



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y
EMPATÍA EN TERAPEUTAS Y NO
TERAPEUTAS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
KARLA ANGÉLICA VARGAS REYES

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. AZALEA REYES AGUILAR

REVISOR DE TESIS:
DR. JAIRO IGNACIO MUÑOZ
DELGADO

SINODALES:
DRA. VERÓNICA ALCALÁ
HERRERA
DRA. GABRIELA OROZCO
CALDERÓN
DRA. ALICIA ELVIRA VÉLEZ
GARCÍA



Ciudad Universitaria, C.D.MX., 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Todos nos vamos, pero mientras vivimos dejamos trozos de nosotros mismos en las cosas, en la gente.”

Ana Romero

Dedicatoria

A mi papá: **Marcos**

Por su infinito amor, por ser mi guía y compañero de aventuras. Gracias por impulsarme a cumplir mi sueño, me hubiera gustado que estuvieras aquí para verlo hecho realidad. Con todo mi amor, donde quiera que te encuentres.

A mi mamá: **Elvia**

Por creer en mí siempre e impulsarme a ser una mejor persona, por todo tu amor y paciencia, por acompañarme en este camino.

A mis hermanas: **Karen y Shantal**

Por impulsarme y motivarme a terminar este proyecto y comenzar nuevos.

A mis sobrinos: **Edwin, Marcos y Emilio**

Por su alegría, por traer luz en los momentos de tristeza, por su curiosidad infinita.

A mi tutora: **Dra. Azalea**

Por ser una fuente de inspiración, apoyo y confianza.

Agradecimientos

A mis padres, Marcos y Elvia, por su amor incondicional, por apoyar cada una de mis decisiones, por inspirarme a llegar lejos, por motivarme a siempre ser mejor. Gracias por porque nunca me faltó comida en la mesa, ni amor en mi vida. Gracias a mi papá por ser mi cómplice de travesuras, por siempre escucharme y creer en mí. Gracias a mi mamá por inspirarme y motivarme a seguir creciendo. Este logro nunca hubiera sido posible sin ustedes en mi vida.

A mis hermanas Karen y Shantal, por una vida de complicidad y motivación mutua, por ser mis testigos de vida, por ser mis primeras amigas y porque siempre estuvieron para cobijarme con su amor.

A mis amigas Adriana Puente, Daniela Castro, Cecilia Vega y Gabriela Tapia por celebrar mis mejores momentos y estar también en los peores.

A mis amigos Rodrigo Ramos, Missael Morales y Juan Chávez, por compartir conmigo su amistad y su conocimiento sin en el que este trabajo hubiera tardado más.

A la Dr. Azalea, por inspirarme a ser mejor, por compartirme su pasión por aprender y enseñar. Por apoyarme y creer en mí, por brindarme su tiempo, pero, sobre todo por darme su amistad.

Índice

Glosario.....	6
Resumen.....	8
Introducción.....	9
Cognición social	9
Empatía.....	11
Correlatos neuroanatómicos de la empatía.....	12
Instrumentos para evaluar la empatía desde una perspectiva integradora	14
Empatía en psicoterapia.....	15
Regulación de la empatía.....	16
Personalidad	19
Modelo psicobiológico de la personalidad.....	21
Personalidad y empatía.....	24
Justificación.....	24
Pregunta de investigación	26
Objetivos	26
Hipótesis	27
Métodos	28
Descripción de la muestra.....	28
Instrumentos	29
Procedimiento	32
Análisis de datos	33
Resultados	33
Discusión.....	42
Conclusión	50
Referencias.....	51

Glosario

Autodirección (AD): es la habilidad de regular la conducta y de comprometerse con las metas elegidas. Se relaciona con la madurez, la autoestima y los recursos generales de adaptación.

Alegría Empática (AE): Sub-escala de la dimensión afectiva de la prueba TECA que mide la capacidad e compartir las emociones positivas de otras personas.

Adopción de Perspectiva (AP): Sub-escala de la dimensión cognitiva de la prueba TECA que mide la capacidad intelectual o imaginativa de ponerse en el lugar de otra persona.

Autotrascendencia (AT): Representa la capacidad de identificarse como parte integral del universo. Se relaciona con la creatividad, la fantasía y la imaginación.

Búsqueda de la Novedad (BN): Tendencia hereditaria hacia la búsqueda de excitación e interés por los estímulos novedosos. Este rasgo está mediado en el sistema nervioso por el sistema dopaminérgico que actúa en el sistema de activación conductual o sistema de recompensa, que a su vez se asocia con un patrón de respuesta fisiológica del despertar, aumentando la frecuencia cardíaca y disminuyendo el umbral de sensación. Las personas con altos niveles de este rasgo serían impulsivas, excitables, curiosas y entusiastas.

Cooperatividad (C): Es la capacidad de identificarse y aceptar a los demás. Hace referencia a los comportamientos prosociales del sujeto. Tiene que ver con el altruismo, la empatía y la solidaridad. Es una medida de buena adaptación social.

Comprensión Emocional (CE): Sub-escala de la dimensión cognitiva de la prueba TECA que mide la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y las impresiones de otros.

Dependencia a la Recompensa (DR): Es la tendencia a responder intensamente a estímulos o señales de recompensa y a mantener la conducta previamente asociada con dicha recompensa. Esta respuesta está mediada por la noradrenalina a nivel del sistema nervioso para el mantenimiento o persistencia conductual (*Behavioural maintenance*) y relacionado con el refuerzo social y la sensibilidad a los estímulos sociales y al malestar por la separación del grupo.

Evitación al daño (ED): Es la tendencia hereditaria a responder intensamente a señales de estímulos adversos estimulando el sistema de inhibición conductual, probablemente a través del sistema serotoninérgico en el cerebro; ejerce una influencia moduladora sobre la respuesta de búsqueda de la novedad (NS). Los sujetos con valores altos en esta dimensión desarrollan respuestas condicionadas de evitación ante estímulos aversivos, lo que hace que sean personas cautelosas, aprensivas y temerosas.

Estrés Empático (EE): Sub-escala de la dimensión afectiva de la prueba TECA que mide la capacidad de compartir emociones negativas de otras personas.

Empathy Quotient (EQ): En español Cuestionario de Empatía, que es auto administrado y está compuesto por 60 ítems de los cuales 20 son controles; los puntajes se informan a partir de una escala de cuatro puntos de 1 (sin empatía) a 4 (mucho empatía).

Fantasía (F): Sub-escala de la dimensión cognitiva de la prueba IRI que mide la tendencia de identificarse con un personaje ficticio (libros, películas y obras).

Índice de Reactividad Interpersonal (IRI): Instrumento en forma de auto-informe compuesto por 28 ítems, diseñado para medir los componentes emocionales y afectivos de la empatía; se compone de 4 sub-escalas compuestas de 7 ítems cada una (toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática, malestar personal).

Inventario de Temperamento y Carácter (ITC): Es un instrumento auto administrado que consiste de 240 preguntas de verdadero o falso, que describen la personalidad considerando el temperamento y carácter como dos componentes de la personalidad. EL ITC tiene en cuenta cuatro dimensiones de temperamento a nivel superior (búsqueda de la novedad, evitación al daño, dependencia a la recompensa y persistencia) que a su vez están conformados por rasgos de nivel inferior.

Malestar Personal (MP): Sub-escala de la dimensión afectiva de la prueba IRI que evalúa sentimientos orientados de ansiedad e incomodidad en respuesta al malestar de otros.

Persistencia (P): Implica una tendencia neurobiológica a mantener conductas en condiciones de extinción. Es decir, la capacidad del organismo de seguir emitiendo conductas asociadas al refuerzo a pesar de la desaparición de éste. Estaría asociada a la transmisión serotoninérgica y a los circuitos orbitofrontales en el cerebro.

Preocupación Empática (PE): Sub-escala de la dimensión afectiva de la prueba IRI que evalúa sentimientos de estima y preocupación por otros.

Teoría de la mente (*Theory of mind (ToM)*): Habilidad para atribuir creencias, intenciones o conocimiento a otros.

Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA): Consiste en un cuestionario auto administrado de 33 ítems subdivididos en 4 escalas (adopción de perspectivas, comprensión emocional, estrés empático y alegría empática).

Toma de Perspectiva (TP): Sub-escala de la dimensión cognitiva de la prueba IRI que evalúa la tendencia para adoptar espontáneamente el punto de vista psicológico del otro.

Resumen

Comúnmente describimos empatía como “ponerse en el lugar de los demás”, esta habilidad nos permite entender lo que otros sienten y dar una respuesta. Actualmente se sugiere que la empatía es un proceso que puede ser regulado y susceptible a entrenamiento y relacionada con algunos rasgos de personalidad que faciliten su autorregulación y conducta pro social. Además, considerando que la empatía en psicoterapia es una variable importante que influye en el resultado del tratamiento y este a su vez busca mejorar la calidad de vida de los pacientes. El objetivo de este trabajo fue comparar el nivel de empatía y rasgos de personalidad entre un grupo de psicólogos con experiencia clínica y un grupo de profesionistas sin experiencia clínica (no-psicólogos); y determinar si existe relación entre el nivel de empatía y los rasgos de personalidad.

Los resultados indicaron que los psicólogos reportaron más Adopción de Perspectiva ($u=224.50$, $z=-3.342$, $p<0.05$) y más Comprensión Emocional ($u=306.50$, $z=-2.137$, $p<0.001$) de la prueba TECA, respecto al grupo de no-psicólogos. Dado que no hubo diferencia entre grupos en personalidad se decidió analizar la relación entre empatía y personalidad con toda la muestra. Se encontró correlaciones entre el nivel de empatía de las tres pruebas utilizadas con diversos rasgos de personalidad. Se encontraron correlaciones entre pruebas de empatía como indicador de validez convergente. En general estos resultados sugieren que, pese a no existir un entrenamiento explícito de empatía para los psicólogos clínicos, la experiencia en psicoterapia parece tener impacto en las habilidades de empatía cognitiva; además los resultados también sugieren que rasgos de personalidad están relacionados con la empatía, y que estos probablemente estén relacionados con la regulación emocional.

Introducción

Día con día tenemos interacciones sociales. La percepción, reconocimiento y evaluación de los eventos sociales nos permiten dar respuestas apropiadas a los diferentes contextos durante esas interacciones sociales. A través de la inferencia de emociones e intenciones de otros podemos ser o no motivados a actuar en beneficio de otros, es decir tener conductas pro sociales (Adolphs, 2009).

La empatía es un proceso relacionado con conductas pro-sociales (Bernhardt & Singer, 2012). Se ha sugerido que la empatía es un proceso auto regulado, susceptible de entrenamiento (Decety & Jackson, 2004) y que podría estar relacionado con algunos rasgos de personalidad sin embargo no está claro con cuáles rasgos de personalidad (Reyes-Aguilar & Barrios, 2016).

Por ello, el presente trabajo se enfocó en evaluar la empatía, a través de tres pruebas, y la personalidad en un grupo de psicólogos con práctica clínica de mínimo 6 meses y un grupo sin ningún tipo de práctica profesional asociado a empatía, i.e. grupo control o de referencia. A fin de comparar los niveles de empatía de dos grupos.

Cognición social

En 1997, Penn y colaboradores, definieron como Cognición Social al conjunto de operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, incluyendo la capacidad de percibir las intenciones y disposición de otros (Sánchez-Cubillo, Tirapu Ustárriz, & Adrover-Roig, 2012). Adolphs (2003) señala que la cognición social es un proceso complejo en el que existen mecanismos para percibir, procesar y evaluar estímulos que nos informan de la interacción con otros, para formar representaciones del

entorno social. Además, este autor sugiere que la cognición social humana consta de tres componentes principales que la distinguen de otros procesos cognitivos: (1) la habilidad para cambiar de la experiencia consciente propia y colocarse en un tiempo y espacio diferente al aquí y ahora, así como en el punto de vista de otra mente; (2) la asociación de nuestra evaluación con otras emociones morales que motivan conductas sociales como el castigo altruista; (3) la habilidad de usar estas capacidades de una manera flexible de acuerdo al contexto, y poder realizar un seguimiento de los otros y sus conductas pasadas con la ayuda de la memoria episódica (Adolphs, 2009) .

Sánchez-Cubillo *et al.* (2012) mencionan que la cognición social puede definirse como la habilidad de reconocer y evaluar eventos sociales para construir representaciones de las relaciones entre uno mismo y los otros, y de usar flexiblemente esas representaciones para guiar el comportamiento social.

Actualmente la cognición social carece de modelos teóricos completos, sin embargo, uno de los modelos más relevantes es el propuesto por Adolphs, (2003). Este modelo sugiere la existencia de dos grandes grupos de procesos que forman la conducta social. El primer gran proceso incluye los relacionados con mecanismos “cognitivamente impenetrables”, es decir, procesos automáticos, innatos, que no podemos modificar voluntariamente; en el que se incluyen emociones básicas de estímulos sociales, condicionamiento clásico, y operante, etc. Mientras que el segundo proceso involucra mecanismos controlados, capacidades adquiridas, contextuales y evolutivas, que incluyen ‘autorregulación’ del comportamiento y de las emociones; como emociones ‘morales’ o secundarias, teoría de la mente, toma de decisiones y el sistema de neuronas espejo. Dentro de este segundo grupo de procesos se encuentra la empatía.

Empatía

Comúnmente describimos a la empatía como “ponerse en el lugar/ zapatos de los demás”; sin embargo, en el ámbito científico no existe una definición unívoca de empatía; aunque se reconocen dos tipos de empatía: emocional y cognitiva. De Waal propone una definición en la que la empatía puede ser considerada como un término “paraguas” para todos los procesos que surgen del hecho de que los observadores comprenden los estados de los demás activando sus propias representaciones personales, neuronales y mentales de ese estado (de Waal & Preston, 2017). Así la empatía se compone de procesos cognitivos y procesos afectivos. Los procesos cognitivos como la regulación emocional y la teoría de la mente; enfatizan entender los sentimientos de otra persona, atribuir un estado mental o actitud a la otra persona, y luego inferir el contenido probable de su estado mental, dada la experiencia de esta persona (Artinger et al., 2014; Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; de Waal & Preston, 2017; Mason & Macrae, 2008). Los procesos afectivos incluyen la preocupación empática y la detección emocional (Decety, 2011; Zaki & Ochsner, 2012).

La empatía es un componente fundamental de la cognición social que influye en las emociones y conducta, permitiéndonos compartir los estados afectivos de otras personas, predecir sus sentimientos, motivaciones y acciones; promoviendo lazos sociales y sustentando conductas pro sociales (Bernhardt y Singer, 2012). Incluso, la empatía se ha considerado como el componente principal del proceso de altruismo, pues la inducción de la empatía promueve o al menos mantiene comportamientos cooperativos (Decety & Jackson, 2004; Klimecki et al., 2016); así contribuye a la

habilidad de entender y responder adaptativamente a las emociones de otros, teniendo éxito en la comunicación emocional.

Correlatos neuroanatómicos de la empatía

Las regiones cerebrales involucradas en procesar la información social, son regiones del lóbulo temporal como, el giro fusiforme y el surco temporal superior, las cuales trabajan junto con la amígdala, corteza orbitofrontal, circunvolución del cíngulo (anterior y posterior) y corteza somatosensorial (Adolphs, 2003)(**Figura 1**). Dichas regiones enviarán información a un sistema efector compuesto por los ganglios basales, la corteza motora y el hipotálamo, para la emisión de una conducta social (Adolphs, 2003).

Los estudios de empatía han encontrado sustento en la investigación moderna en neurociencias. Los procesos afectivos de la empatía que hacen hincapié en la percepción automática de las emociones de los demás, han hallado apoyo empírico en las investigaciones sobre neuronas espejo. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que es más apropiado hablar del sistema de neuronas espejo humano, ya que aún no se ha demostrado la existencia de neuronas espejo en humanos (Hickok, 2009), pues esto requeriría registro de células individuales en los mismos (Decety, 2010). Los estudios del sistema de neuronas espejo en humanos, han descrito dos principales redes; la primera es la parieto-frontal que se encarga de la comprensión de acciones dirigidas a metas realizadas por otros y en las intenciones detrás de las mismas; se encuentra ubicada en el lóbulo parietal inferior (LPI), la corteza promotora ventral y la parte caudal del giro frontal inferior (GFI) (Fabbri-Destro & Rizzolatti, 2008.) La segunda red conocida como el sistema espejo límbico, en el que se encuentran involucradas áreas como la ínsula, la

corteza frontal medial anterior; dicho sistema se encarga del reconocimiento y comprensión de la conducta afectiva (Rizzolatti, Craighero, & Fadiga, 2002). Así las tareas de empatía afectiva involucran regiones del cerebro que se asocian con procesos afectivos y motrices: la ínsula, corteza cingulada anterior (CCA), tálamo, amígdala, giro fusiforme (GF), cortezas somatosensoriales y motoras, y corteza prefrontal ventromedial (CPFVM) (de Waal & Preston, 2017)(**Figura 1**).

Otros estudios subrayan los procesos cognitivos de la empatía y tienen apoyo empírico en las investigaciones que muestran activación de regiones cerebrales en el lóbulo temporal y mediales de las regiones prefrontales durante la realización de tareas que implican ToM (López et al., 2014); es decir pensar acerca de lo que otros piensan o sienten, o la toma de perspectiva que está asociada con la activación de la unión temporoparietal (UTP) y el giro temporal superior (GTS). La activación de áreas es más medial, involucrando la corteza orbitofrontal y/o, durante tareas de ToM que son más afectivas; y una activación lateral (corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL)) durante tareas cognitivas de ToM. Las tareas de empatía cognitiva y toma de perspectiva involucran procesos ejecutivos de memoria de trabajo y procesos viso-espaciales que involucran la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL), corteza prefrontal dorsomedial (CPFDM), giro temporal superior (GTS), unión temporoparietal (UTP), lóbulo parietal superior (SPL) y lóbulo parietal inferior (LPI) (de Waal & Preston, 2017)(**Figura 1**).

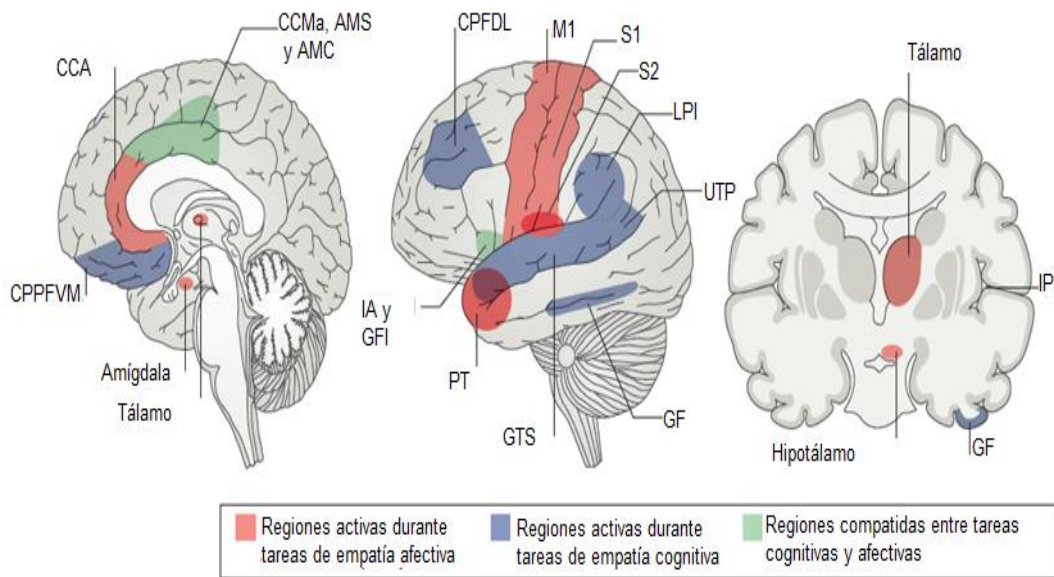


Figura 1: Regiones cerebrales involucradas en la empatía humana (tomado de de Waal & Preston, 2017)

Es importante mencionar que ambos tipos de empatía no son excluyentes, por el contrario podría existir una integración por medio de la puntualización de las relaciones entre estos procesos (Rameson & Lieberman, 2009); o bien, podría ocurrir la respuesta empática de forma automática en algunos casos y en otros podría estar regulada por procesos cognitivos.

Instrumentos para evaluar la empatía desde una perspectiva integradora

Diversos autores propusieron distintas escalas y cuestionarios que buscaban medir la empatía, Davis (1980) desde una perspectiva multidimensional, propuso la medición de la empatía a través del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI, 1980). Aunque la muestra utilizada en los estudios iniciales era exclusivamente universitaria, en la actualidad hay estudios con diferentes tipos de muestras (Briganti, Kempnaers,

Braun, Fried, & Linkowski, 2018; Konrath, Meier, & Bushman, 2018). 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 (Fernández-Pinto et al., 2008).

Otra escala es la llamada *Empathy Quotient* (EQ) de Baron-Cohen también integra la perspectiva multidimensional con dos sub-escalas *cognitiva* y *reactividad emocional*. A estas dos sub-escalas añade una más, denominada habilidades sociales. Del mismo modo, esta prueba fue probada con personas con Síndrome de Asperger y Autismo con alta funcionalidad, donde como sus autores predijeron puntuaron más bajo que personas sin ese trastorno (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004).

En el idioma español, se tiene el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA, López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008), dentro de las sub-escalas cognitivas contempla la Comprensión Emocional, retomando la distinción de Eisenberg y Strayer (1987) de adopción de perspectiva afectiva. Dentro de las facetas emocionales tiene en cuenta la empatía como respuesta emocional positiva ante un suceso vicario positivo, aspecto no contemplado en otras escalas de empatía.

Empatía en psicoterapia

Dado que trabajar como psicoterapeuta requiere una mejora en la habilidad de regular sus emociones, diversos autores (Phillips & Power, 2007; Pletzer et al., 2015) sugieren que los terapeutas son expertos y hábiles en la regulación de las emociones personales en comparación con sus pares no terapeutas (Hassenstab et al., 2007); además de facilitar la empatía, la efectiva regulación de emociones ayuda a los

psicoterapeutas para modelar la efectiva regulación de las emociones en los pacientes (Paivio, 2013).

Para los terapeutas, ser empáticamente precisos con las emociones de sus pacientes es importante ya que estar correctamente en sintonía con los cambios en las emociones de los pacientes es un proceso latente durante las intervenciones terapéuticas (Elliott et al., 2011). Atzil-Slonim y col. (2018) examinaron la precisión empática de los terapeutas evaluando su capacidad de inferir con precisión el estado mental de sus pacientes cambiante de sesión en sesión durante el tiempo de su tratamiento. Los resultados muestran que los terapeutas subestiman las emociones positivas (EP) y sobrestiman las emociones negativas (EN), es decir, que los terapeutas experimentan en menor intensidad EP en comparación con como las experimentan sus pacientes. Sin embargo, no difiere la intensidad de las EN comparados con sus pacientes; incluso aunque los terapeutas aparentan experimentar emociones similares que las de sus pacientes, los terapeutas mantienen un nivel de objetividad y no confían únicamente en sus emociones para inferir las de sus pacientes. Así, aunque los terapeutas podrían experimentar la emoción de su paciente durante la sesión se recuperarían al final de la sesión y seguirían usando esta información emocional para evaluar con precisión la emoción del paciente.

Regulación de la empatía

Uno de los componentes esenciales de la empatía es reconocer a la otra persona como alguien distinto mientras se mantiene una separación entre uno mismo y el otro, por ello la empatía requiere de componentes como la flexibilidad mental, es decir, la capacidad para cambiar un esquema de acción o pensamiento en relación a una

evaluación (Lázaro Flores & Ostrosky- Solís, 2008); y de autorregulación. Es necesario regular la propia perspectiva que ha sido activada a través de la interacción con los otros o incluso a través de la imaginación de alguna interacción; del mismo modo la regulación es importante para modular nuestra propia emoción vicaria para no experimentarla como algo aversivo (Decety & Jackson, 2004).

En psicoterapia la empatía es importan, dado que la empatía del terapeuta da seguimiento al bienestar del paciente y es vista como una variable importante que influye en el resultado del tratamiento (Hassenstab et al., 2007), sin embargo, un exceso de empatía puede interferir con la toma de decisiones de los terapeutas, (Zaki,2019) por ello es importante que los terapeutas regulen su nivel de empatía a través de la regulación emocional interpersonal (IER, por sus siglas en ingles), que ocurre cuando los individuos evalúan su estado emocional y forman una meta para cambiar o mantener dicho estado y luego perseguir ese objetivo a través de una serie de estrategias sociales.

En psicoterapia, los pacientes experimentan mayor alianza terapéutica cuando los clínicos empatizan durante la terapia, además la empatía depende del contexto y es sensible a motivaciones y metas (Weisz & Zaki, 2018).Por ello, la regulación emocional juega un papel importante pues los individuos que flexiblemente desean estados emocionales negativos o positivos cuando son útiles en lugar de simplemente desear un efecto positivo exhiben un mayor bienestar psicológico (Tamir & Ford, 2012). Singer y Klimcki (2014) utilizaron intervenciones basadas en la meditación, sometiendo a un entrenamiento en empatía, que buscaba alentar a los participantes a conectarse con su propio sufrimiento; para lo cual se les pedía que recordaran y reflexionaran sobre experiencias dolorosas para ayudarlos a entender por lo que otros estaban pasando, sin

embargo no existen entrenamientos de empatía en psicoterapeutas (Singer & Engert, 2019).

Así la regulación de emociones es importante para manejar y optimizar las transiciones intersubjetivas entre la persona y el otro; ya que el estado emocional generado por la percepción del estado de otra persona necesita regulación y control para la experiencia de empatía. Sin dicho control, la activación de la representación compartida conducirá a un contagio emocional o angustia emocional (Decety & Jackson, 2004).

La corteza prefrontal orbitofrontal se encuentra implicada en la regulación de emociones, y el daño en esta área se asocia con un gran número de déficits socio-emocionales, como conducta desinhibida y juicio social (Decety & Jackson, 2004). La corteza prefrontal ventromedial, presenta conexiones con regiones que involucran procesamiento emocional (amígdala), memoria (hipocampo) y funciones ejecutivas (corteza prefrontal dorsolateral), que juegan un papel importante en la regulación emocional. La corteza anterior del cíngulo es parte de un circuito de atención y sirve para regular procesos cognitivos y emocionales; ya que su lesión produce síntomas de apatía, inatención, desregulación de funciones automáticas e inestabilidad emocional. Estos resultados sugieren que la empatía es un proceso motivado, lo cual indicaría que es una capacidad con flexibilidad mental como un método para ganar conocimiento del entendimiento de otro, es susceptible a la intervención social cognitiva, como entrenamiento o programas de mejora para alcanzar varios objetivos (e.i. reeducación de personalidades antisociales, entrenamiento en psicoterapeutas, entrenamiento en niños, etc.) (Decety & Jackson, 2004).

Con respecto a la flexibilidad mental, Stone et al., (1998) han demostrado que el auto-juicio se asocia con el incremento de actividad en la corteza prefrontal medial, la ínsula anterior, y áreas somato-sensoriales primarias; mientras que el juicio dirigido a otros, resulta en activación de la corteza prefrontal medial, corteza frontopolar y cíngulo posterior. Cabe destacar que la corteza frontopolar, la corteza medial prefrontal y posterior del cíngulo muestran mayor actividad cuando los participantes adoptan la perspectiva de otra persona. De acuerdo con Eslinger (1998), un daño en áreas frontales tendría como resultado problemas en la habilidad de toma de perspectiva y falta de flexibilidad mental. Del mismo modo, pacientes con daños en la corteza prefrontal anterior muestran una perspectiva excesivamente egocéntrica cuando se les pregunta acerca de dilemas morales, lo que revela una falta de inhibición (modulación) de la propia perspectiva en un nivel conceptual (Anderson et al., 1999). Algunos estudios de toma de perspectiva con neuroimagen proporcionan evidencia a favor del papel inhibitorio de la corteza frontopolar (CFP) para adoptar un punto de vista subjetivo de los demás, ya sean representaciones de naturaleza motora, conceptuales o emocionales. De acuerdo con Miller y Cohen (2001), es importante contar con un componente inhibitorio que permita regular la perspectiva propia y así favorecer la evaluación de otra perspectiva, lo cual, se ha asociado con flexibilidad cognitiva y afectiva. Lo anterior es compatible con el papel de la corteza prefrontal en el control de comportamiento de arriba hacia abajo.

Personalidad

Las emociones son cambiantes y regulables, mientras que la personalidad es estable a lo largo del tiempo (Matthews, Deary, & Whiteman, 2009). Bernhardt y Singer (2012), sugieren que estos rasgos probablemente afecten el funcionamiento emocional.

Desde una perspectiva psicológica, Allport (1937) define a la personalidad como la organización dinámica dentro del individuo de los sistemas psicobiológicos que determinan el ajuste único al ambiente. También se ha considerado como aquello que nos permite adaptarnos a los cambios de nuestro entorno de manera dinámica. Aunque tendemos a ser los mismos, el paso del tiempo y la adopción de determinadas posiciones en las relaciones interpersonales modifican los patrones básicos en diferentes direcciones. De este modo nos encontramos con dos términos que dan sustento al vocablo de personalidad: temperamento y carácter.

Allport (Montaño, Cruz, y Gantiva, 2009) define al temperamento como un fenómeno naturalmente emocional que se presenta a causa de factores genéticos o hereditarios. Por su parte, Heath, Cloninger y Martin (1994) determinan al temperamento como los hábitos y habilidades que son inducidos por los estímulos percibidos a través de los sentidos físicos. En la actualidad, el temperamento hace referencia al comportamiento estable temporalmente con una fuerte reactividad afectiva y se asocia con la base biológica de la personalidad. Se puede describir al temperamento como la disposición que tiene el individuo a determinados patrones de reactividad emocional, oscilaciones afectivas y niveles de sensibilidad ante los estímulos (Bordalejo *et al.*, 2014).

El segundo término que compone el concepto de personalidad es el carácter; entendido como el grado de organización moral que posee un individuo y que se fundamenta a través de los juicios de valor y de una evaluación ética que se hace de la personalidad (Montaño *et al.*, 2009).

Modelo psicobiológico de la personalidad

Diversos enfoques han propuesto el estudio de la personalidad desde una perspectiva integradora. Cloninger, Svrakic y Przybeck (1993) propone un modelo psicobiológico de la personalidad, también conocido como el Modelo de los Siete Factores (Montaño Siniestra et al., 2009). Cloninger propone cuatro dimensiones temperamentales que reflejan disposiciones innatas de respuesta a estímulos persistentes a lo largo del tiempo y tres dimensiones caracterológicas que reflejan diferencias individuales y que se desarrollan en interacciones no lineales entre el temperamento y las experiencias vitales (Svrakic et al., 2002).

A través de la recopilación de información de estudios con familias, con gemelos, genéticos, de tipo longitudinal, neurofarmacológicos, midiendo la conducta animal y de humanos, se desarrolló la dimensión de temperamento, que incluye cuatro dimensiones. Para Cloninger (Bordalejo et al., 2014) los rasgos temperamentales representan respuestas emocionales básicas, que se manifiestan precozmente en la vida y son estables durante la existencia del individuo, en su mayoría heredadas y que no se modifican a través de los procesos de aprendizaje. Los cuatro rasgos del temperamento son:

- 1) **Búsqueda de la novedad (BN)** o la tendencia hereditaria hacia la búsqueda de excitación e interés por los estímulos novedosos. Este rasgo está mediado en el sistema nervioso por el sistema dopaminérgico que actúa en el sistema de activación conductual o sistema de recompensa, que a su vez se asocia con un patrón de respuesta fisiológica del despertar, aumentando la frecuencia cardíaca

y disminuyendo el umbral de sensación. Las personas con altos niveles de este rasgo serían impulsivas, excitables, curiosas y entusiastas.

- 2) **Evitación del daño (ED)** es la tendencia hereditaria a responder intensamente a señales de estímulos adversos estimulando el sistema de inhibición conductual, probablemente a través del sistema serotoninérgico en el cerebro; ejerce una influencia moduladora sobre la respuesta de búsqueda de la novedad (NS). Los sujetos con valores altos en esta dimensión desarrollan respuestas condicionadas de evitación ante estímulos aversivos, lo que hace que sean personas cautelosas, aprensivas y temerosas.
- 3) **Dependencia de la recompensa (DR)** es la tendencia a responder intensamente a estímulos o señales de recompensa y a mantener la conducta previamente asociada con dicha recompensa. Esta respuesta está mediada por la noradrenalina a nivel del sistema nervioso para el mantenimiento o persistencia conductual (*Behavioural maintenance*) y relacionado con el refuerzo social y la sensibilidad a los estímulos sociales y al malestar por la separación del grupo.
- 4) **Persistencia (P)** implica una tendencia neurobiológica a mantener conductas en condiciones de extinción. Es decir, la capacidad del organismo de seguir emitiendo conductas asociadas al refuerzo a pesar de la desaparición de éste. Estaría asociada a la transmisión serotoninérgica y a los circuitos orbitofrontales en el cerebro.

Por su parte los rasgos de carácter son un conjunto de características que se van estructurando a lo largo del desarrollo a través de mecanismos socioculturales

aprendidos, como valores, metas, estrategias de afrontamiento y creencias. Representan conceptos sobre el yo y las relaciones personales que están regulados por procesos cognitivos superiores que se desarrollan durante la vida (Bordalejo et al., 2014). El carácter o núcleo conceptual de la personalidad se refiere a aquellos componentes de la personalidad que están más relacionados con el control ejecutivo, la cooperación y la empatía. Están en relación con los procesos cognitivos superiores de la lógica, la construcción, la evaluación y la invención de símbolos abstractos que regulan las diferencias individuales en el procesamiento de metas y valores, y sólo se encuentra plenamente desarrollado en individuos maduros. El desarrollo del carácter se puede operativizar en términos de procesos simbólicos abstractos como por ejemplo la conducta voluntaria dirigida hacia metas (Autodirección), la empatía social (Cooperación) y la invención creativa (Trascendencia) (Cloninger, 1993).

- 1) **Autodirección (AD)** es la habilidad de regular la conducta y de comprometerse con las metas elegidas. Se relaciona con la madurez, la autoestima y los recursos generales de adaptación.
- 2) **Cooperatividad (C)** es la capacidad de identificarse y aceptar a los demás. Hace referencia a los comportamientos pro sociales del sujeto. Tiene que ver con el altruismo, la empatía y la solidaridad. Es una medida de buena adaptación social.
- 3) **Autotrascendencia (AT)** representa la capacidad de identificarse como parte integral del universo. Se relaciona con la creatividad, la fantasía y la imaginación.

Personalidad y empatía

Algunos de los rasgos de la dimensión de carácter podrían estar relacionados con la empatía; por ejemplo se ha encontrado que las puntuaciones de empatía medidas a partir del EQ (Cuestionario de Empatía) muestran una correlación positiva con el rasgo de autodirección (Reyes-Aguilar & Barrios, 2016); esto podría deberse a que la empatía requiere la regulación de emociones; sin embargo, existe poca evidencia de una relación entre empatía y personalidad desde la perspectiva psicobiológica.

Justificación

Con base en la literatura existente, es posible señalar que la empatía es un proceso que puede ser motivado, regulado y susceptible a experiencia y por tanto a entrenamiento. En psicoterapia la empatía del terapeuta influye en el resultado del tratamiento así que tan empático se percibe que es un terapeuta ha sido identificado como un factor crítico en el resultado positivo de la terapia (Hassenstab et al., 2007) ya que ésta busca mejorar la calidad de las condiciones que generan el motivo de consulta del paciente (Benito, Ezequiel, 2009). Es importante considerar que los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias representan el 10% de la carga mundial de morbilidad y el 30% de las enfermedades no mentales, además las personas con trastornos mentales graves mueren de 10 a 20 años antes que la población en general, esto según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020).

La OMS define a la Salud Mental como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar fructífera y productivamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2018). De acuerdo con la *American Psychological*

Association (APA, 2020) la psicoterapia mejora las emociones y los comportamientos y está relacionada con cambios positivos en la salud mental y física. Los beneficios también incluyen menos días de enfermedad, menos problemas médicos y una mayor satisfacción laboral, así como una mejora en su calidad de vida en general. Así un proceso psicoterapéutico en el que el terapeuta tenga un buen nivel de empatía hacia su paciente, mejoraría la alianza terapéutica, favoreciendo también los resultados positivos de la terapia y por tanto mejorando la salud mental del paciente y por tanto mejorando su calidad de vida.

Debido a que se ha descrito que la empatía podría estar relacionada con algunos rasgos de personalidad que faciliten su auto-regulación y conducta pro-social, como parte de los objetivos de este trabajo, se analizará si los rasgos de personalidad se relacionan con los niveles de empatía.

Pocos han sido los estudios que abordan la empatía y la personalidad desde una perspectiva psicobiológica (Reyes-Aguilar & Barrios, 2016), por esta razón el presente estudio se enfoca en analizar si los rasgos de personalidad como cooperatividad y autodirección están relacionados con el nivel de empatía y si la experiencia clínica en terapeutas, favorece el nivel de empatía. Para esto, se realizó una evaluación del nivel de empatía y de rasgos de personalidad en un grupo de psicólogos con experiencia clínica y con un grupo de participantes sin dicha experiencia.

En el estudio de la empatía se han construido una gran variedad de herramientas para su evaluación, sin embargo, hay poca replicabilidad de los hallazgos en el campo. Dada la gran diversidad de instrumentos de evaluación, no se ha determinado cuál de estas herramientas es la más sensible para evaluar esta habilidad desde una perspectiva

integradora y menos aún si existe una relación entre ellas con una medida de validez convergente. Por lo que es de importancia recabar información de más de una de estas herramientas de evaluación de la empatía y evaluar si existe una correlación entre ellas y así aportar información sobre estos instrumentos en la evaluación de procesos emocionales-sociales, i.e. empatía en poblaciones clínicas que se caracterizan por un defecto en estas funciones (e.g. esquizofrenia y autismo).

Preguntas de investigación

1. ¿Existe diferencias en los niveles de empatía y rasgos de personalidad entre un grupo de psicólogos con experiencia clínica y un grupo de no-psicólogos?
2. ¿Existe correlación entre los rasgos de personalidad y empatía?

Objetivos

General:

Comparar el nivel de empatía y rasgos de personalidad entre un grupo de psicólogos con experiencia clínica y un grupo sin práctica clínica en psicoterapia, es decir, no-psicólogos; y determinar si existe relación entre el nivel de empatía y rasgos de personalidad.

Específicos:

- Comparar el nivel de empatía a través de tres pruebas entre el grupo de psicólogos con experiencia clínica y el grupo control compuesto por no-psicólogos, es decir sin práctica clínica.

- Comparar los rasgos de personalidad entre el grupo de psicólogos con experiencia clínica y el grupo control compuesto por no-psicólogos, es decir, sin práctica clínica.
- Analizar si existe relación entre el nivel de empatía y los rasgos de personalidad en ambos grupos.
- Determinar si existe correlación entre las tres pruebas de empatía como un indicador de validez convergente.

Hipótesis

Hipótesis de investigación

Existen diferencias en el nivel de empatía y rasgos de personalidad entre un grupo de psicólogos con experiencia clínica y un grupo sin práctica clínica en psicoterapia, es decir, no-psicólogos; y existe relación entre el nivel de empatía y algunos rasgos de personalidad, i.e. cooperatividad y auto trascendencia.

Hipótesis específicas

H_1 Los psicólogos tendrán más puntaje en empatía en comparación con el grupo compuesto por no-psicólogos.

H_0 Los psicólogos no tendrán más puntaje en empatía en comparación con el grupo compuesto por no-psicólogos.

H_1 Los psicólogos tendrán diferentes puntajes en los diversos rasgos de personalidad (i.e. cooperatividad y autotrascendencia) en comparación con los no-psicólogos.

H_0 Los psicólogos no tendrán diferentes puntajes en los diversos rasgos de personalidad (i.e. cooperatividad y autotrascendencia) en comparación con los no-psicólogos.

H₁ Existirá una relación positiva entre los niveles de empatía y los rasgos de personalidad, i.e. cooperatividad y auto trascendencia.

H₀ No existirá una relación positiva entre los niveles de empatía y los rasgos de personalidad, i.e. cooperatividad y auto trascendencia.

H₁ Existe correlación entre los puntajes de EQ y sub escales del IRI; EQ y subescalas del TECA; sub escalas IRI y sub escalas del TECA.

H₀ No existe correlación entre los puntajes de EQ y sub escales del IRI; EQ y subescalas del TECA; sub escalas IRI y sub escalas del TECA.

Métodos

Tipo y diseño de la investigación

Se trató de un estudio transversal de diseño no-experimental, correlacional, que fue llevado a cabo en una muestra no probabilística e intencional de participantes psicólogos y no-psicólogos con el propósito de describir posibles relaciones entre las variables evaluadas (Hernández Sampieri et al., 2014).

Descripción de la muestra

Participaron 60 personas, 30 hombres de 20 a 34 años de edad (media = 26.96, DE= 3.35) y 30 mujeres de 20 a 34 años de edad (media = 27.26, DE = 3.70), se reclutó una muestra de 30 psicólogos con experiencia clínica, de los cuales 15 fueron mujeres y 15 hombres. Para el grupo de no-psicólogos se reclutó una muestra de 30 no-psicólogos que cumplieran con los criterios de inclusión, de los cuales 15 fueron mujeres y 15 hombres. Los criterios de inclusión fueron personas sanas con dominancia manual

diestra, lengua materna español, 30 psicólogos titulados con experiencia en psicoterapia de al menos 6 meses y 30 no psicólogos. Los criterios de exclusión para participar fueron ser zurdos, antecedentes o cursar actualmente con alguna patología neurológica, psiquiátrica o trastorno psicológico; no completar alguna de las pruebas. Los participantes firmaron de manera voluntaria un formulario de consentimiento informado a través de *google forms*. Los criterios de dominancia manual, lengua materna, patología neurológica, psiquiátrica o trastornos psicológico fueron auto reportados por los participantes en el cuestionario de datos generales.

Instrumentos

Se utilizaron tres pruebas para medir empatía:

1) La versión en español del Empathy Quotient (Cuestionario de Empatía), que es auto administrado y está compuesto por 60 ítems de los cuales 20 son controles; los puntajes se informan a partir de una escala de cuatro puntos de 1 (sin empatía) a 4 (muchísima empatía). Los puntajes altos indican altos niveles de empatía, el valor de α para el EQ es de .92 (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Sin embargo, en población mexicana se encontró un valor de α .80 (Arroyo et. al. 2013).

2) Índice de Reactividad Interpersonal (IRI, en su versión en español) es un instrumento en forma de auto-informe compuesto por 28 ítems, diseñado para medir los componentes emocionales y afectivos de la empatía; se compone de 4 sub-escalas compuestas de 7 ítems cada una (toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática, malestar personal (Frías-Navarro, D. ;2009), y cuenta con una consistencia interna de .78 (Fernández-Pinto et al., 2008). La consistencia interna en una muestra mexicana fue

medida por alfa de Cronbach (α) mostró un coeficiente de .81 (Ahuatzin González et al., 2019).

3) Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA) (Fernández-Pinto, 2008) consiste en un cuestionario auto administrado de 33 ítems subdivididos en 4 escalas (adopción de perspectiva, comprensión emocional, estrés empático y alegría empática) (Olivera, Braun, & Roussos; 2011); sin embargo, no se han realizado estudios en población mexicana con esta prueba.

Se utilizó el instrumento de personalidad:

La personalidad fue medida con el Inventario de Temperamento y Carácter en su versión en español (ITC), en la versión extendida (Cloninger et al., 1993; Sánchez, Páez, López, & Nicolini, 1996); un instrumento auto administrado que consiste de 240 preguntas de verdadero o falso, que describen la personalidad considerando el temperamento y carácter como dos componentes de la personalidad.

EL ITC tiene en cuenta cuatro dimensiones de temperamento a nivel superior (búsqueda de la novedad, evitación al daño, dependencia a la recompensa y persistencia) que a su vez están conformados por rasgos de nivel inferior:

- **Búsqueda de la novedad** está conformado por cuatro dimensiones a nivel inferior (excitabilidad exploratoria vs rigidez, impulsividad vs reflexión, extravagancia vs discreción y desorden vs restricción).

- **Evitación al daño** se encuentra conformado por cuatro dimensiones a nivel inferior (preocupación vs optimismo, miedo a lo incierto vs confianza, timidez vs gregarismo, fatigabilidad y astenia vs vigor).
- **Dependencia a la recompensa** se encuentra compuesta por tres dimensiones a nivel inferior (sensibilidad vs insensibilidad, apego vs separación, dependencia vs independencia).
- **Persistencia** se encuentra conformado por una dimensión inferior (persistencia vs irresolución).

Para el componente de carácter el ITC cuenta con tres dimensiones a nivel superior (autodirección, cooperatividad y autotrascendencia); son multidimensionales y están formados por rasgos de nivel inferior:

- **Autodirección** está conformado por cinco dimensiones a nivel inferior (responsabilidad vs culpabilidad, determinación vs sin dirección, con recursos vs apatía y congruencia con ideales).
- **Cooperatividad** está conformado por cinco dimensiones a nivel inferior (aceptación social vs intolerancia, empatía vs desinterés social, capacidad de ayuda vs incapacidad, compasión vs venganza e integridad vs falta de escrúpulos).
- **Autotrascendencia** está conformado por tres dimensiones a nivel inferior (concentración creativa vs conciencia, identificación transpersonal y aceptación espiritual vs materialismo).

En total son 25 rasgos de nivel inferior, doce de temperamento y trece de carácter. El ITC cuenta con una alta consistencia interna en su versión original $\alpha=.82$; y fue estandarizado y traducido por (Sánchez de Carmona et al., 1996).

Procedimiento

El estudio se realizó de forma virtual y en línea. Los participantes fueron invitados a formar parte del estudio por medio de una publicación en internet, y posteriormente recibieron una invitación vía correo electrónico.

Para los cuestionarios se emplearon las herramientas Google: *google forms* (Google, s.f.). Mediante la cual, las personas que cubrieron los requisitos, respondieron las pruebas de personalidad y empatía.

Los participantes asistieron a cuatro sesiones vía remota, a través de la plataforma *google forms*, para contestar las pruebas de personalidad y empatía, las cuales fueron aplicadas en un orden aleatorio.

Durante la primera sesión los participantes firmaron un consentimiento informado, en el que se les indicaron los objetivos del estudio, el número de pruebas a aplicar y la duración de las mismas. Una vez que aceptaron participar en el estudio los participantes respondieron el cuestionario de datos generales y una vez que se corroboró que cumplieran con los criterios de inclusión, se comenzó a aplicar la primera prueba.

Durante la segunda sesión se aplicó una prueba distinta a la anterior (prueba dos), en la tercera sesión se aplicó la siguiente prueba (prueba tres) y en la cuarta sesión se les aplicó la última prueba (prueba cuatro).

Análisis de datos

Para comprobar la homogeneidad de varianzas entre grupos se utilizó el estadístico de Levene en el que la significancia de las escalas fue $p > 0.05$, aceptando así que las varianzas son homogéneas. Y una prueba de normalidad Shapiro-Wilk, en la que la significancia del valor de p para para las pruebas de empatía fueron mayor a 0.05. Sin embargo, para la mayoría de las sub escalas de la prueba de personalidad se encontró una significancia $p < 0.05$. Con base en estos resultados, se decidió usar estadística no paramétrica. Por lo cual, se realizó la prueba U de Mann Whitney para comparar los puntajes de las escalas entre grupos. Después, se realizaron correlaciones con el método de Spearman entre los puntajes de empatía, personalidad y el tiempo de experiencia clínica en meses, en cada grupo. Posteriormente se realizaron correlaciones con el método de Spearman en toda la muestra ($N=60$) entre experiencia clínica y los puntajes de empatía y personalidad. Para los análisis de comparación y de correlación se realizó un ajuste de corrección ante análisis múltiples utilizando el método *False Discovery Rate* (FDR).

Resultados

Al comparar el nivel de empatía y los rasgos de personalidad entre psicólogos y no-psicólogos. La muestra total fue de 60 participantes, un grupo de 30 psicólogos y otro de 30 no-psicólogos, la mitad hombres y la mitad mujeres para cada grupo. Como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra Psicólogos y No Psicólogos

	<i>Psicólogos n=30</i>	<i>No Psicólogos n=30</i>	<i>Total N= 60</i>
	Mediana (Rango)	Mediana (Rango)	Mediana (Rango)
Edad	27.50 (22-35)	25 (20-32)	26.50 (20-35)
Sexo	F (%)	F (%)	F (%)
<i>Mujer</i>	15(50)	15 (50)	30 (50)
<i>Hombre</i>	15(50)	15 (50)	30(50)
Edad*sexo	Mediana (Rango)	Mediana (Rango)	Mediana (Rango)
Mujer	28(24-35)	25 (20-31)	27 (35-20)
Hombre	26 (22-35)	25 (24-32)	25.5 (35-22)
Tiempo en meses de experiencia	36 (6-120)	36 (6-120)	36 (6-120)
Área de trabajo	F (%)	F (%)	F (%)
<i>Ingeniería</i>		7 (23.3)	7 (11.3)
<i>Medicina</i>		9 (30)	9 (14.5)
<i>Administración</i>		2 (6.7)	2 (3.3)
<i>Psicología</i>	30 (100)		30 (48.4)
<i>Social</i>		6 (20)	6 (9.7)
<i>Otro</i>		6 (20)	6 (9.7)

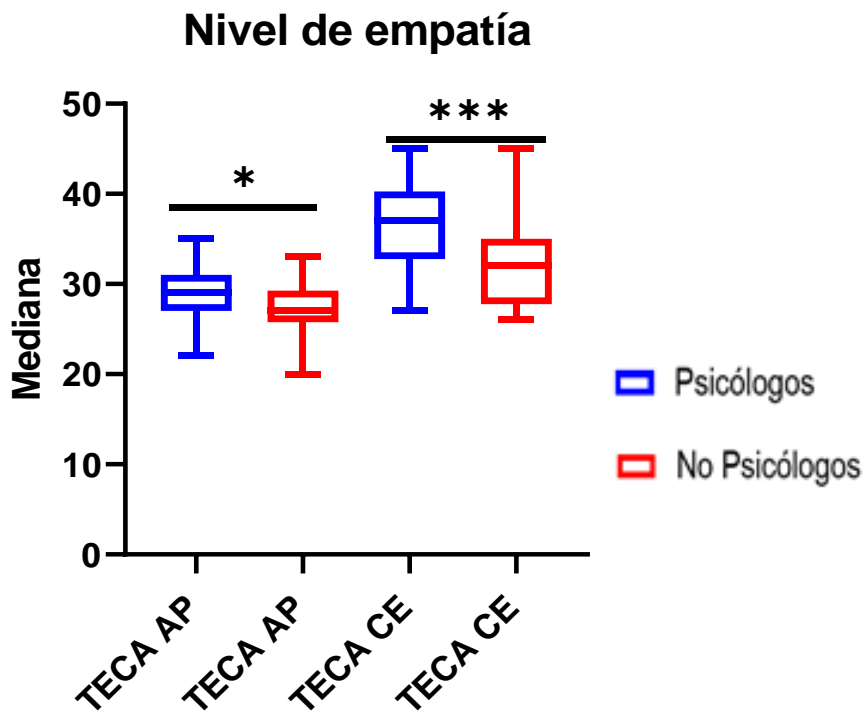
Nota: N= tamaño total de la muestra, n= tamaño de la muestra; F= frecuencia.

Tabla 2. Enfoque desde el que los psicólogos brindaban psicoterapia.

Enfoque Psicólogos n=30	F (%)
<i>T. Cognitivo Conductual</i>	17 (57)
<i>T. Integrativa</i>	2 (7)
<i>T. Humanista</i>	3 (10)
<i>T. Neuropsicológica</i>	3 (10)
<i>T. Sistémica</i>	3 (10)
<i>T. Psicodinámica</i>	1 (3)
<i>T. Historico cultural</i>	1 (3)
	30 (100)

Nota: n= tamaño de la muestra; F= frecuencia.

Para realizar la comparación de puntajes de las escalas de empatía entre el grupo de psicólogos y no-psicólogos se usó una prueba U de Mann Whitney para cada prueba de empatía (EQ, IRI y TECA). El grupo de psicólogos obtuvo de manera significativa mayores puntajes que el grupo de no-psicólogos en la sub-escala de Adopción de Perspectiva (AP, $u= 224.50$, $z=-3.342$, $p<0.05$, corrección por la FDR) así como una diferencia significativa para la sub-escala de Comprensión Emocional (CE, $u=306.50$, $z=-2.137$, $p<0.00$, corrección por la FDR) de la prueba TECA (Figura 2.).



TECA AP: $U= 306.50, p<0.05$
 TECA CE: $U= 224.50, p<0.001$

Figura 2. Comparaciones entre los puntajes de Psicólogos y No Psicólogos en las Sub-escalas de empatía: Adopción de Perspectiva (AP) y Comprensión Emocional (CE). Las líneas medias de la caja muestran la mediana de cada grupo para cada sub-escala, las líneas en los extremos las cajas representan el valor máximo (extremo superior) y valor mínimo (extremo inferior). * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$, corrección por la FDR.

Para conocer si existía relación entre los puntajes de empatía y los puntajes de rasgos personalidad se calculó una correlación de Spearman para el grupo de Psicólogos y otra para el grupo de No-psicólogos. Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas para ninguno de los grupos. Posteriormente se calculó una correlación de Spearman utilizando toda la muestra ($N=60$) para conocer si existía una relación entre los puntajes de empatía y los puntajes de los rasgos de personalidad. Este análisis

mostró una correlación negativa entre la prueba de empatía EQ y los rasgos de personalidad del ITC; Búsqueda de la Novedad 4 ($r = -0.41$, $p < 0.01$, corrección por la FDR); Dependencia a la Recompensa 4 ($r = -0.34$, $p < 0.01$, corrección por la FDR) y Cooperatividad 2 ($r = -0.36$, $p < 0.01$, corrección por la FDR) (Figura 3.).

Correlación ITC: Búsqueda de la Novedad, Dependencia a la Recompensa, Cooperatividad y Empatía

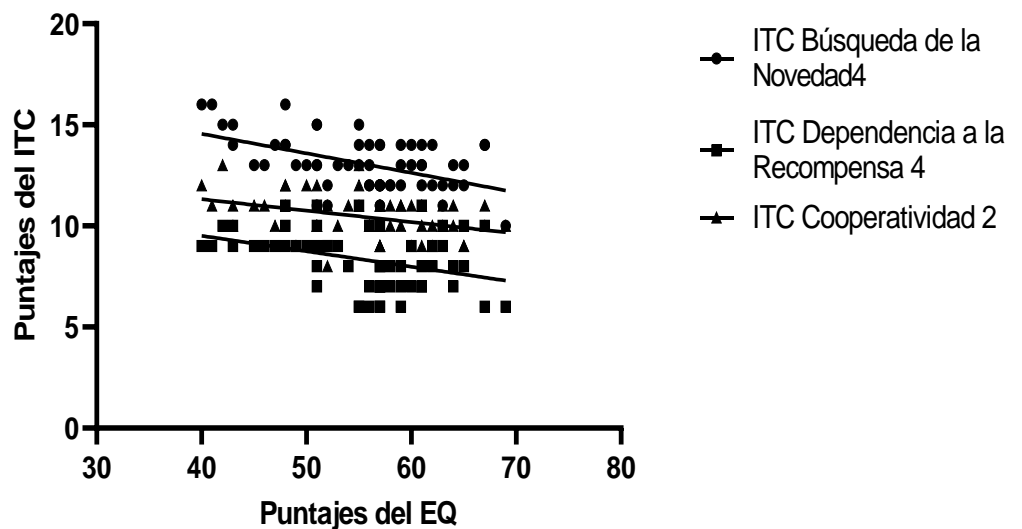


Figura 3. Diagrama de dispersión entre puntajes de EQ (empatía) con las sub-escalas del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) Búsqueda de la Novedad 4, Dependencia a la recompensa 4 y Cooperatividad 2. Para la correlación se utilizó al total de la muestra (N=60).

Se detectaron correlaciones entre sub-escalas del IRI y los rasgos de personalidad del ITC: la sub-escala de Preocupación Empática del IRI correlacionó positivamente con la sub-escala del ITC Dependencia a la Recompensa ($r = 0.37$, $p < 0.01$, corrección por la FDR; Figura 4.).

Correlación IRI Preocupación Empática e ITC Dependencia a la Recompensa 1

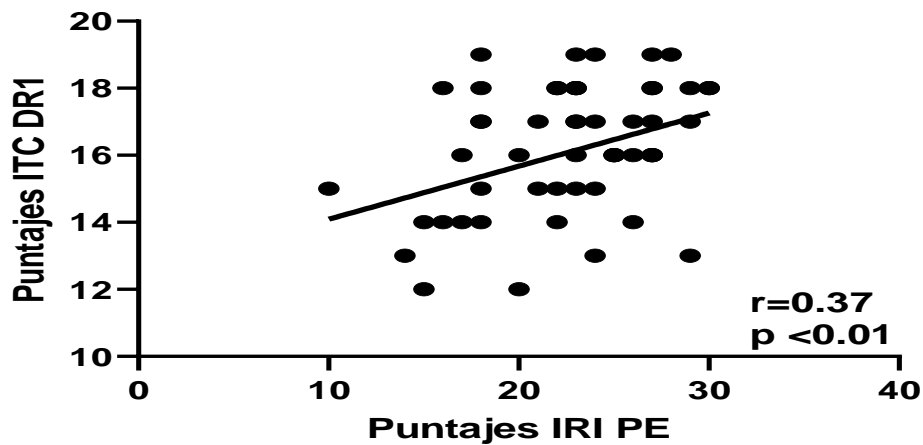


Figura 4. Diagrama de dispersión entre puntajes de la sub-escala Preocupación Empática (PE) del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), (empatía) con Dependencia a la recompensa (DR1) del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). Para la correlación se utilizó toda la muestra (N=60).

Se encontró relación positiva con los puntajes de la sub-escala Alegría Empática del TECA y los puntajes de la sub-escala del rasgo de Auto-trascendencia 3 del ITC ($r=0.35$, $p<0.01$, corrección por la FDR; Figura 5.) de la prueba ITC.

Correlación entre TECA Alegría Empática e ITC Autotrascendencia 3

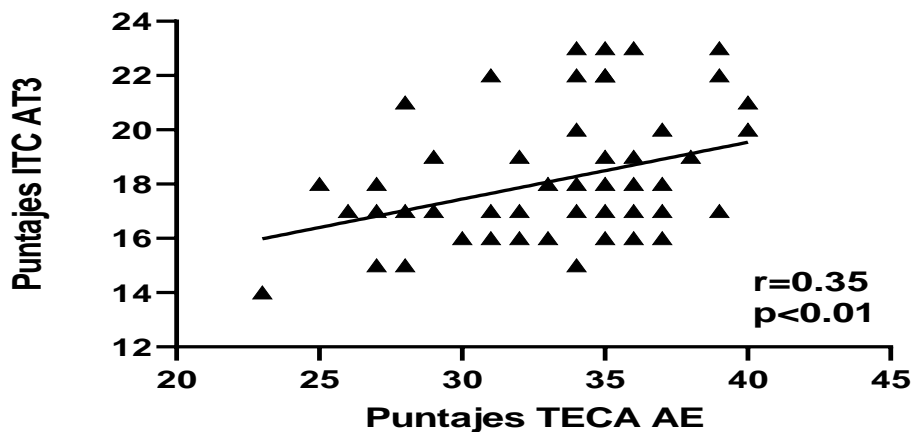


Figura 5. Diagrama de dispersión entre puntajes de la sub-escala Alegría Empática (AE) del Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA) (empatía) Auto-trascendencia 3 (AT3) del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). Para la correlación se utilizó toda la muestra (N=60).

Finalmente, se calculó la correlación de Spearman con el total de la muestra (N=60) entre los puntajes de las pruebas de empatía para conocer si existía una relación en el puntaje de las de las pruebas. Los resultados que a continuación se presentan muestran una correlación positiva entre los puntajes de EQ con las sub-escalas Toma de Perspectiva ($r=0.29$, $p<0.05$, corrección por la FDR), de la prueba IRI; y la sub-escala Estrés Empático ($r= 0.40$, $p<0.01$, corrección por la FDR) de la prueba TECA (Figura 6.).

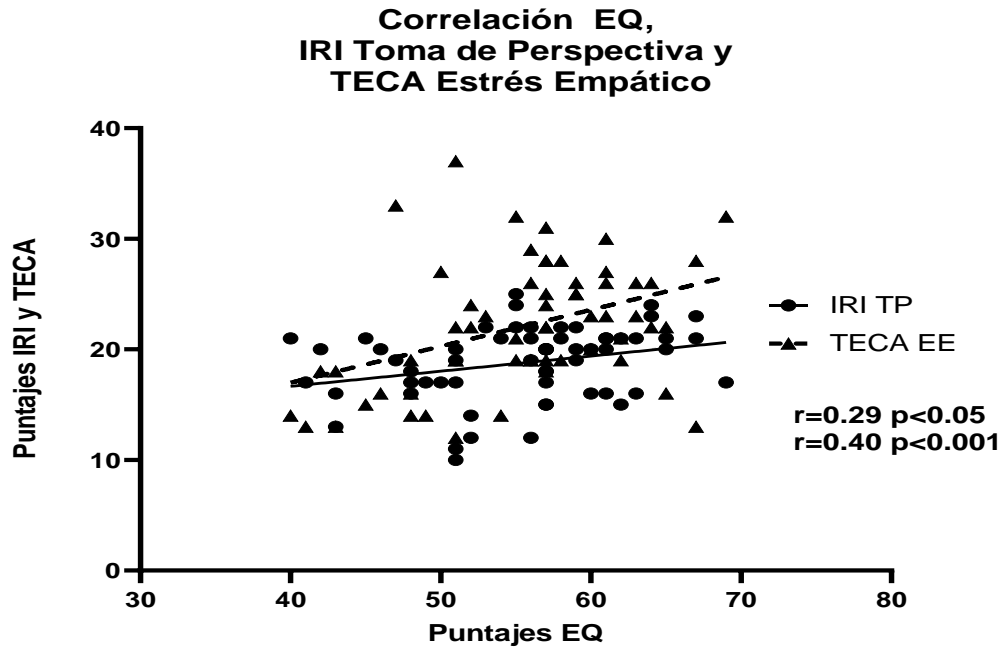


Figura 6. Diagrama de dispersión entre puntajes de EQ y Toma de Perspectiva (TP) del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) y Estrés Empático (EE) del Test de Empatía Cognitiva Afectiva (TECA). Para la correlación se utilizó toda la muestra (N=60).

Se encontraron también correlaciones positivas entre las sub escala Toma de Perspectiva del IRI con las sub escalas de Adopción de Perspectiva ($r=0.48$, $p<0.001$, corrección por la FDR) y Alegría Empática ($r=0.33$, $p<0.01$, corrección por la FDR) del TECA (Figura 7.). También se encontró una relación negativa para la sub-escala de Malestar Personal de IRI con la sub escala de Comprensión Emocional del TECA ($r=0.42$, $p<0.001$, corrección por la FDR; Figura 8.).

Correlación IRI Toma de Perspectiva y TECA Adopción de Perspectiva y Alegría Empática

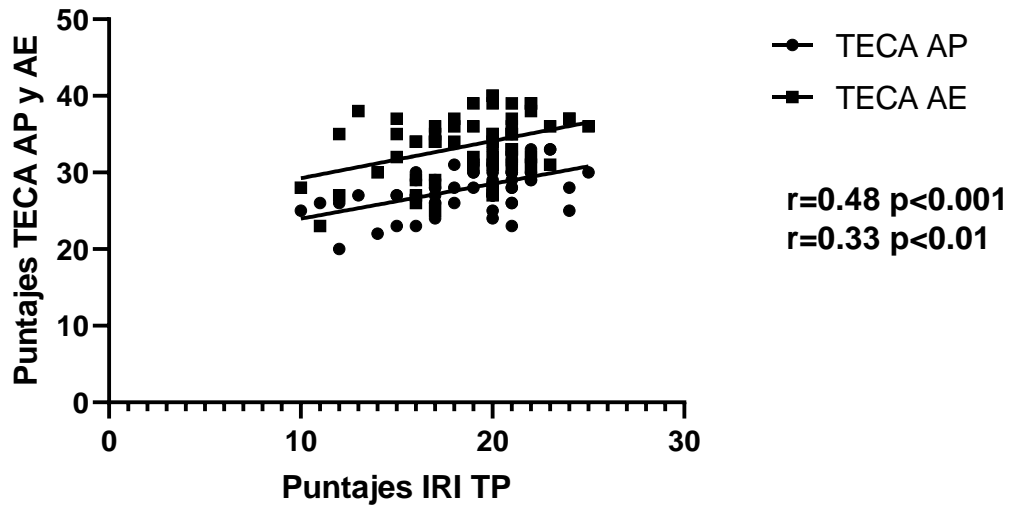


Figura 7. Diagrama de dispersión entre puntajes de Toma de Perspectiva (TP) y del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) y Adopción de Perspectiva (AP) y Alegría Empática (AE) del Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA). Para la correlación se utilizó toda la muestra (N=60).

Correlación nivel de empatía TECA Comprensión Emocional e IRI Malestar Personal

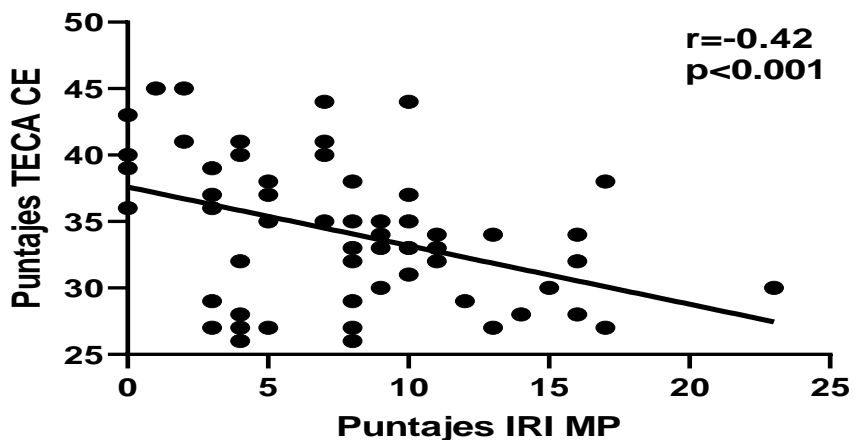


Figura 8. Diagrama de dispersión que muestra correlación entre puntajes de la sub-escala Malestar Personal (MP) del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) y

Comprensión Emocional (CE) del Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA). Para la correlación se utilizó toda la muestra (N=60).

Para la comparar los puntajes en la escala de rasgos de personalidad ITC entre el grupo de Psicólogos y No-psicólogos se utilizó la prueba U de Mann W. No se detectaron diferencias en personalidad significativas en los puntajes de ambos grupos ($p>0.05$).

Para conocer si existía una relación de los puntajes de empatía y los de personalidad con el tiempo de práctica en su profesión, se realizaron análisis de Spearman por grupo. No se encontraron relaciones significativas para ninguno de los grupos.

Discusión

Diversos estudios se han realizado con anterioridad comparando niveles de empatía en personal del área médica, es decir médicos, médicas, enfermeros y enfermeras (Delgado Domínguez et al., 2020; Huarcaya-Victoria et al., 2019), así como programas de entrenamiento de empatía para los mismos (Bas-Sarmiento et al., 2020; Kiosses et al., 2016), al igual que su relación con la personalidad (Abe et al., 2018; Guilera et al., 2019), demostrando en estos que en el personal médico los niveles de empatía tiende a disminuir con el paso del tiempo principalmente en hombres estudiantes de medicina, mientras que en las mujeres se observa un mantenimiento de la misma a través de los años de estudio en de la carrera (Bratek et al., 2015; Delgado Domínguez et al., 2020; Hojat et al., 2011; Lor et al., 2015). Además cuando se compara el nivel de empatía en médicos, médicas, enfermeros y enfermeras se ha encontrado que las enfermeras tienen más probabilidades que los médicos de poder ver las cosas desde la

perspectiva de los pacientes, ponerse en el lugar de sus pacientes y creer en el efecto terapéutico de la empatía (Fields et al., 2004).

Sin embargo, existen pocos estudios que comparan el nivel de empatía y rasgos de personalidad entre un grupo de psicólogos con experiencia clínica y un grupo de no-psicólogos. En este estudio no se detectaron diferencias en personalidad y sólo algunas medidas de empatía. También se analizó la relación entre empatía y rasgos de personalidad.

Empatía en Psicólogos con experiencia clínica

De acuerdo al primer objetivo los resultados mostraron que no existen diferencias entre psicólogos y no-psicólogos en los puntajes de empatía *Empathy Quotient* (EQ) e Índice de Reactividad Interpersonal (IRI). Sin embargo, para el grupo de psicólogos se encontraron puntajes más altos en sub-escalas de empatía del Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA): Adopción de Perspectiva (AP) y Comprensión Emocional (CE), en comparación a el grupo de no-psicólogos. El TECA mide la empatía en dos componentes, el componente afectivo y el componente cognitivo, las sub-escalas que mostraron diferencias significativas fueron las de la dimensión cognitiva. El grupo de psicólogos con entrenamiento clínico tuvieron mayor puntaje en Adopción de Perspectiva que se refiere a la capacidad de ponerse en el lugar de otra persona, y en la Comprensión Emocional, es decir, la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, intenciones e impresiones de otros (Vaquier et al., 2020). Lo que sugiere que la experiencia clínica de los psicólogos impacta en sus habilidades de empatía cognitiva, favoreciendo el nivel de objetividad al momento de experimentar las emociones de otros (Atzil-Slonim et al., 2018).

Empatía y personalidad

Los resultados mostraron que no hay diferencias en los puntajes de la prueba de personalidad (ITC), entre grupos: psicólogos con experiencia clínica y no-psicólogos. Debido a que no se detectaron diferencias entre grupos en personalidad y sólo en dos sub-escalas del TECA en empatía, se decidió analizar esta relación en toda la muestra como un solo grupo, siguiendo otro de los objetivos.

La empatía como la habilidad de atribuir estados mentales a otra persona o animal y responder a estos con una emoción apropiada (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004), se registró a través de la prueba EQ y se detectó una relación negativa entre los puntajes de esta prueba y los rasgos de personalidad: Búsqueda de la Novedad, Dependencia a la Recompensa y el rasgo de carácter Cooperatividad.

De acuerdo con los resultados de toda la muestra de este estudio, los individuos con mayores puntajes en empatía en la prueba EQ tienen menores puntajes en Búsqueda de la Novedad. Lo que sugiere que personas con bajo grado de Búsqueda de la Novedad, tienen una mejor tolerancia a la frustración, un mayor control de emociones, ambos indispensables para los procesos empáticos (Atzil-Slonim et al., 2018; Cloninger, 1993). Niveles bajos en la Dependencia a la Recompensa indica independencia, entonces personas mayores niveles de empatía expresan menor apego social y mayor independencia.

El rasgo de Cooperatividad es una medida de qué tan bien se llevan las personas con los demás (Cloninger, 2004), está relacionado con tolerancia, amabilidad y empatía (Cloninger, 1993). Es un rasgo relacionado con los sentimientos de unidad e

identificación con otros y que permite mejorar la comunicación y compasión, las puntuaciones bajas en este rasgo indicarían que los individuos no se preocupan por los sentimientos de los demás, o que no pueden compartir las emociones de otros, como sufrimiento o dificultades o al menos no están dispuestos a respetar (es decir, asignar valor a) las metas y valores de otras personas (García et al., 2020). Considerando a la empatía como un término paraguas para todos los procesos que surgen del hecho de que los observadores comprenden los estados de los demás activando sus propias representaciones personales, neuronales y mentales de ese estado y teniendo en cuenta que la empatía podría pero no siempre dirige a conductas pro sociales (de Waal & Preston, 2017).

Según los resultados de este estudio, a mayor puntaje de empatía menor Cooperatividad. Según Osman y col. (2018) la empatía tiene un límite e incluso un efecto negativo en conductas pro sociales (Xu et al., 2012), una razón clave para el bajo impacto de la empatía en cooperación se debe a la ambigüedad del objeto de los sentimientos de empatía, lo que conduce a un “efecto de escape” (Cameron & Payne, 2011). De acuerdo con el cual, sentimientos de empatía o compasión tienden a disminuir a medida que el número de personas necesitadas aumenta, a pesar de una alta cooperatividad.

Los resultados, también mostraron relación positiva para la sub-escala de Preocupación Empática (PE) de la prueba IRI que evalúa la tendencia de los sujetos a experimentar sentimientos de compasión y preocupación hacia otros (Pérez-Albéniz et al., 2003) y la sub-escala Dependencia a la Recompensa del ITC, que de acuerdo con Cloninger (1987; Cloninger & Zohar, 2011) se caracteriza por la tendencia a reaccionar ante estímulos gratificantes, especialmente aquellos que involucran aceptabilidad social

(Zohar, 2007), para preservar comportamientos que mejoran la recompensa y/o evitan castigo. Individuos con puntuaciones altas en la sub-escala Dependencia a la Recompensa son personas emocionalmente dependientes, simpáticos, sensibles a claves sociales y persistentes (Cloninger, 1987; Li et al., 2017). Por ello, los resultados de este estudio sugieren que existe una mayor Preocupación Empática a mayor Dependencia a la Recompensa; es decir a mayor preocupación y compasión por otros mayor sensibilidad a las claves sociales (Chierchia & Singer, 2017).

En la prueba TECA se encontró una relación positiva entre la sub-escala Alegría Empática (AE) que se describe como la capacidad de compartir las emociones positivas de otras personas (Fernández-Pinto, 2008), y el rasgo de Auto-trascendencia de la prueba ITC. La autotrascendencia refleja la tendencia de identificarse con un todo, está relacionado con lo espiritual (Fresán et al., 2011); se mide por la capacidad de una persona para absorberse en lo que les gusta hacer y, por lo tanto, a identificarse con lo que está más allá de su propia existencia transitoria (Cloninger, 2004). Además se ha demostrado tener un impacto en la presencia de emociones positivas (Cloninger & Zohar, 2011).

Pruebas de empatía

Debido a la variabilidad de instrumentos de evaluación de la empatía, se ha dificultado la replicabilidad de los hallazgos en el campo. Para determinar si las pruebas son un indicador de validez convergente, se evaluó si existía una correlación entre las mismas. Los resultados mostraron una relación positiva entre la prueba EQ con la sub-escala Toma de Perspectiva (TP) de la prueba IRI, que evalúa la tendencia para adoptar espontáneamente el punto de vista de otro (Davis, 1983); además de una relación

positiva con la escala Estrés Empático (EE) de la prueba TECA que evalúa la capacidad de compartir emociones negativas de otras personas (Fernández-Pinto, 2008). Este resultado, sugiere que altos niveles de empatía registrados por EQ se relacionan con altas habilidades de Toma de Perspectiva y Estrés Empático en donde la primera es una medida cognitiva de la empatía, y se enfatiza la comprensión de los sentimientos de otros, mientras que la segunda es un componente afectivo donde se enfatiza que el sentimiento de un observador puede ser cualquier respuesta emocional a la emoción de otra persona (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004).

Los resultados, también mostraron tres relaciones positivas entre las pruebas IRI y TECA. La primera entre la sub-escala Toma de Perspectiva (TP) del IRI y Adopción de Perspectiva (AP) del TECA, ambas pertenecientes a la dimensión cognitiva de la empatía, sin embargo, mientras que la TP evalúa la capacidad para adoptar el punto de vista de otro, la AP evalúa la capacidad intelectual o imaginativa de ponerse en el lugar de otra persona. Lo que podría indicar que ambas escalas son similares pues la AP permite adoptar de manera imaginaria la perspectiva de otro y no únicamente de una manera espontánea sino como algo planeado y regulado. La segunda relación que existe es entre la sub-escala Toma de Perspectiva y Alegría Empática (AE) del TECA, sin embargo, la sub-escala de AE pertenece a la dimensión emocional de la empatía y evalúa la capacidad de compartir las emociones positivas de otras personas, lo que indica que al compartir las emociones positivas de otras personas se puede adoptar el punto de vista del otro.

La tercera relación detectó entre las sub-escalas Malestar Personal (MP) del IRI y Comprensión Emocional (CE) del TECA. Donde MP evalúa sentimientos auto orientados

de ansiedad e incomodidad en respuesta al malestar de otros (Davis, 1983) y la CE evalúa la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y las impresiones de otros (Fernández-Pinto et al., 2008; Olivera & Braun, 2011). A primera vista estos resultados sugieren que al existir un mayor MP existe menor CE, sin embargo la escala de MP describe la habilidad de monitorear e inhibir reacciones emocionales y no refleja la habilidad individual de compartir la experiencia emocional con otro individuo, por lo que quizás la sub-escala de MP podría estar evaluando un concepto más amplio que la empatía emocional o bien, evalúa un modo de inhibición de la respuesta emocional empática, y por eso es negativa la relación con la del TECA (Atzil-Slonim et al., 2018; Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Davis, 1983).

Estos resultados nos recuerdan que pese a que el IRI, EQ y TECA son instrumentos que buscan evaluar la empatía desde una perspectiva integradora, a través de la medición de las dimensiones afectiva y cognitiva de la empatía, resulta evidente que no existe un consenso en la medición de la empatía (Fernández-Pinto, 2008; González-González et al., 2015).

Los seres humanos somos seres sociales, día con día tenemos interacciones sociales, para las cuales la percepción, reconocimiento y evaluación de las emociones de otros nos permiten dar respuestas apropiadas o adaptativas a los diferentes contextos durante esas interacciones sociales. Una de las habilidades socio emocionales más importante en la actualidad y considerada la principal en programas de “habilidades para la vida” es la empatía. Dentro de contextos sociales como la psicoterapia, la empatía es una condición necesaria para una psicoterapia efectiva, sin embargo, poco se ha estudiado a la empatía en terapeutas. Considerando lo anterior además de considerar a

la empatía como una de las habilidades socio-emocionales más importantes; futuros programas de estudio en la carrera de psicología deberán considerar promover durante los primeros años de formación en psicología programas de “habilidades para la vida” o llevar un consenso del entrenamiento en empatía para que futuros psicólogos clínicos cuenten con las herramientas necesarias para desarrollar, mejorar y regular su empatía y procesos emocionales a lo largo de sus sesiones y acompañamientos terapéuticos.

Trabajos futuros serán necesarios para evaluar la precisión empática en terapeutas y no terapeutas con una muestra más amplia, además de considerar paradigmas experimentales de empatía implícita, por ejemplo en los que se les presenten imágenes de cuerpos en situaciones dolorosas o no; al mismo tiempo que se obtenga el registro de actividad neuronal (Coll et al., 2017) y no únicamente incluir cuestionarios de auto reporte ya que se ha demostrado que en el autoinforme de la empatía las puntuaciones de la escala guardan una relación insignificante con la empatía según la evaluación en paradigmas de comportamiento, explicando sólo aproximadamente 1% de la varianza en el desempeño de la tarea conductual (Murphy & Lilienfeld, 2019).

Limitaciones

Una de las principales limitaciones de este estudio es la falta de un registro directo del entrenamiento en empatía para los psicólogos clínicos, sin embargo, la experiencia en psicoterapia parece tener impacto en las habilidades de empatía cognitiva, favoreciendo el nivel de objetividad al momento de experimentar las emociones de otros, así como la regulación de emociones ante situaciones de malestar. Futuros trabajos serán necesarios para evaluar no únicamente los niveles de empatía en terapeutas sino también considerar el enfoque clínico desde el que ejercen psicoterapia; así como

considerar la mejoría de la salud mental de sus pacientes a través de la medición del tiempo en el que disminuyen los síntomas o desaparecen por completo.

También es probable que no se hayan encontrado más diferencias entre terapeutas y no terapeutas debido a que las escalas utilizadas fueron bajo las aproximaciones de la psicología general y la empatía en clínica ha sido conceptualizada y trabajada de otra manera con otro campo paradigmático; es necesario seguir investigando las relaciones existentes entre los diferentes componentes de la empatía y completar los modelos existentes de empatía. Por ello se debe considerar la dificultad de la medición de la empatía debido a los diversos enfoques y modelos existentes.

Otra de las limitaciones a considerar es la diversidad del grupo de No-psicólogos, ya que algunos de sus integrantes pertenecían al área médica, lo cual podría impactar de manera positiva el nivel de empatía en este grupo. Trabajos futuros serán necesarios para comparar el nivel de empatía entre psicólogos clínicos y personal médico, es decir, médicos, médicas, enfermeros y enfermeras.

Conclusión

Los resultados de este trabajo muestran que no existen diferencias entre psicólogos y no-psicólogos en rasgos de personalidad. Sin embargo, los psicólogos con experiencia clínica reportaron mayores puntajes en sub-escalas de la dimensión cognitiva de la empatía, sugiriendo así que la experiencia clínica de los psicólogos impacta en sus habilidades de empatía cognitiva, favoreciendo el nivel de objetividad al momento de experimentar las emociones de otros. Se detectaron solo algunas relaciones

entre escalas de empatía, reflejando así la variabilidad de definir y medir este constructo como teórico, dado que no existe ninguna estandarización en cuanto a pruebas de empatía.

Los hallazgos de este trabajo también muestran que ciertos rasgos de personalidad están relacionados con la empatía. Pero dado que la empatía es un proceso que está relacionado a la regulación emocional, futuros trabajos serán necesarios para indagar acerca de los rasgos de personalidad que predisponen a niveles altos de empatía en psicoterapia y mejoran la calidad de vida de los pacientes.

Referencias

- Abe, K., Niwa, M., Fujisaki, K., & Suzuki, Y. (2018). Associations between emotional intelligence, empathy and personality in Japanese medical students. *BMC Medical Education*, *18*(1), 47.
<https://doi.org/10.1186/s12909-018-1165-7>
- Adolphs, R. (2009). The Social Brain: Neural Basis of Social Knowledge. *Annual Review of Psychology*, *60*(1), 693-716. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163514>
- Ahuatzin González, Martínez-Velázquez, A., García Aguilar, & Vazquez-Moreno. (2019). *Propiedades psicométricas del Interpersonal Reactivity Index (IRI) en mexicanos universitarios*. *12* (1), 111-122.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: a psychological interpretation*. Holt.
- Anderson, S. W., Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., & Damasio, A. R. (1999). Impairment of social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex. *Nature Neuroscience*, *2*(11), 1032-1037. <https://doi.org/10.1038/14833>

- Artinger, F., Exadaktylos, F., Koppel, H., & Sääkivuori, L. (2014). In Others' Shoes: Do Individual Differences in Empathy and Theory of Mind Shape Social Preferences? *PLoS ONE*, *9*(4), e92844. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092844>
- Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Fisher, H., Lazarus, G., Hasson-Ohayon, I., Lutz, W., Rubel, J., & Rafaeli, E. (2018). *Therapists' Empathic Accuracy Toward Their Clients' Emotions*. 14.
- 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 Developmental Disorders*, *34*(2), 163-175. <https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000022607.19833.00>
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Baena-Baños, M., Corro-Bermejo, A., Soler-Martins, P. S., & de la Torre-Moyano, S. (2020). Empathy training in health sciences: A systematic review. *Nurse Education in Practice*, *44*, 102739. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102739>
- Benito, Ezequiel. (2009). Las Psicoterapias. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, *1*(1), 1-9.
- Bernhardt, B. C., & Singer, T. (2012). The Neural Basis of Empathy. *Annual Review of Neuroscience*, *35*(1), 1-23. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-062111-150536>
- Bordalejo, D., Boullosa, O., Hadid, E., Puricelli, M., Romero, E., Tannenhaus, L., Vieitez, A., & Vázquez, G. (2014). Factores de carácter y temperamento según el modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger en una muestra de pacientes bipolares eutímicos de la ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, *18*(4), 263-295.
- Bratek, A., Bulska, W., Bonk, M., Seweryn, M., & Krysta, K. (2015). EMPATHY AMONG PHYSICIANS, MEDICAL STUDENTS AND CANDIDATES. *Psychiatria Danubina*, *27*, 48-52.

- Briganti, G., Kempnaers, C., Braun, S., Fried, E. I., & Linkowski, P. (2018). Network analysis of empathy items from the interpersonal reactivity index in 1973 young adults. *Psychiatry Research*, *265*, 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.082>
- Cameron, C. D., & Payne, B. K. (2011). Escaping affect: How motivated emotion regulation creates insensitivity to mass suffering. *Journal of Personality and Social Psychology*, *100*(1), 1-15. <https://doi.org/10.1037/a0021643>
- Chierchia, G., & Singer, T. (2017). The Neuroscience of Compassion and Empathy and Their Link to Prosocial Motivation and Behavior. En *Decision Neuroscience* (pp. 247-257). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-805308-9.00020-8>
- Cloninger, C. R. (1987). A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants: A Proposal. *Archives of General Psychiatry*, *44*(6), 573. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180093014>
- Cloninger, C. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, *50*(12), 975. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Cloninger, C. R. (2004). *Feeling Good: The Science of Well-Being*. Oxford University Press, USA.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 975-990.
- Cloninger, C. R., & Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders*, *128*(1-2), 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.012>
- Coll, M.-P., Viding, E., Rütgen, M., Silani, G., Lamm, C., Catmur, C., & Bird, G. (2017). Are we really measuring empathy? Proposal for a new measurement framework. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *83*, 132-139. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.10.009>
- Davis, M. H. (1980). *A multidimensional approach to individual differences in empathy*.

- Davis, M. H. (1983). *Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach*. 44, 14, 114-126.
- de Waal, F. B. M., & Preston, S. D. (2017). Mammalian empathy: Behavioural manifestations and neural basis. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(8), 498-509. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.72>
- Decety, J. (2011). Dissecting the Neural Mechanisms Mediating Empathy. *Emotion Review*, 3(1), 92-108. <https://doi.org/10.1177/1754073910374662>
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Delgado Domínguez, C., Rodríguez Barraza, A., Lagunes Córdoba, R., & Vázquez Martínez, F. D. (2020). Relación entre bienestar psicológico y empatía en médicos residentes en una universidad pública en México. *Investigación en Educación Médica*, 34, 16-23. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.34.19189>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Eslinger, P. J. (1998). Neurological and Neuropsychological Bases of Empathy. *European Neurology*, 39(4), 193-199. <https://doi.org/10.1159/000007933>
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24(2).
- Fields, S. K., Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Kane, G., & Magee, M. (2004). Comparisons of Nurses and Physicians on an Operational Measure of Empathy. *Evaluation & the Health Professions*, 27(1), 80-94. <https://doi.org/10.1177/0163278703261206>
- Fresán, A., Robles-García, R., López-Avila, A., & Cloninger, C. R. (2011). Personality differences according to age and sex in a Mexican sample using the Temperament and Character Inventory–Revised. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 774-779. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.11.003>

- García, D., Lester, N., Cloninger, K. M., & Cloninger, C. R. (2020). Cooperativeness. En V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 906-908). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_2268
- González-González, H., Álvarez-Castillo, J.-L., & Fernández-Caminero, G. (2015). Desarrollo y validación de una escala de medida de la empatía intercultural. *RELIEVE - Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 21(2). <https://doi.org/10.7203/relieve.21.2.7841>
- Guilera, T., Batalla, I., Forné, C., & Soler-González, J. (2019). Empathy and big five personality model in medical students and its relationship to gender and specialty preference: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 19(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1485-2>
- Hassenstab, J., Dziobek, I., Rogers, K., Wolf, O. T., & Convit, A. (2007). Knowing What Others Know, Feeling What Others Feel: A Controlled Study of Empathy in Psychotherapists. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 277-281. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253794.74540.2d>
- Heath, A. C., Cloninger, C. R., & Martin, N. G. (1994). Testing a model for the genetic structure of personality: A comparison of the personality systems of Cloninger and Eysenck. *Journal of personality and social psychology*, 66(4), 762.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., Méndez Valencia, S., & Mendoza Torres, C. P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients: *Academic Medicine*, 86(3), 359-364. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
- Huarcaya-Victoria, J., Cano-Uría, B., Villanueva-Ruska, A., & de la Cruz-Oré, J. (2019). Evaluación de los niveles de empatía médica en médicos residentes de un hospital general en Perú. *Educación Médica*, 20, 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.04.004>

- Kiosses, V. N., Karathanos, V. T., & Tatsioni, A. (2016). Empathy promoting interventions for health professionals: A systematic review of RCTs. *Journal of Compassionate Health Care*, 3(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40639-016-0024-9>
- Klimecki, O. M., Mayer, S. V., Jusyte, A., Scheeff, J., & Schönenberg, M. (2016). Empathy promotes altruistic behavior in economic interactions. *Scientific Reports*, 6(1), 31961. <https://doi.org/10.1038/srep31961>
- Konrath, S., Meier, B. P., & Bushman, B. J. (2018). Development and validation of the single item trait empathy scale (SITES). *Journal of Research in Personality*, 73, 111-122. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2017.11.009>
- Lazaro Flores, J. C., & Ostrosky- Solís, F. (s. f.). Neuropsicología de Lobulos Frontales y Funciones Ejecutivas de la Conducta Humana. *Abril 2008*, 8, 47-58.
- Li, S., Demenescu, L. R., Sweeney-Reed, C. M., Krause, A. L., Metzger, C. D., & Walter, M. (2017). Novelty seeking and reward dependence-related large-scale brain networks functional connectivity variation during salience expectancy: Variations During Salience Expectancy. *Human Brain Mapping*, 38(8), 4064-4077. <https://doi.org/10.1002/hbm.23648>
- López, M. B., Arán Filippetti, V., & Richaud, M. C. (2014). Empatía: Desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), 37-51. <https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03>
- Lor, K. B., Truong, J. T., Ip, E. J., & Barnett, M. J. (2015). A Randomized Prospective Study on Outcomes of an Empathy Intervention among Second-year Student Pharmacists. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 79(2), 18. <https://doi.org/10.5688/ajpe79218>
- Mason, M. F., & Macrae, C. N. (2008). Perspective-Taking from a Social Neuroscience Standpoint. *Group Processes & Intergroup Relations*, 11(2), 215-232. <https://doi.org/10.1177/1368430207088039>
- Matthews, G., Deary, I. J., & Whiteman, M. C. (s. f.). *Personality Traits*, Third Edition. 2009, 602.

- Miller, E. K., & Cohen, J. D. (2001). An Integrative Theory of Prefrontal Cortex Function. *Annual Review of Neuroscience*, 24(1), 167-202. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.24.1.167>
- Montaño Siniestrera, Cruz, P., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3(2).
- Murphy, B. A., & Lilienfeld, S. O. (2019). Are self-report cognitive empathy ratings valid proxies for cognitive empathy ability? Negligible meta-analytic relations with behavioral task performance. *Psychological Assessment*, 31(8), 1062-1072. <https://doi.org/10.1037/pas0000732>
- “No hay salud sin salud mental”—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (2020). Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- Olivera, J., & Braun, M. (2011). *Serie de Actualización en Metodología de la Psicología Clínica*. 13.
- Osman, M., Lv, J.-Y., & Proulx, M. J. (2018). Can Empathy Promote Cooperation When Status and Money Matter? *Basic and Applied Social Psychology*, 40(4), 201-218. <https://doi.org/10.1080/01973533.2018.1463225>
- Paivio, S. C. (2013). Essential processes in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 50(3), 341-345. <https://doi.org/10.1037/a0032810>
- Pérez-Albéniz, A., de Paúl, J., & Etxebarria, J. (2003). *Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español*. 15(nº2), 267-272.
- Phillips, K. F. V., & Power, M. J. (2007). A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The Regulation of Emotions Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(2), 145-156. <https://doi.org/10.1002/cpp.523>
- Pletzer, J. L., Sanchez, X., & Scheibe, S. (2015). Practicing psychotherapists are more skilled at downregulating negative emotions than other professionals. *Psychotherapy*, 52(3), 346-350. <https://doi.org/10.1037/a0039078>

- Rameson, L. T., & Lieberman, M. D. (2009). Empathy: A Social Cognitive Neuroscience Approach. *Social and Personality Psychology Compass*, 3(1), 94-110. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00154.x>
- Reyes-Aguilar, A., & Barrios, F. A. (2016). A Preliminary Study of Sex Differences in Emotional Experience. *Psychological Reports*, 118(2), 337-352. <https://doi.org/10.1177/0033294116633350>
- Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. (2018). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Sánchez-Cubillo, I., Tirapu Ustárroz, J., & Adrover-Roig, D. (2012). *Neuropsicología de la cognición social y la autoconciencia* (pp. 353-390).
- Sánchez de Carmona M., Paéz Francisco, López Jaime, & Nicolini Humberto. (1996). Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). *Salud Mental* 19, 19, 5-9.
- Singer, T., & Engert, V. (2019). It matters what you practice: Differential training effects on subjective experience, behavior, brain and body in the ReSource Project. *Current Opinion in Psychology*, 28, 151-158. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.005>
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875-R878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>
- Stone, V. E., Baron-Cohen, S., & Knight, R. T. (1998). Frontal Lobe Contributions to Theory of Mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10(5), 640-656. <https://doi.org/10.1162/089892998562942>
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 189-195.

- Tamir, M., & Ford, B. Q. (2012). When feeling bad is expected to be good: Emotion regulation and outcome expectancies in social conflicts. *Emotion, 12*(4), 807-816.
<https://doi.org/10.1037/a0024443>
- Vaquier, L. M. V., Pérez, V. M.-O., & González, M. L. G. (2020). La empatía docente en educación preescolar: Un estudio con educadores mexicanos. *Educação e Pesquisa, 46*, e219377.
<https://doi.org/10.1590/s1678-4634202046219377>
- Weisz, E., & Zaki, J. (2018). Motivated empathy: A social neuroscience perspective. *Current Opinion in Psychology, 24*, 67-71. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.05.005>
- Xu, H., Kou, Y., & Zhong, N. (2012). The Effect of Empathy on Cooperation, Forgiveness, and “Returning Good for Evil” in the Prisoner’s Dilemma. *Public Personnel Management, 41*(5), 105-115.
<https://doi.org/10.1177/009102601204100510>
- Zaki, J., & Ochsner, K. N. (2012). The neuroscience of empathy: Progress, pitfalls and promise. *Nature Neuroscience, 15*(5), 675-680. <https://doi.org/10.1038/nn.3085>
- Zohar. (2007). The Blatt and the Cloninger models of personality and their relationship with psychopathology. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 44*(4), 292-300.