su comportamiento y su atmósfera personal; se advierte como un deseo natural de ayudar a aliviar el dolor del otro (Baron-Cohen, 2009).

En sintonía con la autora anterior, Hoffman (1977) traza la idea de un estereotipo cultural de la empatía en donde las mujeres presentan una mayor tendencia a ponerse en el lugar de la otra persona, mientras que los hombres tienden más a acciones instrumentales. Dicho de otro modo, las mujeres poseen una orientación afectiva pro-social más desarrollada que los hombres. Hoffman no descarta la influencia de estereotipos culturales transmitidos en la infancia como posibles facilitadores de estas diversidades.

Ahora bien, es también Hoffman (1977) quien, pese a la antigüedad de sus teorizaciones, plantea una interesante arista en este tema con gran implicancia actual, dado que entiende que las diferencias culturales podrían disminuirse o modificarse a través de programas sociales y educativos. En este punto, cabría mencionar que hoy en día la sociedad y por ende su cultura se

encuentran en una etapa de transformación, en donde la subjetividad tanto de la mujer como la del hombre, sus identidades y roles sociales se hallan en un creciente cambio. Desde hace años se educaba a las mujeres como el sexo “débil”, mientras que a los hombres se los rotulaba como “débiles” si expresaban su emocionalidad.

Existe una diferencia entre sexo y género. Este último, es una manera de interpretar la realidad a partir de los valores que tiene cada sociedad por el hecho de ser hombre o mujer. Estos valores son los que históricamente condicionan el rol que desempeñan las mujeres y los hombres en cada sociedad. La diferencia, no varía exclusivamente por distinciones biológicas, sino por la posición que dentro de cada cultura tienen cada uno de ellos. Así como el sexo es una condición biológica de ser hombre o mujer, el género responde a una condición cultural, siendo femenino o masculino. Existe una vinculación entre sexo y género asociada al nivel simbólico. De esta manera, lo masculino se encuentra ligado a estereotipos tales como: agresividad, actividad, razón, toma de decisiones, iniciativa, entre otros, mientras que lo femenino está asociado a la sumisión, obediencia, pasividad, sensibilidad e intuición (Oviedo, 2000).

En línea con lo anterior, Moya (2013), sostiene que existe una nueva concepción: la masculinidad y la feminidad representan dos conjuntos de habilidades conductuales y competencias interpersonales que los individuos, independientemente de su sexo, usan para relacionarse con su medio. Desde esta perspectiva, hombres y mujeres comparten muchas más cualidades psicológicas en su personalidad de lo que tradicionalmente se asumía. Socialmente se han ido sucediendo una serie de transformaciones en la mujer que tienen que ver con la igualdad, con las relaciones sociales, familiares y actitudinales. Aparece así también, una nueva imagen masculina que conlleva en sí cambios en su noción.

Por estos motivos surge la posibilidad de conceptualizar y reflexionar en este trabajo acerca del constructo de la empatía ligado a la transformación cultural, infiriendo que con el transcurso del tiempo los hombres sean cada vez más sensibles frente a los estados emocionales de los otros. Si bien existe una tendencia innata a reaccionar ante las manifestaciones emocionales de otra persona, esta capacidad va desplegándose en forma gradual y progresiva en

cada individuo, siempre enmarcada dentro de un contexto socio-cultural determinado, que permite o no el desarrollo de ciertas cualidades. La capacidad empática se adquiere a través de las relaciones interpersonales y la educación, siendo los cambios culturales los que educan en gran medida a las personas.

De esta manera, cabría esperar en futuras investigaciones que las diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a los niveles de empatía se vieran cada vez más difuminadas ya que las habilidades conductuales y competencias interpersonales que usan las personas para relacionarse con su medio resultan, en parte, independientes de su sexo y susceptibles de educación.

Con respecto a la cuarta hipótesis, la cual esbozaba que los estudiantes con carreras previas del área de Ciencias Sociales y Humanidades obtienen puntuaciones más elevadas en sus niveles de empatía con respecto a quienes hayan estudiado carreras de otras áreas de la ciencia o directamente no tengan estudios universitarios previos, se vio refutada.

La razón de ello, según la concepción llevada a cabo en esta investigación, no discrepa de la fundamentación explicitada en cuanto a la justificación de los resultados obtenidos a raíz de la primera hipótesis. En tal sentido, es lógico pensar que si la empatía no presenta variaciones a lo largo del devenir académico de los estudiantes (valga recordar que no se hallaron diferencias significativas entre los ciclos inicial y superior), con el mismo criterio es viable atribuir que una carrera previa tampoco incida en los niveles de empatía de un estudiante o no ser al menos una condición sine qua non para que ello ocurra, dado que la empatía, como ya se expresó sucesivas veces a lo largo de este trabajo, es un constructo multideterminado y sujeto a constantes variaciones a partir de las experiencias de vida de los sujetos y los marcos culturales de referencia.

Para concluir, en lo que atañe a las limitaciones de este trabajo y ulteriores sugerencias para futuras investigaciones, cabe referir que las divisiones de los ciclos de cursada consisten en: ciclo inicial (1°, 2° y 3° año) y ciclo superior (4° y 5°). Aquí se encuentra el tercer año de la formación incluido en el primer nivel, pudiendo ser éste un sesgo en los resultados, ya que en dicho año de cursada las asignaturas toman un giro importante en donde la

formación clínica adquiere mayor énfasis y el contacto de los alumnos con la profesión comienza a ser cada vez más orientado a la práctica. Esto requiere en ellos el desarrollo o el fortalecimiento de habilidades empáticas.

Por este motivo, se sugiere realizar posteriores investigaciones en donde se pueda realizar un relevamiento de datos año por año para luego establecer una comparación más exhaustiva de sus niveles empáticos y poder dilucidar si esta variable en la formación tiene incidencia o no en la educación y desarrollo de sus procesos empáticos.

Ahora bien, posicionándose en lo que plantea Richaud (2011), la empatía tiene presumiblemente una base genética, pero la interacción con los otros a través de las relaciones tempranas provee un contexto para su desarrollo. Los enfoques del rasgo de personalidad, sostienen que, en ambos aspectos de la empatía, cognitivo y afectivo, hay una disposición común subyacente.

Aquí se evidencia otra limitación del estudio y algunos interrogantes que incitan a futuras investigaciones sobre los niveles de empatía: ¿Cuáles eran los niveles empáticos de la muestra utilizada en años anteriores? Si tomáramos a un estudiante en particular, ¿Su nivel empático aumentaría a medida que avanza en su formación? ¿Cuáles son sus rasgos de personalidad? ¿Es una persona empática o no cuenta con esa habilidad?

Sería interesante proponer un futuro estudio longitudinal en donde se escogiera un grupo aleatorio de estudiantes universitarios de la carrera de Licenciatura en Psicología y se realizara una serie de evaluaciones que permitan medir su empatía, tanto afectiva como cognitiva, a lo largo de todo su proceso de formación. De esta manera, el control de variables que podrían influenciar en el estudio sería mucho más exhaustivo y se podría determinar con mayor precisión si a lo largo de su educación profesional su nivel empático tiene un curso creciente o no. Asimismo, la investigación podría complementarse con un test que evalúe rasgos de personalidad y de esta manera contar con mayor información sobre cada uno de los integrantes de la muestra.

Finalmente, es relevante exponer que el presente estudio posee también otra limitación en cuanto al sexo y la edad ya que la muestra utilizada no es equitativa con respecto a la cantidad de mujeres y hombres así como tampoco

la distribución etaria. La misma estuvo conformada por 154 mujeres y 46 hombres con edades que oscilaban entre los 18 y 54 años. Estas diferencias podrían sesgar los resultados obtenidos y, por lo tanto, se sugiere realizar una futura investigación donde la cantidad de participantes sea equilibrada para ambos grupos en cuanto a estas variables se refiere.

CAPÍTULO VI

6. Referencias bibliográficas.

- Acinas, P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2 (4). Recuperado de http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Burnout_en_cuidados_paliativos.pdf
- Alcorta, A., González, J., Tabilas, S., Rodriguez, F. & Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28 (5), 57-63.
- Allen, T. D. (2003). Mentoring others: A dispositional and motivational approach. *Journal of Vocational Behavior*, 62 (1), 134-154.
- Arango, O. E., Clavijo, S. Z., Lopera, I. C., & Sánchez, D. J. (2014). Formación académica, valores, empatía y comportamientos socialmente responsables en estudiantes universitarios. *Educación Superior*, 43 (169), 89-105.
- Auné, S., Abad, F. & Attorresi, H. (2015). Antagonismos entre concepciones de empatía y su relación con la conducta pro-social. *Psicología*, 17 (2), 137-149.
- Bachelor, A. & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. En M. Hubble, B. Duncan & S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 133-178). New York: American Psychological Association.
- Baron-Cohen, S. (2003). *The essential difference: Men, women and the extreme male brain*. London: Penguin.
- Batson, C. D. (1991). *The altruism question: Toward a social psychological answer*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Batson, C. D. & Shaw, L. L. (1991). Evidence for altruism: Toward a pluralism of prosocial motives. *Psychological Inquiry*, 2 (2), 107-122.
- Batson, C. D., Sager, K., Garst, E., Kang, M., Rubchinsky, K., & Dawson, K. (1997). Is empathy-induced helping due to self-other merging? *Personality and Social Psychology*, (73), 495-509.
- Bermejo, M. R., Ferrándiz, C. & Ferrando, M. (2004, september). *Design the intellectual profiles using multiple intelligence's model*. Symposium presented in Creta University, Greece.

- Bonilla, E. & Torres, L. (2013). Matricular las emociones en la escuela, una necesidad educativa y social. *Praxis & Saber*, 4 (8), 87-108.
- Bordin, E., S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252-260.
- Brammer, L. (1979). *Developing coping skills for career-related change*. Palo Alto, CA: American Institute for Research.
- Cabanillas, G., García, M., Morán, V. & Olaz, F. (2014). Diferencias de género en habilidades sociales en estudiantes universitarios de argentina. *Anuario electrónico de estudios en Comunicación Social*, 7 (2), 114-135.
- Carrasco, D., Bustos A., & Díaz, V. (2012). Orientación empática en estudiantes de odontología chilenos. *Estomatol Herediana*, 22 (3), 145-51.
- Chen, D., Lew, R., Hershman, W. & Orlander, J. (2007). Cross - sectional measurement of medical student empathy. *Gen Intern Med*, 22 (10), 1434-1438.
- Chlopan, B., McCain, M., Carbonell, J. & Hagen, R. (1985). Empathy: review of available measures. *Journal of personality and social psychology*, 48 (3), 635-653.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 2 (19), 205-221.
- Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, (10). Recuperado de https://www.uv.es/~friasnav/Davis_1980.pdf
- Davis, M. (1996). *A social psychological approach*. New York: Westview press.
- Decety, J. & Jackson, P. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3 (2), 406-412.
- Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana.
- Díaz, V., Muñoz, P., Duarte, G., Reyes, N., Caro, M., Calzadilla, S. & Reyes Martínez, M. C. (2014). Empatía en estudiantes de enfermería de la Universidad Mayor. *Aquichan*, 14 (3), 388-402.

- Eisenberg, N. & Fabes, R. (1991). Prosocial behavior and empathy: A multimethod, developmental perspective. *Personality and Social Psychology*, (12), 34-61.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, Regulation, and Moral Development. *Annual Review of Psychology*, (51), 665-697.
- Eisenberg, N. & Strayer, J. (1992). *La empatía y su desarrollo*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Ekman, P. (2008). *Emotional Awareness: Overcoming the Obstacles to Psychological Balance and Compassion*. New York: Holt.
- Eslinger, P. J. (1998). Neurological and Neuropsychological Bases of Empathy. *European Neurology*, (39), 193-199.
- Falconi, M., Micucci, P., Taboada, M., Garcés, M., García, M. & Cragno, A. (2010). Estudio descriptivo de los Grados de Empatía en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur. Recuperado de: <http://www.cienciasdelasalud.uns.edu.ar/docs/Abstrac%20estudio%20empatia.pdf>
- Feixas, G. & Miró, T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. & Márquez, M. (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24 (2), 284-298.
- Figley, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. London: Taylor and Francis, Ltd.
- Filippetti, V., López, M. & Richaud, M. (2012). Aproximación neuropsicológica al constructo de empatía: aspectos cognitivos y neuroanatómicos. *Revista Panamericana de Neuropsicología*, 6 (1), 63-86.
- Finn, S. (2008, March). *Empathy, Intersubjectivity, and the longing to be known: Why personality assessment Works*. Symposium presented in the Center for Therapeutic Assessment, Austin-Texas.
- Gallagher, H. L. & Frith, C. D. (2003). Functional imaging of "theory of mind". *Trends in Cognitive Sciences*, 7 (2), 77-83.
- Gallese, V. (2005). Embodied simulation: From neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4 (1), 23-48.
- Gaya, J. (2002). *La comunicación no verbal*. Barcelona: Kairós.
- Giordani, B. (1997). *La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff*. Bilbao:

Desclée de Brouwer.

- Goleman, D. (1999). *La práctica de la inteligencia emocional*. Madrid: Kairós.
- Goleman, D. (1998). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairos.
- Greenberg, M. (2003). *La educación del corazón: Emociones Destructivas, cómo entenderlas y superarlas*. Barcelona: Kairós.
- Grühn, D., Rebucal, K., Diehl, M., Lumley, M., & Labouvie-Vief, G. (2008). Empathy across the adult lifespan: Longitudinal and experience-sampling findings. *Emotion*, 8 (6), 753-765.
- Hoffman, M. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin*, (84), 712-722.
- Hoffman, M. (1984). *Interaction of affect and cognition in empathy. Emotions, cognition and behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Hoffman, M. L. (1991). Empathy, social cognition, and moral action. *Human Development*, 34 (2), 105-110.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and Moral: implications for caring and justice*. New York: Cambridge University Press.
- Hogan, R. D. (1969). Development of and empathy scale. *Counsulting and clinical psychology*, 33 (3), 307-316.
- Hojat, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education*, (38), 934-41.
- Horvath, A. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 561-573.
- Jessimer, M. & Markham, R. (1997). Alexithymia: A right hemisphere dysfunction specific to recognition of certain facial expressions. *Brain and Cognition*. 34(2), 246-258.
- Kunzmann, U. & Baltes, P. B. (2003). Wisdom-related knowledge: Affective, motivational and interpersonal correlatos. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29 (9), 1104-1119.
- Kuo, J., Cheng, J., Chen, Y., Liyneh, H. & Tsai, T. (2011). An exploration of empathy and correlates among Taiwanese nurses. *Japan Journal of Nursing Science* (9), 169–176.
- Lawton, M., Kleban, H., Rajagopal, D. & Dean, J. (1992). Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging*, 7 (2), 171-184.

- López-Pérez, B. & Fernández-Pinto, I. (2010). Diferencias de edad en empatía: desde la adolescencia hasta la tercera edad. *Ansiedad y Estrés*, 16 (3), 139-150.
- Maestre, J., Güil, R., Lopes, P., Salovey, P. & Gil-Olarte, P. (2006). Emotional Intelligence and Social and academic adaptation to school. *Psicothema*, (18), 112-117.
- Martí, J., Moncayo, E., & Martí-Vilar, M. (2011). Revisión de propuestas metodológicas para evaluar la responsabilidad social universitaria. *RIDU*, 8 (1), 77-94.
- Mayer & Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?* New York: Basic Books.
- Mayer, J., Caruso, D. & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27 (4), 267-298.
- Mehrabian, A. & Epstein, N. (1972). A measure of Emotional Empathy. *Journal of Personality*, 40 (4), 525-543.
- Mejía de Díaz, M. A. (2012). *Conducta empática en los estudiantes de las ciencias de la salud* (Tesis inédita de licenciatura). Universidad de los Andes, Venezuela.
- Mestre, V., Frías, N. & Samper, G. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16 (2), 255-260.
- Mestre, V., Frias, D. & Tur, A. M. (1997). Variables personales y empatía. En V. Mestre & E. Pérez-Delgado (Eds.), *Cognición y afecto en el desarrollo moral. Evaluación y programas de intervención* (pp. 163-193). Valencia: Promolibro.
- Mestre, V., Samper, P. & Frias, D. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta pro-social y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14 (2), 227-232.
- Mestre, V., Samper, P., Tur, A. & Díez, I. (2001). Estilos de crianza y desarrollo prosocial de los hijos. *Psicología General y Aplicada*, 54 (4), 691-703.
- Moore, D. J. (1996). Affect intensity and the consumers attitude toward high impact emotional advertising appeals. *Journal of Advertising*, 25 (2), 37–50.
- Moya, M. (2013). *Masculinidad-Feminidad y Factores Culturales* (Tesis inédita de licenciatura). Universidad de Granada, Granada.

- Navarro, A., Schindler, L. & Silva, F. (1987). Evaluación de la conducta del psicoterapeuta: Preferencias del cliente. *Evaluación Psicológica*, 3 (1), 101-123.
- Neumann, M., Edelhauser, F., Fischer, S., Wirtz, M., Woopen, C. & Haramati, A. (2011). La empatía declive y sus razones: una revisión sistemática de estudios con estudiantes de medicina y residentes. *Acad Med.*, 86 (8), 996-1009.
- Nielsen, K. A. (1977). Aggression, empathy and self esteem in latency aged and adolescent males in a residencial treatment center for emotionally disturbed children. *Psychological Bulletin*, 103 (3), 324-344.
- Ovejas, I. (2011). Competencia emocional y rendimiento académico en el alumnado universitario. *Revista de Comunicación Vivat Academia*, (117), 1-17.
- Oviedo, E. (2000). Los nuevos modelos de mujer y hombre a través de la publicidad. *Comunicar*, (14), 208-217.
- Palou, S. (2008). *Sentir y Crecer. El crecimiento emocional en la infancia*. Barcelona: Graó.
- Pastor, R. A. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de psicología*, 22 (3), 323-339.
- Pérez-Albéniz, A., De Paúl, J., Etxeberria, J. Montes, M. & Torres, E. (2003). Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, (15), 267-272.
- Preston, S. D. & de Waal, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, (25), 1-72.
- Retuerto, P. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología*, 22 (3), 323-339.
- Richaud, M. C. (2011). *¿La empatía es disposicional o social?: La compleja relación entre la empatía y la prosocialidad*. Recuperado de <http://www.austral.edu.ar/cerebroypersona/wp-content/uploads/2016/05/Maria-Cristina-Richaud-Empatia-y-prosocialidad.pdf>
- Rivera I., Arratia, R., Zamorano, A & Díaz, V. (2011). Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología. *Salud Uninorte*, 27 (1), 63-72.
- Riviére, A. & Nuñez, M. (1996). *La mirada mental: Desarrollo de las*

- capacidades cognitivas interpersonales*. Madrid: Aique.
- Rogers, C. (1992). *El proceso de convertirse en persona*. Estados Unidos: Universidad de Wisconsin.
- Rogers, C. (1980). *Persona a persona*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Rojas, A. M., Castañeda, S. & Parraguez, A. R. (2009). Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiología de Chile. *Educ Med.*, 12 (2), 103-109.
- Sánchez, J. & Gaya, J. (2003). *La empatía en la docencia*. Recuperado de <https://andamiando.files.wordpress.com>la-empatc3ada-en-la-docencia>
- Schore, A. (2002). The neurobiology of attachment and early personality organization. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, (16), 249-264.
- Seitz, R. J., Nickel, J. & Azari, N. (2006). Functional Modularity of the Medial Prefrontal Cortex: Involvement in Human Empathy. *Neuropsychology*, 20 (6), 743-751.
- Stotland, E. (1969). Exploratory investigations of empathy. *Advances in experimental social psychology*, (4), 271-314.
- Vallaes, F. & De la Cruz, S. (2009). *Responsabilidad social universitaria. Manual de primeros pasos*. Madrid: McGraw Hill Interamerica.
- Vallés, C. (2000). *Inteligencia emocional: aplicaciones educativas*. Madrid: EOS.
- Viloria, C. (2005). La educación emocional en edades tempranas y el interés de su aplicación en la escuela: programas de educación emocional, nuevo reto en la formación de los profesores. *Tendencias Pedagógicas*, (10), 109-123.
- Wilson, S., Prescott, J. & Beckett, G. (2012). Empathy levels in first- and third-year students in health and non-health disciplines. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 76 (2). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3305933/>
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I. & Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: Una sistematización. *Terapia Psicológica*, 4 (11), 34-40.

- Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call for a concept a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, (50), 314-321.
- Zapata, M. P. & Castaño, L. C. (2011). *La empatía: ¿Un concepto unívoco?* Colombia: Universidad de Manizales.

CAPÍTULO VII

7. ANEXOS.

Soy estudiante de la Universidad Abierta Interamericana y en concepto de realizar mi tesina de grado para la obtención del título de Licenciada en Psicología, solicito su colaboración completando lo que a continuación se detalla. La información obtenida es absolutamente confidencial y anónima. Su participación es voluntaria. No hay respuestas correctas o incorrectas. Los resultados serán utilizados sólo con fines académicos y científicos, por lo que no se realizarán devoluciones del test administrado. Desde ya muchas gracias por su participación.

A continuación, le pido que responda o circule una opción (según el caso) del siguiente cuestionario.

Edad:

Sexo:

1- Femenino

2- Masculino

Ocupación:

Año de cursada¹:

1- ciclo inicial (1°, 2° o 3°)

2- ciclo superior (4° o 5°)

¿Realizó otra carrera previamente?:

1- Sí

2- No

¹ Indique el ciclo en el cual usted cursa la mayor cantidad de materias.

En caso afirmativo, ¿dentro de qué área de la ciencia aparece enmarcada dicha carrera?

- 1- Ciencias Exactas y Naturales (No Biológicas)
- 2- Ciencias Agrarias, de Ingeniería y Materiales
- 3- Ciencias Biológicas y de la Salud
- 4- Ciencias Sociales y Humanidades
- 5- Otra:

Consigna

Las siguientes frases se refieren a sus pensamientos y sentimientos en diferentes situaciones. Indique cómo se describen eligiendo del 1 al 5 (1 = no me describe bien; 2 = me describe un poco; 3 = bastante bien; 4 = bien y 5 = me describe muy bien). Lea cada frase cuidadosamente antes de responder.

	1	2	3	4	5
1. Sueño, bastante a menudo, acerca de las cosas que me podrían suceder.					
2. Me preocupa y conmueve la gente con menos suerte que yo.					
3. Encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.					
4. No me preocupan los problemas de los demás.					
5. Me identifico con los personajes de una novela.					
6. En situaciones de riesgo, tengo miedo.					
7. No me involucro con los personajes de películas u obras de teatro.					
8. Cuando tengo que decidir algo escucho diferentes opiniones.					
9. Tiendo a proteger a los que les toman el pelo.					
10. Me siento vulnerable (no sé qué hacer) frente a una situación muy emotiva.					

11.Intentó comprender mejor a mis amigos/as imaginándome cómo ven ellos/as las cosas.				
12.Me es difícil entusiasmar me con un buen libro o película.				
13.Cuando veo a alguien herido, no me asusto.				
14.Las desgracias (dolor) de otros no me molestan mucho.				
15.Si estoy seguro/a de que tengo la razón en algo, no pierdo tiempo escuchando los argumentos de los demás.				
16.Después de ver una obra de teatro o cine, me siento como si fuera uno/a de los personajes.				
17.Cuando estoy en una situación emocionalmente tensa, me asusto.				
18.Cuando veo que alguien está siendo tratado injustamente, no siento compasión por él/ella.				
19.Normalmente soy bastante eficaz (sé qué hacer) en situaciones difíciles.				
20. Me altero por las cosas que veo que ocurren alrededor.				
21.Pienso que para cada situación hay diferentes puntos de vista, e intento tenerlos en cuenta.				
22.Me describiría como una persona bastante sensible.				
23.Cuando veo una buena película puedo ponerme muy fácilmente en el lugar del/la protagonista.				
24.Tiendo a perder el control frente a situaciones difíciles.				
25.Cuando estoy disgustado/a con alguien, intento ponerme en su lugar por un momento.				
26.Cuando estoy leyendo una historia interesante o una novela, imagino cómo me sentiría si los acontecimientos de la historia me sucedieran a mí.				
27.Cuando veo a alguien que necesita urgentemente ayuda en una emergencia no sé qué hacer.				