

ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 06/10/2022. Aceptado: 17/11/2022

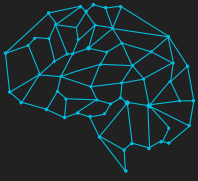
LA EMPATÍA COMO FACTOR PROTECTOR DE LA CONDUCTA SUICIDA. ESTUDIO CASO-CONTROL

EMPATHY AS A PROTECTIVE FACTOR AGAINST SUICIDAL BEHAVIOUR. CASE-CONTROL STUDY

Teresa Guilera

MD 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.

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



RESUMEN

Introducción. La conducta suicida es actualmente uno de los mayores problemas de salud pública con un aumento de la prevalencia en los últimos años. El modelo multidimensional de la empatía discrimina diferentes aspectos tanto de la empatía afectiva como cognitiva, y permite profundizar en el estudio de los factores de riesgo y protección de la conducta suicida. **Objetivo.** Analizar el patrón diferencial de la empatía en pacientes con conducta suicida y en controles sanos.

Métodos. Estudio observacional caso-control en 95 pacientes y 151 controles sanos. Se utilizó la escala Empathy Quotient y el Interpersonal Reactivity Index [subescalas de empatía cognitiva: IRI-Perspective Taking (IRI-PT), IRI-Fantasy Scale (IRI-FS); subescalas de empatía afectiva: IRI-Empathetic Concern (IRI-EC), IRI-Personal Distress (IRI-PD)].

Resultados. 51 (53.7%) de los pacientes ingresados presentaban conducta suicida, y tenían, en relación a los pacientes sin conducta suicida, puntuaciones mayores estadísticamente significativas en IRI-EC ($p=0.047$). Respecto a los controles sanos, los pacientes con conducta suicida tenían menos empatía EQ ($p=0.001$) tanto cognitiva (IRI-PT $p=0.002$; IRI-FS $p=0.040$) como afectiva (IRI-EC $p=0.029$) y mayor ansiedad IRI-PD ($p<0.0001$).

Discusión. Los pacientes con conducta suicida presentan un patrón diferencial de la empatía respecto a los controles sanos. Los resultados sugieren que la empatía es un factor protector de la conducta suicida. Las intervenciones terapéuticas breves en personas vulnerables en situación de crisis, deberían aliviar eficazmente la ansiedad y ofrecer un espacio para sentir y expresar el malestar.

Palabras clave: Ansiedad; Conducta suicida; Empatía; IRI;

ABSTRACT

Introduction. Suicidal behaviour is currently one of the biggest public health problems with an increase in prevalence in recent years. The multidimensional model of empathy discriminates between different aspects of both affective and cognitive empathy, and allows further study of risk and protective factors for suicidal behaviour. **Aim.** Analyse the differential pattern of empathy in patients with suicidal behaviour and in healthy controls.

Methods. Observational case-control study in 95 patients and 151 healthy controls. The Empathy Quotient scale and the Interpersonal Reactivity Index [cognitive empathy subscales: IRI-Perspective Taking (IRI-PT), IRI-Fantasy Scale (IRI-FS)] were used; affective empathy subscales: IRI-Empathetic Concern (IRI-EC), IRI-Personal Distress (IRI-PD)].

Results. 51 (53.7%) of the patients presented suicidal behaviour, and had, in relation to the patients without suicidal behaviour, statistically significant higher scores in IRI-EC ($p=0.047$). Compared to healthy controls, patients with suicidal behaviour had less empathy EQ ($p=0.001$) both cognitive (IRI-PT $p=0.002$; IRI-FS $p=0.040$) and affective (IRI-EC $p=0.029$) and more anxiety IRI-PD ($p<0.0001$).

Discussion. Patients with suicidal behaviour have a differential pattern of empathy compared to healthy controls. The results suggest that empathy is a protective factor against suicidal behaviour. Brief therapeutic interventions in vulnerable people in crises should effectively relieve anxiety and offer a space to feel and express discomfort.

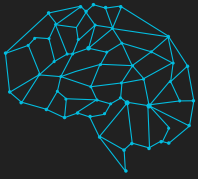
Keywords: Anxiety; Suicidal behaviour; Empathy; IRI.

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es actualmente uno de los mayores problemas de salud pública con un aumento de la prevalencia en los últimos años a pesar de las nuevas guías y protocolos elaborados por expertos.

Teniendo en cuenta que la empatía es una de las diez habilidades de la vida diaria considerada estratégica por la OMS para la promoción de la salud, la comunidad científica y los profesionales clínicos que atienden al paciente deberían abordar el tema de la prevención de la conducta suicida desde diferentes perspectivas terapéuticas.

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). Un concepto similar a la teoría de la mente (ToM) es la cognición social, definida como la capacidad de procesar correctamente la información social para inferir los estados mentales de los demás con el fin de predecir su conducta y actuar en consecuencia (Christov-Moore et al., 2014). Es decir, nos permite reconocer emociones básicas, razonar sobre pensamientos y creencias y descodificar sentimientos o emociones complejas.



El modelo multidimensional de la empatía discrimina diferentes aspectos tanto de la empatía afectiva como cognitiva, y permite profundizar en el estudio de los factores de riesgo y protección de la conducta suicida. Davis (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, exclusiva del ser humano, es el resultado del proceso activo en el que compartir las emociones lleva a un mejor entendimiento del "otro", y permite que lo que nos rodea se perciba de manera diferente y desde diferentes perspectivas.

Según algunos autores, la psicopatología del autismo, trastorno de personalidad antisocial, narcisista y la psicopatía, refleja el deterioro selectivo de uno o varios componentes de la arquitectura neurocognitiva de la empatía (Decety et al., 2007). Baron-Cohen es uno de los pioneros en el estudio del trastorno del espectro autista que muestra que los niños con autismo tenían retraso en el desarrollo de la teoría de la mente (ToM) (Baron-Cohen et al., 1985). Los estudios de cognición social realizados por Lahera en España muestran déficits en la habilidad para identificar emociones en pacientes con esquizofrenia (Lahera, 2008). El déficit empático se debe al componente cognitivo de la empatía, mientras el componente emocional no se modifica (Alcala et al., 2013). En el trastorno bipolar, algunos trabajos han encontrado alteraciones en la faceta cognitiva de la ToM, pero no en la afectiva (Montag et al., 2010). Es decir, presentan un déficit en la capacidad de entender la perspectiva del otro (empatía cognitiva, lo cual coincide con los resultados en ToM). Lahera por su parte, ha demostrado un déficit de ToM en bipolares eufímicos, independientemente de la historia de síntomas psicóticos, y asociado al déficit de funciones cognitivas generales (Lahera et al., 2008).

A pesar de que no se han encontrado estudios hasta la fecha que relacionen el modelo multidimensional de la empatía con la conducta suicida, los resultados de un estudio realizado con un videojuego experimental en adultos con intentos de suicidio, mostraron que la falta de integración de las emociones de los demás en las decisiones, puede socavar los elementos de disuasión social al suicidio (Zhang et al., 2019).

Estudios recientes hacen referencia al efecto Werther, en el que tanto los mass media (cine, radio, prensa) como la rápida difusión en los social media (redes sociales), con

seguidores desde edades muy tempranas, podrían inducir a actos de imitación del suicidio. Sin embargo, el contenido de las noticias y redes sociales también podrían tener un efecto preventivo, mostrando modelos de conducta de personas que han pasado por una situación de crisis semejante y han conseguido superarla. Este fenómeno se conoce como efecto Papageno, acuñado en honor al personaje homónimo de la "Flauta mágica" de Mozart, que fue disuadido de suicidarse después de que tres niños le mostraran las otras alternativas que le ofrecía la vida (Herrera-Ramírez et al., 2015).

Teniendo en cuenta que el suicidio parece ser un fenómeno susceptible de ser imitado, sería de gran importancia como valor preventivo, identificar los factores de riesgo y de protección en las personas más vulnerables.

Objetivo. Analizar el patrón diferencial de la empatía en pacientes con conducta suicida y en controles sanos.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional caso-control en una muestra de 95 pacientes ingresados durante un mes en el Programa de Intervención en Crisis del Hospital de Día de Psiquiatría entre enero de 2019 y febrero de 2020. La muestra de controles en población sana la formaron 151 estudiantes universitarios.

Tanto los pacientes como los controles aceptaron su participación y firmaron el consentimiento informado. Los participantes cumplieron el cuestionario en el que se recogieron variables socio-biográficas (edad y sexo) y variables psicométricas. En la muestra de pacientes se recogió también el diagnóstico del eje I y la conducta suicida.

Para analizar el modelo multidimensional (Davis, 1983) que permite discriminar entre la empatía afectiva y la cognitiva, se utilizó dos instrumentos de medida:

- **La escala Empathy Quotient (EQ).** Se basa en el modelo psicológico de dos dimensiones: empatía y sistematización, propuesto por Baron-Cohen (Baron-Cohen & Wheelwright 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).
- **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). Consta de cuatro subescalas de siete ítems

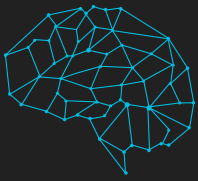


TABLA 1. Análisis descriptivo de la muestra.

Variables socio-biográficas			Pacientes ingresados N=95	Conducta suicida n=51	Controles sanos N=151
Diagnóstico	Edad		42 (31-54)	45 (34-51)	22 (21-23)
	Sexo	Hombre	33 (34.7%)	18 (35.5%)	32 (21.2%)
		Mujer	62 (65.3%)	33 (64.7%)	119 (78.8%)
	Estudios	Primarios	16 (16.8%)	8 (15.7%)	
		Secundarios	56 (59%)	30 (58.8%)	
		Universitarios	23 (24.2%)	13 (25.5%)	151 (100%)
	Eje I	T. depresivo mayor	19 (20%)	12 (23.5%)	
		T. distímico	9 (9.5%)	7 (13.7%)	
		T. obsesivo compulsivo	9 (9.5%)	3 (5.9%)	
		T. conducta alimentaria	10 (10.5%)	6 (11.8%)	
		T. bipolar	9 (9.5%)	1 (2%)	
		T. adaptativo	8 (8.4%)	5 (9.8%)	
		T. ansiedad generalizada	15 (15.8%)	9 (17.6%)	
		T. control impulsos	4 (4.2%)	3 (5.9%)	
T. dependencia alcohol		3 (3.2%)	1 (2%)		
T. delirante		1 (1.1%)	1 (2%)		
T. esquizoafectivo		1 (1.1%)	1 (2%)		
Eje II	Personalidad cluster B	27 (54%)	20 (62.5%)		
Conducta suicida	Si	51 (53.7%)			
	No	44 (46.3%)			

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

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

En el análisis descriptivo de las muestras 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 del modelo multidimensional de la empatía en pacientes con conducta suicida y su relación con los pacientes ingresados sin conducta suicida, y con los controles sanos, 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.

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.

RESULTADOS

En la tabla 1 podemos ver el análisis descriptivo de la muestra.

De los 95 pacientes ingresados, la mayoría (65.3%) eran mujeres y tenían estudios secundarios (59%). Un 53.7% de los pacientes ingresados presentaban conducta suicida. Los

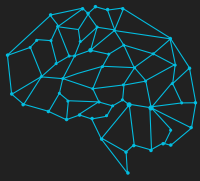


Tabla 2. Análisis descriptivo del modelo multidimensional en pacientes con conducta suicida, pacientes sin conducta suicida y controles sanos.

Empatía	Conducta suicida n= 51	N= 151 controles sanos	Valor pa	
EQ (<i>Empathy Quotient</i>)	45 (32-51)	50 (43-57)	0.001	
IRI (<i>Interpersonal Reactivity Index</i>)	IRI-PT (<i>Perspective Taking</i>)	16 (11-21)	19 (17-22)	0.002
	IRI-FS (<i>Fantasy Scale</i>)	15 (9-22)	18 (14-22)	0.040
	IRI-EC (<i>Empathetic Concern</i>)	19 (16-25)	22 (20-24)	0.029
	IRI-PD (<i>Personal Distress</i>)	14 (10-20)	8 (5-12)	<0.0001

*Las variables se describen con las medianas y rangos intercuartílicos.
a. Prueba de U de Mann-Whitney*

diagnósticos más prevalentes fueron el trastorno depresivo mayor, (20%); trastorno de ansiedad generalizada (15.8%); trastorno de la conducta alimentaria (10,5%) y trastorno disímico (9.5%). (Tabla 1)

De la muestra de 151 controles sanos el 78.8% fueron mujeres y todos ellos eran universitarios (Tabla 1).

Los pacientes con conducta suicida, en comparación con los pacientes ingresados sin conducta suicida, presentaban mayor percepción empática ($p=0.047$) siendo la diferencia estadísticamente significativa.

Los pacientes con conducta suicida tenían, en relación a los controles sanos, valores inferiores de empatía estadísticamente significativos en las escalas de Empathy Quotient ($p=0.001$), IRI-Perspective Taking ($p=0.002$), IRI-Fantasy Scale ($p=0.04$) y IRI-Empathetic Concern ($p=0.029$), y valores superiores estadísticamente significativos en la escala de IRI-Personal Distress ($p<0.0001$) (Tabla 2) (Figura 1).

DISCUSIÓN

El modelo multidimensional de la empatía discrimina diferentes aspectos tanto de la empatía afectiva como cognitiva. En la conducta suicida interesa sobre todo identificar el patrón de empatía ante el propio dolor y malestar emocional. Qué siente el paciente y cómo experimenta el malestar, y cómo actúa ante él. Mientras que la percepción empática (IRI-EC) permite saber "cómo siente el dolor y malestar de los demás", el personal distress IRI-PD nos da información de "cómo siente el malestar propio".

Según los resultados de este estudio, los pacientes con conducta suicida presentan un patrón diferencial, mostrando mayor empatía afectiva con puntuaciones más altas de percepción empática (IRI-EC) respecto a pacientes sin conducta suicida. Es decir, sentían el dolor ajeno como si fuera propio, les

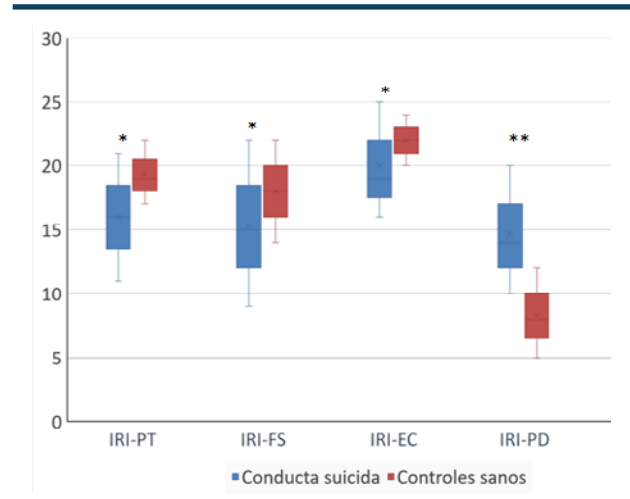
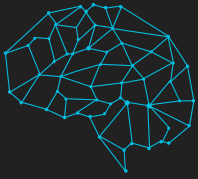


Figura 1. Patrón diferencial de la empatía en la conducta suicida y controles sanos.

costaba mantener la distancia emocional y presentaban intenso sentimiento de preocupación por los demás. Posiblemente existen otras variables que pueden interferir en dichos resultados, y que podrían ser exploradas en futuras investigaciones.

Respecto a los controles sanos, los pacientes con conducta suicida tenían menos empatía tanto afectiva como cognitiva (EQ, IRI-PT, IRI-FS, IRI-EC). Es decir, tendrían menor capacidad para identificar sus propias emociones y buscar soluciones alternativas al suicidio (Guilera et al., 2019). Los pacientes con altas puntuaciones en la subescala de IRI-Personal Distress con intensa ansiedad, no verían otra solución que la muerte para dejar de sufrir.

Las personas en situación de crisis con intenso malestar afectivo y baja empatía cognitiva, son más vulnerables a la in-



fluencia de las noticias de conductas suicidas que muestran los mass media y social media (Trofimova, 2015), tienden a contagiarse emocionalmente de los problemas de los demás, imitando las conductas autodestructivas. El efecto Werther (Herrera-Ramírez et al., 2015) de imitación de la conducta suicida, sería posiblemente más intenso en los pacientes con mayor percepción empática. Por tanto, la alta percepción empática podría considerarse un factor de riesgo en pacientes con conducta suicida, en tanto que tener la capacidad conservada de la toma de perspectiva para ponerse en el lugar del otro, sería el efecto Papageno y, por tanto, un factor de protección de la conducta suicida.

Sería interesante plantear un cambio de paradigma en el abordaje de la conducta suicida siguiendo la tendencia de estudios recientes que, sin excluir las aportaciones del modelo biomédico, apuestan por otros enfoques (González et al., 2019). Estas propuestas serían de utilidad en el sistema público no solo para estimar los factores de riesgo suicida y la toma de decisiones, sino para identificar los factores protectores y planificar la mejor ayuda terapéutica. Los profesionales sanitarios y especialmente los que trabajamos en Salud Mental debemos preguntarnos qué sienten, qué piensan las personas con conducta suicida, y cómo podemos ayudarlos sin psiquiatrizar ni cronificar su malestar.

Más allá del tratamiento sintomático con psicofármacos, las intervenciones terapéuticas breves en pacientes con conducta suicida deberían aliviar eficazmente la ansiedad y la intensidad del malestar, para disminuir el personal distress. Así como, ofrecer un espacio para sentir y expresar el malestar, y para elaborar las experiencias personales que implican una alta carga emocional.

Teniendo en cuenta que el único componente de la empatía que puede modificarse a lo largo del tiempo es la escala de fantasía IRI-FS (Guilera et al., 2018) se recomienda en los pacientes con conducta suicida, estimular el espíritu crítico para elegir los modelos de conducta adecuados, potenciar los recursos propios, poner distancia para ver su situación desde diferentes perspectivas y promover una actitud abierta al cambio y a la búsqueda de soluciones alternativas al suicidio.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes con conducta suicida presentan un patrón diferencial mostrando una menor empatía respecto a los controles sanos.

2. Los resultados sugieren que la empatía podría ser un factor protector de la conducta suicida.
3. Las intervenciones terapéuticas breves en pacientes con conducta suicida deberían aliviar eficazmente la ansiedad y ofrecer un espacio para sentir y expresar el malestar.

AGRADECIMIENTOS

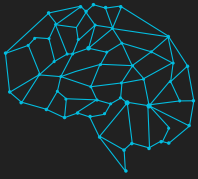
Agradecemos a los estudiantes de medicina de la Universitat de Lleida (UdL) que participaron de forma voluntaria en este estudio.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

1. Financiación. Este proyecto no ha recibido financiación.
2. Contribución. El autor Teresa Guilera diseñó el estudio, analizó los resultados y redactó el artículo.
3. Conflictos de intereses. El autor declara la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcalá, V., Camacho, M., Romero, S.L. & Blanco, N. (2013). La falta de empatía: ¿Un síntoma específico de la esquizofrenia? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 1, 73-80.
2. Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., & Frith, U. (1985) Does the autistic child have a "theory of mind?" *Cognition*, 21, 37-46.
3. 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, 163-175.
4. Christov-Moore, L., Simpson, E. A., Coudé, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M., & Ferrari, P. F. (2014). Empathy: gender effects in brain and behavior. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 46, 604-627.
5. Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
6. Decety, J. & Moriguchi, Y. (2007). The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: implications for intervention across different clinical conditions. *BioPsychoSocial Medicine*, 1 (1), 22.
7. González, M., García-Haro, J., García-Pascual, H. (2019). Evaluación contextual-fenomenológica de las conductas suicidas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39 (135), 15-31.
8. Guilera, T., Batalla, I., Soler-González, J. (2018). Empathy and specialty preference in medical students. Follow-up, study and feedback. *Educación Médica*, 19 (2), 153-161.
9. Herrera-Ramírez, R., Ures-Villar, M.B., Martínez-Jambrin, J.J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (125), 123-34.
10. Pérez-Albéniz, A. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15, 267-272.



La empatía como factor protector de la conducta suicida. Estudio caso-control.

T. Guilera

11. Lahera, G., Montes, J.M., Benito, A., et al. (2008). Theory of mind deficit in bipolar disorder: is it related to a previous history of psychotic symptoms? *Psychiatry Research*, 161,309-317.
12. Lahera, G. Cognición social y delirio. (2008). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 101, 197-209.
13. Mestre-Escrivá, V., Frías-Navarro, M. D., & Samper-García, P. (2004). La medida de la empatía: Análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16, 255–260.
14. Montag, C., Ehrlich, A., Neuhaus, K., et al. (2010). Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 123, 264-269.
15. 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.
16. Trofimova, I. (2015). Do psychological sex differences reflect evolutionary bisexual partitioning? *American Journal of Psychology*, 128, 485–514.