



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 15/01/2019. Aceptado: 02/07/2019

“CUANDO LA EMPATÍA DUELE”. EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL Y PROPUESTAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL DE LA EMPATÍA

“WHEN EMPATHY HURTS”. MULTIDIMENSIONAL EVALUATION AND PROPOSALS FOR EMOTIONAL REGULATION OF EMPATHY

Teresa Guilera¹, Iolanda Batalla²

¹MD PhD. Médico especialista en psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Santa María. Gestió de Serveis Sanitaris (GSS), Lleida. Investigador del Grupo de Investigación: Fundamentos biológicos de los trastornos mentales. Instituto de Investigación Biomédica de Lleida Fundación Dr. Pifarré (IRBLleida), Lleida. ²MD PhD. Médico especialista en psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Santa María. Gestió de Serveis Sanitaris (GSS), Lleida. Investigador del Grupo de Investigación: Fundamentos biológicos de los trastornos mentales. Instituto de Investigación Biomédica de Lleida Fundación Dr. Pifarré (IRBLleida), Lleida. Profesor asociado. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Lleida (UdL).

Correspondencia: Teresa Guilera Lladós. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Santa María. Avenida Rovira Roure, 44 25198 Lleida, Spain
Tel: 636417206, Email: tguilera37@gmail

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2019;10:20-28



RESUMEN

Introducción. La empatía es la capacidad de identificar los pensamientos y sentimientos de los demás, y responder con una emoción adecuada. El modelo multidimensional permite discriminar entre la empatía cognitiva y afectiva. Si hay un bloqueo en la regulación emocional, la empatía puede transformarse en ansiedad y dolor.

Objetivos. Explorar el modelo multidimensional de la empatía y plantear propuestas de regulación emocional en función del género y de los valores extremos de empatía.

Métodos. Estudio observacional en una muestra de 151 estudiantes universitarios. Se evalúa el modelo multidimensional de la empatía mediante las subescalas del *Interpersonal Reactivity Index*: empatía cognitiva (*IRI-Perspective Taking*, *IRI-Fantasy Scale*) y empatía afectiva (*IRI-Empathetic Concern*, *IRI-Personal Distress*). La escala *Empathy Quotient* permite detectar los valores extremos de empatía.

Resultados. La mayoría de los participantes, 110 (78.8%) eran mujeres. 130 (86.1%) tenían niveles de empatía medios, 11 (7.3%) mostraron empatía baja y 10 (6.6%) empatía muy alta. La empatía fue mayor en mujeres en *IRI-Fantasy Scale* ($p=0.042$), *IRI-Empathetic Concern* ($p=0.002$) y en *Empathy Quotient* (0.047). Los sujetos con empatía muy alta tenían puntuaciones mayores en *IRI-Perspective Taking* ($p=0.005$) y en *IRI-Empathetic Concern* ($p<0.001$).

Discusión. Los resultados de este estudio permiten plantear propuestas de regulación emocional de la empatía en función del género y valores extremos. En hombres y sujetos con empatía baja se propone entrenar la empatía cognitiva, y en mujeres y en sujetos con empatía muy alta se propone modular la empatía afectiva, reeducando la respuesta emocional inadecuada y ofrecer soporte en la elaboración de experiencias personales.

Palabras clave: Ansiedad, Dolor, Empatía, Género, Regulación emocional.

ABSTRACT

Introduction. Empathy is the ability to identify and understand the thoughts and feelings of others and to respond with appropriate emotions. The multidimensional model allows discriminating between cognitive and affective empathy. If there is a blockage of the emotional regulation, empathy can be transformed into anxiety and pain.

Aims. Explore the multidimensional model of empathy, and put forward proposals for emotional regulation based on gender and the extreme values of empathy.

Methods. Observational study in a sample of 151 university students. The multidimensional model of empathy is evaluated using the subscales of the *Interpersonal Reactivity Index*: cognitive empathy (*IRI-Perspective Taking*, *IRI-Fantasy Scale*) and affective empathy (*IRI-Empathetic Concern*, *IRI-Personal Distress*). The *Empathy Quotient* allows detection of extreme values of empathy.



Results. Most participants 110 (78.8%) were women, 130 (86.1%) had average scores of empathy, 11 (7.3%) showed low empathy and 10 (6.6%) very high scores of empathy. Empathy scores were higher in women in IRI-Fantasy Scale ($p = 0.042$), IRI-Empathetic Concern ($p = 0.002$) and in Empathy Quotient (0.047). Participants with very high empathy scores had higher scores in IRI-Perspective Taking ($p = 0.005$) and in IRI-Empathetic Concern ($p < 0.001$).

Discussion. The results of this study allow making proposals for emotional regulation of empathy, based on gender and extreme values. We propose training cognitive empathy (putting yourself in the place of another in a fictional context) and modulating affective empathy (re-educate inadequate emotional response and offer support in the elaboration of personal experiences).

Keywords: Anxiety, Empathy, Emotional Regulation, Gender, Pain

INTRODUCCIÓN

La empatía es una emoción social compleja, definida como la capacidad de identificar las emociones y pensamientos de otra persona, y responder con una emoción adecuada (Baron-Cohen & Wheelwright 2004). En 1959 Carl Rogers define empatía como la habilidad de percibir la estructura interna de referencia de otra persona con precisión, "como si" se tratara de la otra persona.

El modelo multidimensional de la empatía (Davis, 1983) describe la empatía afectiva como el resultado del proceso pasivo al experimentar una emoción más o menos similar, y que si no se regula correctamente genera sentimientos intensos de dolor y sufrimiento. Mientras que la empatía cognitiva es el resultado del proceso activo en el que compartir las emociones lleva a un mejor entendimiento del sujeto observado. La empatía cognitiva es exclusiva del ser humano y sirve para ejecutar una conducta apropiada de ayuda al otro. De esta manera al comprender "al otro" se percibe el mundo de manera diferente y desde diferentes perspectivas.

En la empatía genuina la cognición y la emoción se expresan de forma moderada, es decir, se superponen los dos componentes de la empatía (Hojat et al., 2011). Batson & Shaw (1991) proponen que la empatía genuina implica una conducta de ayuda a los demás, motivada para reducir el malestar del "otro", y la distinguen de la empatía centrada en "uno mismo" en la que la conducta de ayuda es para reducir

el propio malestar. La diferencia entre sentir malestar o sentir empatía radicaría en la habilidad de la toma de perspectiva, es decir, en aprender a ponerse en el lugar del "otro" pero sin perder nunca la condición "como si" a la que aludía Rogers.

Recientemente se está hablando del término tele-empatía (Fierro, 2015) como una forma de comunicación basadas en imágenes, sentimientos y sensaciones afines, que permite un intercambio emocional que puede influir emocionalmente sobre el receptor. Las imágenes reiteradas de violencia y desgracia ajena que muestran los medios de comunicación de masas o *mass media* (cine, radio, prensa y redes sociales), influyen negativamente en la empatía afectiva, la persona se habitúa a la tragedia, y se desensibiliza para no sentir (Vossen et al, 2016).

Según un reciente estudio realizado por nuestro equipo, que analiza la evolución de la empatía, la única subescala del modelo multidimensional de la empatía que se modificó durante el seguimiento, fue la *IRI-Fantasy Scale* (Guilera et al., 2018). Teniendo en cuenta que esta escala mide la tendencia a identificarse con personajes de ficción a través de los *mass media* (cine, literatura y arte), las propuestas de intervención basadas en entrenamiento de esta habilidad, podrían mejorar la toma de perspectiva y la conducta empática.

La regulación emocional es esencial en la empatía, ya que permite mantener una clara distinción entre nuestras propias emociones y aquellas que pertenecen a otros (Filipetti, 2012).

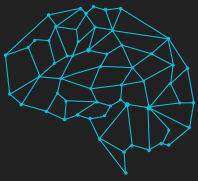


Figura 1. Regulación emocional ante la percepción del dolor ajeno. Adaptación del modelo planteado de Hadjikhani (2014).

Según el modelo de regulación emocional de la empatía, planteado por Hadjikhani (2014), ante la percepción del dolor ajeno se activaría una primera fase de alerta afectiva, la que permitiría sentir las emociones de los demás en el propio cuerpo, y que correspondería a la empatía afectiva. En la segunda fase se activarían las áreas cerebrales que procesan y permiten entender las emociones experimentadas. También en esta fase de empatía cognitiva se activarían las zonas especializadas en la identificación de las expresiones faciales de las emociones y del lenguaje corporal. La tercera fase de este modelo sería la regulación emocional, en la que los mecanismos de reevaluación permiten disminuir la alerta inicial y pasar a la fase de conducta, que implicaría acercarnos a la persona que está sufriendo, expresar el afecto y ayudar al "otro" (Figura 1).

Cuando la reacción de alerta afectiva es muy intensa, habría una menor comprensión de la emoción, y según el modelo planteado por Hadjikhani, habría una necesidad mayor de regulación de las emociones, y un incremento en la actividad de los circuitos de reevaluación y retroalimentación, llegando a bloquear el proceso. Cuando hay un bloqueo en la regulación emocional, la empatía podría transformarse en ansiedad y dolor, no siendo posible pasar a la fase de conducta efectiva de ayuda.

La fase de regulación de la empatía cognitiva podría estar relacionada con el concepto de metacognición, que hace referencia a la capacidad de autorregular los procesos de aprendizaje, permitiendo adoptar diferentes perspectivas, elegir las estrategias más adecuadas y actuar de manera más eficaz en situaciones similares. Por tanto, el desarrollo de habilidades metacognitivas favorece el desarrollo del pensamiento crítico, estimula la capacidad de observación y autorreflexión (Brown, 1987).

El objetivo de este estudio es explorar el modelo multidimensional de la empatía y plantear propuestas de regulación emocional en función del género y de los valores extremos de empatía.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional en una muestra de 151 estudiantes universitarios, de la Facultad de Medicina de la Lleida (UdL), que aceptan mediante consentimiento informado participar de forma voluntaria en este estudio.

Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de Lleida CEIC-1515, de acuerdo con la declaración de Helsinki del 1975, según su revisión en 1983 y actualización de Taipei de 2016.

Los participantes cumplieron el cuestionario en el que se recogieron variables sociobiográficas y psicométricas. Se utilizaron dos instrumentos de medida de la empatía:

- *Interpersonal Reactivity Index (IRI)* de enfoque multidimensional que permite discriminar entre la empatía cognitiva y afectiva (Davis, 1983; Pérez-Albéniz, 2003; Mestre Escrivá et al., 2004; Neumann et al., 2012). Interpersonal Reactivity Index consta de cuatro subescalas de siete ítems cada una, con un rango de puntuaciones de 0-28. Dos subescalas miden la empatía cognitiva: IRI-Perspective Taking (IRI-PT) indica los intentos espontáneos del sujeto para adoptar la perspectiva del otro ante situaciones reales de la vida cotidiana. IRI-Fantasy Scale (IRI-FS) mide la tendencia a identificarse con personajes del cine y de la literatura, es decir, mide la capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias. Dos subescalas miden la empatía afectiva: IRI-Empathetic Concern (IRI-EC) evalúa los sentimientos de compasión, preocupación y ternura ante el malestar del otro. IRI-Personal

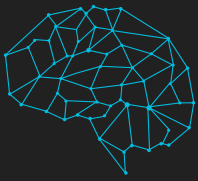


Tabla I. Enfoque multidimensional del Interpersonal Reactivity Index.

INTERPERSONAL REACTIVITY ÍNDEX			
Empatía cognitiva (proceso activo)	Perspective Taking	Empatía intelectual	Emoción empática activa y organizada
	Fantasy	Empatía virtual	Emoción virtual
Empatía afectiva (proceso pasivo)	Empathetic Concern	Empatía afectiva o emocional positiva	"Sentir empatía" Sentimientos orientados al otro
	Personal Distress	Empatía afectiva o emocional negativa	"Sentir malestar" Sentimientos orientados hacia uno mismo

Tabla II. Análisis descriptivo de la muestra.

Variables socio-biográficas N=151		
Edad	22 (21-23)	
Sexo hombre	32 (21.2%)	
mujer	119 (78.8%)	
Variables psicométricas		
IRI-PT (Perspective Taking)	19 (17-22)	
IRI-FS (Fantasy Scale)	18 (14-22)	
IRI-EC (Empathetic Concern)	22 (20-24)	
IRI-PD (Personal Distress)	8 (5-12)	
Escala de empatía	EQ (Empathy Quotient)	50 (43-57)
	Empatía baja (0-32)	11 (7.3%)
	Media (33-52)	75 (49.7%)
	por encima de la media (53-63)	55 (36.4%)
	muy alta (63-80)	10 (6.6%)

Las variables cuantitativas se describen con la mediana (RI); RI, Rango Intercuartílico. Las variables cualitativas se describen con el número y porcentaje

Distress (IRI-PD) mide los sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás (Tabla I).

- *Empathy Quotient (EQ)*. Se basa en el modelo psicológico de dos dimensiones: empatía y sistematización, propuesto por Baron-Cohen (Baron-Cohen & Wheelwright, S., 2004). Consta de 60 ítems, 40 de empatía y 20 de control. Rango de puntuaciones de 0-80. Mide la empatía cognitiva y afectiva en adultos. Permite clasificar la empatía en cuatro categorías: Empatía baja (0-32), media (33-52), por encima de la media (53-63), y muy alta (64-80), facilitando la comparación entre grupos.

En el análisis descriptivo de los datos se obtuvieron porcentajes para las variables cualitativas. Las escalas de empatía mostraron una distribución no normal, evaluada

mediante la prueba de Shapiro-Wilks, para las cuales se obtuvo la mediana y el rango intercuartílico. El análisis de la relación entre el modelo multidimensional de la empatía en función del género y de los valores extremos, se llevó a cabo mediante la prueba de U de Mann-Whitney. Todas las pruebas fueron bilaterales, estableciendo el nivel de significación de 0.05. Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

De los 151 estudiantes de medicina, 119 (78.8%) eran mujeres y 32 (21.2%) eran varones. La mayoría 110 (72.9%) eran de cursos avanzados y 41 (27.1%) de cursos iniciales. La media de edad era de 22 años. La mayoría de los participantes 130 (86.1%) tenían puntuaciones de empatía (*Empathy Quotient*) medias y por encima de la media. Es importante destacar aquellos sujetos con valores extremos de empatía, 11 (7.3%) empatía baja y 10 (6.6%) empatía muy alta (Tabla II).

La tabla III muestra la relación entre el modelo multidimensional de la empatía y el género. Se observaron diferencias de género estadísticamente significativa en la escala *Empathy Quotient* ($p=0.047$), siendo mayor en mujeres. Asimismo, las mujeres mostraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de la empatía cognitiva *IRI-Fantasy Scale* ($p=0.042$) y en la subescala de la empatía afectiva *IRI-Empathetic Concern* ($p=0.002$).

La tabla III también muestra la relación entre el modelo multidimensional de la empatía y los valores extremos de empatía. Los sujetos con empatía muy alta tenían puntuaciones estadísticamente significativas más altas en la subescala de la empatía cognitiva *IRI-Perspective Taking* ($p=0.005$) y en la de la empatía afectiva *IRI-Empathetic Concern* ($p<0.001$). Aunque no se observaron diferencias estadísticamente signi-

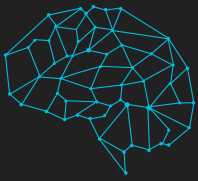


Tabla III. Relación entre el modelo multidimensional de la empatía en función del género y de los valores extremos.

Género	Hombre n=32	Mujer n=119	Valor pa
IRI-PT	18 (16-21)	19 (17-23)	0.228
IRI-FS	14.5 (11-22)	18 (15-22)	0.042
IRI-EC	20 (16.7-22.2)	23 (21-25)	0.002
IRI-PD	6 (4-9.25)	8 (6-12)	0.092
EQ	44 (39-54.5)	51 (44-57)	0.047
Valores extremos	Empatía baja n=11	Empatía muy alta n=10	Valor pa
IRI-PT	15 (10-20)	22 (18.25-23)	0.005
IRI-FS	18 (11-20)	21.5 (16.5-24.25)	0.085
IRI-EC	14 (7-18)	24 (22.75-26.25)	<0.001
IRI-PD	9 (7-16)	6 (3.75-9.75)	0.072

Las variables se describen con las medianas y rangos intercuartílicos. JSPE, Jefferson Scale of Physician Empathy; IRI, Interpersonal Reactivity Index; PT, Perspective Taking; FS, Fantasy Scale; EC, Empathetic Concern; PD, Personal Distress; EQ, Empathy Quotient. a. Prueba de U de Mann-Whitney

ficativas, los sujetos con mayor empatía tenían puntuaciones más altas en la subescala *IRI- Fantasy Scale* y más bajas en la subescala *IRI-Personal Distress*, en relación a los sujetos con valores extremos bajos de empatía.

DISCUSIÓN

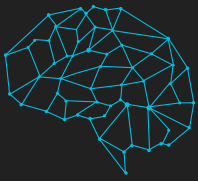
Este estudio explora el modelo multidimensional de la empatía y plantea propuestas de regulación emocional en función del género y de los valores extremos de empatía.

La combinación de las dos escalas de empatía utilizadas en este estudio aporta información relevante a tener en cuenta en la investigación de la empatía como emoción social compleja que es. La escala *Empathy Quotient* que mide tanto la empatía cognitiva como afectiva, permite la clasificación en cuatro categorías, detecta los valores extremos de empatía y facilita la comparación entre grupos. Las subescalas del modelo multidimensional del *Interpersonal Reactivity Index* permiten discriminar diferentes aspectos de la empatía afectiva y cognitiva, de gran utilidad a la hora de plantear propuestas de regulación emocional de la empatía.

Al igual que en estudios previos, la empatía fue mayor en mujeres en la escala *Empathy Quotient* (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004) y en algunas de las subescalas del *Interpersonal Reactivity Index* (Neumann et al., 2012, Grau et al., 2017). En comparación con los hombres, las mujeres de nuestra muestra tenían mayor empatía tanto cognitiva como afectiva. Es decir, mayor capacidad imaginativa para ponerse en situaciones ficticias, y ante el sufrimiento ajeno presentaban mayores sentimientos de compasión, preocupación y ternura. La superioridad femenina en esta habilidad, según la teoría evolutiva del sexo, podría explicar estos resultados (Trofimova, 2015). Sin embargo, aunque las mujeres sientan el dolor de los demás con mayor facilidad, si no tienen una empatía cognitiva conservada para distinguir las emociones de los demás de las propias otro sin sobreimplicación emocional, pueden llegar a sufrir en exceso, bloqueando el proceso de regulación emocional.

En cuanto a los valores extremos, los sujetos de nuestra muestra con empatía muy alta en comparación con los de baja empatía, mostraban mayor habilidad para adoptar de forma espontánea, la perspectiva del "otro" ante situaciones reales de la vida cotidiana, y ante el sufrimiento ajeno presentaban intensos sentimientos de preocupación y malestar emocional. Los estudiantes con empatía muy alta que participaron en nuestro estudio, expresaban que sentían el dolor físico de los demás y sufrían con ellos (Guilera et al., 2018). Aunque la sintomatología ansiosa y el malestar emocional, que les impedía mostrar una conducta eficaz de ayuda, estaban presentes tanto en los valores extremos altos como bajos de empatía, los sujetos con empatía alta tienen conservada la empatía cognitiva y los de baja empatía no, siendo el mecanismo mediante el cual se bloquea el proceso de regulación emocional distinto. Por tanto, la capacidad de percepción empática medida con la subescala *IRI- Empathetic Concern* permitiría discriminar el malestar emocional de los sujetos con valores extremos de empatía. Y también permitiría diferenciarlos de la psicopatía, es decir, aquellos sujetos con baja empatía afectiva y empatía cognitiva conservada, que no sienten el dolor ajeno y actúan en función de sus propias necesidades sin importar el daño infligido en los demás (Wai & Tiliopoulos, 2012).

Basándonos en el modelo planteado por Hadjikhani en 2014, pensamos que los sujetos con empatía muy alta identificarían correctamente la expresión facial de una emoción, pero al sentir intensamente el malestar del "otro", se apar-



tan. La empatía se transformaría en dolor cuando el foco de atención a los demás se pierde, no siendo posible distinguir entre el malestar y dolor de "uno mismo" y del "otro", y perdiendo la condición del "como si" de Rogers (1959). Teniendo en cuenta que la subescala del *IRI-Fantasy Scale* es la única que puede cambiar a lo largo del tiempo (Guilera et al., 2018), para conseguir modular las emociones cuando la empatía es muy alta una de nuestras propuestas sería entrenar la toma de perspectiva en situaciones no reales, en el contexto de ficción y realidad virtual, para que una vez conseguido regular las emociones volver a dirigir el foco de atención hacia fuera y pasar a la acción efectiva de ayuda. Por tanto, el entrenamiento con programas de desensibilización sistemática, similar a los utilizados en el tratamiento de las fobias, podría modificar los efectos negativos sobre la empatía afectiva que pueden producir los mass media en aquellos sujetos con una empatía muy alta. La habilidad de la empatía virtual o tele-empatía, que podría ser medida con la subescala del *IRI-Fantasy Scale*, refuerza el concepto autorregulador de la metacognición (Brown, 1987). Es decir, nos informa sobre las posibilidades para cambiar, para adoptar diferentes perspectivas en búsqueda de soluciones, mantener una actitud abierta, desarrollar el espíritu crítico para actuar en el futuro de forma más congruente ante el dolor ajeno.

Por otra parte, pensamos que los sujetos con empatía baja presentan dificultad en la identificación, y comprensión de las emociones del "otro". En estos casos, ante el dolor ajeno presentarían intensa ansiedad, una mayor actividad de los circuitos de reevaluación y retroalimentación, llegando a bloquear el proceso de regulación emocional. Tampoco mostrarían una actitud eficaz de ayuda y no serían capaces de expresar el afecto. (Hadjikhani, 2014). Aprender a identificar de forma sistemática las expresiones faciales de las emociones básicas podría ayudar a las personas con baja empatía a mejorar las habilidades sociales básicas para integrarse mejor en la sociedad.

La regulación emocional es un campo de estudio que en los últimos años está proporcionando datos muy relevantes para una mejor comprensión de los trastornos mentales desde una perspectiva transdiagnóstica, y está contribuyendo a mejorar el abordaje de estos problemas (García, 2017). Los resultados de este estudio permiten plantearnos propuestas de regulación emocional de la empatía en función del género y de los valores extremos de empatía. En hombres y sujetos con empatía baja se propone entrenar la empatía cognitiva, es decir, el ponerse

Tabla IV. Propuestas de regulación emocional de la empatía en función del género y de los valores extremos de empatía.

Género	Hombres	Entrenar la empatía cognitiva	Ponerse en el lugar del otro en el contexto de ficción y realidad virtual, para ayudar a dirigir el foco de atención hacia los demás.
	Mujeres	Modular la empatía afectiva	Reeducación de la respuesta emocional inadecuada y ofrecer soporte en la elaboración de experiencias personales.
Valores extremos de empatía	Empatía baja	Entrenar la empatía cognitiva	Aprender a observar y leer de forma sistemática las emociones básicas en las expresiones faciales.
	Empatía muy alta	Modular la empatía afectiva	Reeducación de la respuesta emocional inadecuada y ofrecer soporte en la elaboración de experiencias personales.

en el lugar del otro en el contexto de ficción. Mientras que en mujeres y en sujetos con empatía muy alta se propone sobre todo modular la empatía afectiva, reeducar la respuesta emocional inadecuada, y ofrecer soporte en la elaboración de experiencias personales (Tabla IV). Más allá del tratamiento sintomático con psicofármacos, la información que aporta el estudio multidimensional de la empatía permite un abordaje psicoterapéutico más individualizado y personalizado enfocado a que los sujetos con alta empatía, no tengan miedo a sentir, y los de baja empatía aprendan a identificar las emociones básicas de los demás para mejorar su adaptación social.

Por tanto, sería importante desde la psiquiatría y psicología, identificar el momento a partir del cual el proceso de regulación emocional de la empatía se bloquea, sobre todo en aquellos sujetos con alta empatía afectiva. Con una intervención psicoterapéutica precoz posiblemente se evitaría que el malestar emocional se pueda cronificar, y se transforme en ansiedad y dolor.

Una de las limitaciones de este estudio es el alto porcentaje de mujeres. Y aunque este estudio haya sido realizado en una muestra de estudiantes de medicina, los resultados son fácilmente extrapolables a la población general.



Este estudio abre líneas de investigación en psiquiatría, no exploradas hasta el momento, de la regulación emocional de la empatía en los trastornos de ansiedad y supone un avance en el estudio de la etiopatogenia de los trastornos psicosomáticos.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los estudiantes de medicina de la Universitat de Lleida (UdL) que participaron de forma voluntaria en este estudio.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

- Financiación. Este proyecto no ha recibido financiación.
- Contribución. El autor Teresa Guilera diseñó el estudio, analizó los resultados y redactó el artículo. El autor Iolanda Batalla participó en el diseño del estudio, análisis de los resultados y en la revisión del manuscrito.
- Conflictos de intereses. Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Mental Disorders*, 34, 163–75.
2. Batson, C. D., & Shaw, L. L. (1991). Evidence for altruism. Toward a pluralism of prosocial motives. *Psychological Inquiry*, 2, 107–22.
3. Brown, A. L. (1987). Metacognition, executive control, self-regulation and other more mysterious mechanisms. En F. E. Weinert & R. H. Kluwe (Eds.), *Metacognition, motivation and understanding*, 65- 116. Hillsdale, Nueva Jersey: Erlbaum.
4. Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-26.
5. Fierro, A. (2015). Tele-empatía, en Fundación Unicaja etclibros:estudios (ed): *Contra inhumanidad*. Málaga, 140-5.
6. Filippetti, V. A., López, M. B., & Richaud, M. C. (2012). Aproximación Neuropsicológica al constructo de empatía: Aspectos cognitivos y neuroanatómicos. *Cuadernos de Neuropsicología*, 6, 63-83.
7. García, A. (2017). Regulación emocional como aspecto transdiagnóstico en psicopatología. *Psicosomática y psiquiatría*, 1:3-5.
8. Grau, A., Toran, P., Zamora, A., Quesada, M., Carrion, C., Vilert, E. et al. (2017). Evaluación de la empatía en estudiantes de Medicina. *Educación Médica*, 18(2), 114–20.
9. Guilera, T., Batalla, I., Soler-González, J. (2018). Empathy and specialty preference in medical students. Follow-up, study and feedback. *Educación Médica*, 19 (2), 153-61.
10. Hadjikhani, N., Zürcher, N. R., Rogier, O., Hippolyte, L., Lemonnier, E., Ruest, T. et al. (2014). Emotional contagion for pain is intact in autism spectrum disorders. *Translational Psychiatry*, 4, e343.
11. Hojat, M., Spandorfer, J., Louis, D. Z., & Gonnella, J. S. (2011). Empathic and sympathetic orientations toward patient care: Conceptualization, measurement, and psychometrics. *Academic Medicine* : *Journal of the Association of American Medical Colleges*, 86, 989–95.
12. Mestre-Escrivá, V., Frías-Navarro, M. D., & Samper-García, P. (2004). La medida de la empatía: Análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16, 255–60.
13. Neumann, M., Scheffer, C., Tauschel, D., Lutz, G., Wirtz, M., & Edelhäuser, F. (2012). Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift Für Medizinische Ausbildung*, 29, 1–21.
14. Pérez-Albéniz, A. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15, 267–72.
15. Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy: Personality and inter-personal relationships as developed in the client-centered framework, in Koch S (ed): *Psychology, A Study of Science: Foundations of the Person and the Social Context* (vol 3). New York, NY, McGraw Hill, 184-256.
16. Trofimova, I. (2015). Do Psychological Sex Differences Reflect Evolutionary Bisexual Partitioning? *American Journal of Psychology*, 128, 485–514.
17. Vossen, H.G.M., Piotrowski J.T. & Valkenburg P.M. (2017) The longitudinal relationship between media violence and empathy: Was it sympathy all along?. *Media Psychology*, 20, 75-193.
18. Wai, M. & Tiliopoulos, N. (2012). The affective and cognitive empathic nature of the dark triad of personality. *Personality and Individual Differences*, 52, 794–9.