

## Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión

Irene Fernández-Pinto\*, Belén López-Pérez y María Márquez

Universidad Autónoma de Madrid

**Resumen:** En el presente estudio se realiza una revisión de las principales aportaciones teóricas y metodológicas al estudio de la empatía. Así, se revisan los orígenes del término *empatía*. Se aborda la historia de su estudio, haciendo referencia a las distintas perspectivas desde las que se ha abordado: el debate entre la postura disposicional y la situacional, y las visiones cognitiva, afectiva, y por último integradora. Se recogen y comentan las principales medidas de la empatía desde las distintas aproximaciones mencionadas. Se comentan los estudios realizados sobre la empatía desde distintas perspectivas: neuropsicológica, diferencial y social. También se comentan las más importantes aplicaciones prácticas del estudio de la empatía en los ámbitos clínico y organizacional. Por último, se trata de constituir toda la información en un modelo explicativo integrador de la empatía, y se plantean las cuestiones que permanecen abiertas o que requieren de un mayor esfuerzo investigador para avanzar en el estudio de este constructo.

**Palabras clave:** Empatía; medida; adopción de perspectiva; emoción.

**Title:** Empathy: Measures, theories and applications under review.

**Abstract:** The aim of the present paper is introducing an empathy revision, considering the main theoretical and methodological contributions. This way, the origins of the term "empathy" are revised. Moreover the history of this concept is studied, giving a reference from the different perspectives: the discussion between both, the social and dispositional views, and the debate between the affective, cognitive and multidimensional approaches. Based on these theoretical frames the different available and main measures are discussed, considering the psychometric properties. In addition, the different studies from neuroscience, individual differences and social psychology are commented about their contributions. The different applications in the organizational and clinical fields are also explained. Finally, a new integrative and multidimensional theoretical model is discussed and it is pointed out the most important questions and problems that should be considered and solved in the present and future research.

**Key words:** Empathy; measure; perspective taking; emotion.

### 1. Introducción

La empatía es una variable fundamental en el estudio de la conducta humana, y su análisis resulta de enorme interés tanto en el ámbito de la psicopatología (Letourneau, 1981) como en el estudio de la conducta prosocial (Coke, Batson y McDavis, 1978), entre otros. La capacidad humana para empatizar se ha venido estudiando desde hace mucho tiempo, y ha sido objeto de numerosas confrontaciones teóricas. La existencia de diferentes teorías sobre la empatía puede hacer suponer que su medida es difícilmente consensuable, sin embargo, a lo largo de este trabajo se intentará mostrar que las diferentes hipótesis y aproximaciones al estudio de esta variable han contribuido al enriquecimiento y desarrollo de este concepto. El principal problema de su estudio reside en que es un constructo muy amplio, que abarca diferentes componentes. Por ello, es importante conocer las distinciones terminológicas de cara a saber discriminar entre la empatía y otros conceptos similares. Aunque existe un cierto consenso acerca de los correlatos conductuales de la empatía, no hay pleno acuerdo sobre su definición. Uno de los principales motivos, tal y como señalan Chlopan, McCain, Carbonell y Hagen (1985) reside en la discusión sobre si la empatía consiste en "ponerse mentalmente en el lugar del otro" o si por el contrario hace referencia a "sentir la emoción de forma vicaria". Esta polarización de opiniones ha conducido, tal y como se verá en el apartado 3, al desarrollo de diferentes medidas.

En este artículo, se presenta una revisión de las diferentes teorías, instrumentos de medición y aplicaciones del constructo de la empatía en adultos<sup>1</sup>.

\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Irene Fernández Pinto, Av/ Monforte de Lemos 67, 12-A, Madrid (España).  
E-mail: [irene.fdez.pinto@gmail.com](mailto:irene.fdez.pinto@gmail.com)

### 2. La empatía a lo largo de la historia

#### 2.1. El enfoque cognitivo *versus* el enfoque afectivo

La primera vez que se usó formalmente el término empatía fue en el siglo XVIII, refiriéndose a él Robert Vischer (citado en Davis, 1996) con el término alemán "Einfühlung", que se traduciría como "sentirse dentro de". No fue hasta 1909 cuando Titchener (citado en Davis, 1996) acuñó el término "empatía" tal y como se conoce actualmente, valiéndose de la etimología griega *εμπάθεια* (cualidad de sentirse dentro). Ya con anterioridad, algunos filósofos y pensadores como Leibniz y Rousseau (citado en Wispé, 1986) habían señalado la necesidad de ponerse en el lugar del otro para ser buenos ciudadanos. También Adam Smith, en su Teoría sobre los Sentimientos Morales de 1757, habla de la capacidad de cualquier ser humano para sentir "pena o compasión...ante la miseria de otras personas...o dolor ante el dolor de otros" y, en definitiva, "ponernos en su lugar con ayuda de nuestra imaginación" (citado en Wispé, 1986). Ya en pleno siglo XX, comienzan a surgir nuevas definiciones de la empatía. Así, Lipps (citado en Wispé, 1986) señala que la empatía se produce por una imitación interna que tiene lugar a través de una proyección de uno mismo en el otro. Uno de los investigadores pioneros en el estudio de la empatía desde un enfoque cognitivo es Köhler (citado en Davis, 1996), para quien la empatía consiste en la comprensión de los sentimientos de los otros. Años más tarde, Mead (1934) continuará con esta visión, añadiendo que adoptar la perspectiva del otro es una forma de comprender sus sentimientos. Por su parte, en 1947, Fenichel (citado en Davis, 1996) habla de la empatía como identificación con el otro, noción

<sup>1</sup> Para una aproximación de la empatía en niños véase Eisenberg y Strayer (1987); Izard (1982)

que será retomada más tarde por algunas perspectivas más situacionales (Igartua, y Páez, 1998). Un hito importante en el desarrollo del concepto de la empatía se produjo con la introducción del término adopción de perspectiva (“role-taking”) por Dymond en el año 1949. En esta línea de pensamiento, Hogan (1969) definió la empatía como un intento de comprender lo que pasa por la mente de los demás o, en otras palabras, como la construcción que uno mismo tiene que llevar a cabo sobre los estados mentales ajenos. Para Hogan, por tanto, la empatía sería una capacidad metarrepresentativa. La propuesta de Hogan encuentra apoyo en algunos estudios recientes; así, se ha encontrado que las personas con síndrome autista muestran una deficiencia en teoría de la mente y también en empatía (Sharmay-Tsoory, Tormer, Goldsher, Berger y Aharon-Peretz, 2004; Elliot, Völlm, Drury, McKie, Richardson y Deakin, 2006).

Los estudios interesados en la visión cognitiva de la empatía han empleado diferentes instrucciones diferenciando las que se referían a *imaginarse a sí mismo en una situación* e *imaginarse al otro en una situación*. Stotland (1969) empezó a realizar estos estudios, y encontró que mientras en el primer conjunto de instrucciones la gente podía llegar a sentir ansiedad, no ocurría lo mismo en el segundo. Posteriormente, Davis (1996) encontró que los sujetos que tendían a puntuar más alto en adopción de perspectiva puntuaban más alto en la condición imaginarse al otro. Asimismo, existen datos que indican que el componente cognitivo de la empatía, esto es, la toma de perspectiva, se relaciona inversamente con el nivel de agresividad (Richardson y Malloy, 1994).

Como puede apreciarse, la mayor parte de los autores mencionados hasta este punto se sitúan en una visión cognitiva de la empatía, al considerar que ésta consiste fundamentalmente en la adopción de la perspectiva cognitiva del otro (cognitive role-taking). En realidad, esta visión de la empatía la sitúa muy cerca del constructo de teoría de la mente, definido por Gallagher y Frith (2003) como la habilidad de explicar y predecir el comportamiento de uno mismo y de los demás atribuyéndoles estados mentales independientes, tales como creencias, deseos, emociones o intenciones.

Desde finales de los años 60, se empezó a consolidar una visión distinta de la empatía, que concedía más importancia a su componente afectivo que al cognitivo, definiéndola como un afecto compartido o sentimiento vicario. Stotland (1969) se sitúa entre los primeros autores en definir la empatía desde este punto de vista, considerando ésta como “la reacción emocional de un observador que percibe que otra persona está experimentando o va a experimentar una emoción” (1969, p.272). Por su parte, Hoffman (1987) define la empatía como una respuesta afectiva más apropiada a la situación de otra persona que a la propia. En la misma línea, Mehrabian y Epstein (1972) hablan de la empatía como una respuesta emocional vicaria que se experimenta ante las experiencias emocionales ajenas, es decir, sentir lo que la otra persona siente. Consideran que se trata de una disposición para la que existen diferencias individuales. Una aportación importante es la realizada por Wispé (1978), quien llamó la

atención sobre la importancia de los estados emocionales positivos como un aspecto a incluir en el concepto de empatía. Este aspecto de la empatía ha sido recogido y estudiado recientemente por Royzman y Rozin (2006) con el término *sympbedonia*.

Frente a todos los autores anteriores, que consideraban la empatía como una disposición del individuo, se encuentra la perspectiva situacional. La propuesta fundamental aquí es la de Batson (1991), quien entiende la empatía como una emoción vicaria congruente con el estado emocional del otro, o en otras palabras, como sentimientos de interés y compasión orientados hacia la otra persona que resultan de tener conciencia del sufrimiento de ésta. Esta definición de nuevo deja de lado el aspecto cognitivo de la empatía, y la entiende como una emoción que se elicitada ante la presencia de estímulos situacionales concretos. Desde esta perspectiva se trabaja presentando un estímulo emocional y evaluando los sentimientos experimentados a través de un inventario (ver Coke, Batson y McDavis, 1978). Dentro de este mismo enfoque se puede situar el trabajo de Igartua y Páez (1998), quienes estudian el constructo de identificación con los personajes. Estos autores utilizan una escala de ejecución tras presentar un segmento filmico. Este trabajo tiene en cuenta por primera vez ambas visiones de la empatía –cognitiva y afectiva- desde una perspectiva situacional.

La existencia de estos dos enfoques en el estudio de la empatía, el disposicional y el situacional, da pie al debate entre aquéllos que evalúan la empatía a través de autoinformes y aquéllos que emplean medidas de ejecución en la evaluación, es decir, la empatía que efectivamente demuestra el sujeto en una situación concreta. Teniendo esto en cuenta podría ser muy interesante integrar ambas perspectivas en el estudio de la empatía. Ésta parece ser la propuesta de Salovey y Mayer (1990) cuando afirman que la empatía requiere la adecuada identificación de las respuestas emocionales en otras personas e implica no sólo actitudes sino también habilidades o competencias bien definidas.

## 2.2. Empatía como cognición y emoción: una visión integradora de la empatía

Como se ha visto en la sección anterior, hasta 1980, si bien el constructo de la empatía había sido objeto de múltiples estudios, existía muy poco consenso al respecto, distinguiéndose dos enfoques contrapuestos (el “cognitivo” y el “afectivo”). Es a partir de este momento cuando se empieza a trabajar sobre una definición integradora de la empatía, que tiene en cuenta tanto sus componentes cognitivos como los afectivos. Así, Davis propone una definición multidimensional de la empatía y un nuevo instrumento para su medida, marcando un punto de inflexión claro en la historia del desarrollo del constructo (Davis, 1980). Años después, Eisenberg (en Eisenberg y Strayer, 1987) establece la distinción formal entre la adopción de perspectiva perceptual, cognitiva, y afectiva. Según esta autora, la *adopción de perspectiva perceptual* se ha entendido como la capacidad de represen-

tarse la visión que tiene el otro en función de su localización, y su evaluación se realiza a través de la tarea de las tres montañas de Piaget (ver Schaffer, 2002). La capacidad de representarse los pensamientos y motivos del otro ha sido recogida en la noción de *adopción de perspectiva cognitiva*. Por último la *adopción de perspectiva afectiva* se refiere a la inferencia de los estados emocionales ajenos (Davis, 1996).

La visión integradora propone que la empatía se compone de aspectos cognitivos y afectivos. Este nuevo enfoque impulsó la realización de estudios para comprobar la relación entre los componentes cognitivos y afectivos del constructo, los cuales llevaron a resultados ambiguos: mientras unos estudios apoyaban la hipótesis de independencia entre la empatía cognitiva y la empatía afectiva (Mill, 1984; Smither, 1977; Gladstein, 1983), otros arrojaban los resultados contrarios (Hoffman, 1984).

Partiendo de la visión integradora, Davis (1980) establece que la empatía es un constructo multidimensional que inclu-

ye cuatro componentes diferentes aunque relacionados entre sí. Por un lado, dentro de la dimensión cognitiva distingue: *Fantasia*, que se refiere a la tendencia a identificarse con personajes de ficción y *Adopción de perspectivas*, que es lo que se definió previamente como adopción de perspectiva cognitiva. En relación a la dimensión afectiva Davis propone dos escalas: *Angustia empática*, que es la tendencia a experimentar sentimientos de compasión y preocupación por el otro y *Aflicción Personal*, que se refiere a la ansiedad que se experimenta al ser testigo de un suceso desagradable para otro. Esta subescala ha mostrado unos resultados un tanto confusos. Tras la revisión de los ítems se puede decir que esta subescala se refiere no tanto a empatía, sino a una alta emocionalidad (p.e. "En situaciones de emergencia me siento aprensivo e incómodo").

Más recientemente, Davis (1996) ha propuesto el denominado Modelo organizacional para explicar los antecedentes, procesos y consecuentes de la empatía.

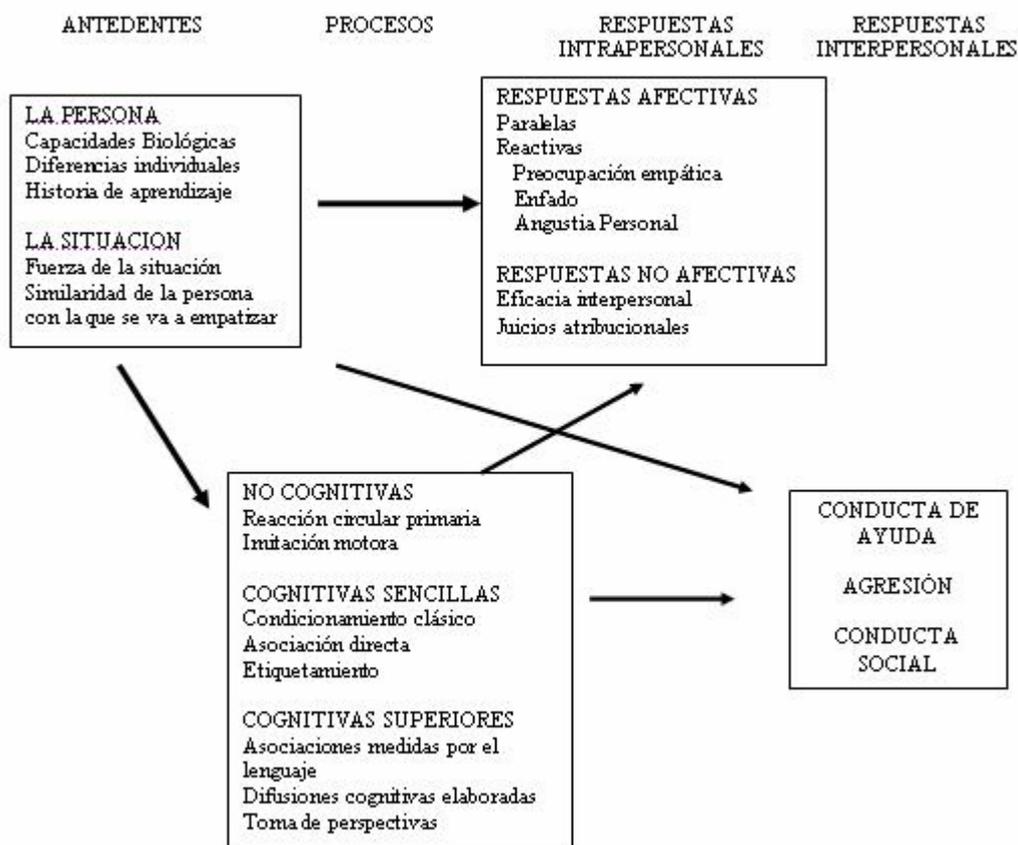


Figura 1: Modelo Organizacional de Davis (1996)<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Figura tomada de Davis (1996) (p.13)

Davis sitúa los antecedentes de la empatía en las características de la persona que va a empatizar y la situación. Dice que estos antecedentes pueden producir tres tipos de procesos: de bajo coste cognitivo (p.e. reacción circular primaria), medio coste cognitivo (p.e. condicionamiento clásico) y alto coste cognitivo (p.e. adopción de perspectiva). Estos procesos pueden producir en su relación con los antecedentes distintos tipos de respuestas: por un lado, pueden ser intrapersonales, que a su vez pueden ser afectivas (preocupación empática) y/o no afectivas (juicios atribucionales), e interpersonales, como por ejemplo, la conducta de ayuda.

El propio Davis (1996) critica a su modelo señalando que establece sólo relaciones unidireccionales entre los elementos. Asimismo, señala que no tiene en cuenta las características de la persona hacia la que se muestra la empatía. A este modelo también se le puede criticar que hace una mera clasificación de los diferentes procesos y respuestas; es decir, no establece qué conexiones se tienen que producir entre los diferentes procesos para que se experimente una reacción de preocupación empática frente a una de angustia personal.

Aunque la propuesta de Davis muestre algunas deficiencias, no se debe olvidar que es el primer marco teórico que concilia las propuestas anteriores. Este autor ha sabido unir tanto conceptual como metodológicamente dos enfoques que parecían irreconciliables y que se consideran, actualmente, interrelacionados y complementarios. Así, en la actualidad, la definición más aceptada de empatía es la dada por el propio Davis (1996): “conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas” (p.12).

Es necesario señalar que, a partir de los años 90, se aborda el estudio de la empatía desde la perspectiva de la Inteligencia Emocional (IE), término introducido en la literatura por Salovey y Mayer (1990) aunque popularizado por Goleman (1995) (ver Fernández-Berrocal y Extremera, 2006). El modelo sobre Inteligencia Emocional más estudiado y aplicado es el modelo de Mayer y Salovey (1997), quienes entienden que la inteligencia emocional está formada por cuatro capacidades: percepción, facilitación, comprensión y regulación emocional. Desde este enfoque, puede considerarse que la empatía incluiría aspectos relacionados tanto con la percepción de las emociones de los demás como con su comprensión, coherentemente con las propuestas cognitivas en el estudio de la empatía. Sin embargo, este modelo no permite contemplar los aspectos afectivos de la misma (ver Zaccagnini, 2004).

Otra aproximación al estudio de la Inteligencia Emocional es la que hace Bar-On (1997, 2000) en su modelo de inteligencia socioemocional (ESI, *emotional-social intelligence model*). Desde esta aproximación se considera que la empatía es un componente del factor denominado habilidades interpersonales, y se define como la capacidad de ser consciente y comprender las emociones, sentimientos e ideas de los otros. Por tanto, nuevamente, la empatía se considera como un componente cognitivo.

En conclusión, cabe señalar que el marco de la Inteligencia Emocional resulta favorable para el estudio de la empatía como uno de sus componentes, pero al mismo tiempo estos modelos limitan la definición de dicho constructo, puesto que sólo contemplan la empatía como una habilidad o capacidad de tipo cognitivo, obviando su aspecto emocional (Salovey y Mayer, 1990).

Tras esta revisión sobre el desarrollo del constructo de empatía, en el siguiente apartado se describen las diferentes medidas que se han desarrollado en el marco de las distintas hipótesis y teorías, estableciendo comparaciones entre sus características.

### 3. La medida de la empatía: principales instrumentos

En la Tabla 1 se presentan las principales medidas de la empatía y sus características centrales.

En lo referente a los cuestionarios, la primera escala que tuvo cierta importancia y calidad fue la de Dymond (1949). Esta escala requiere dos horas para su aplicación y está formada a su vez por dos subescalas (A y B). Para obtener las puntuaciones la persona debe puntuar en una serie de adjetivos tanto a sí misma como al otro. De esta manera, se puede obtener una puntuación aproximada de la capacidad de adoptar la perspectiva del otro.

En 1969, Hogan, también dentro del enfoque cognitivo y con el objetivo de superar las limitaciones de la medida de Dymond, desarrolló la escala EM, que fue la más utilizada durante esos años por su menor coste en tiempo de administración. Esta escala está compuesta por 64 ítems y muestra unas adecuadas garantías psicométricas.

La siguiente medida de empatía que adquirió relevancia fue el QMEE (Questionnaire Measure of Emotional Empathy; Cuestionario de Medida de la Empatía Emocional) desarrollado por Mehrabian y Epstein (1972), que se ha convertido en una de las más utilizadas en la investigación desde su publicación. Esta escala está compuesta por 33 ítems y muestra también adecuadas garantías psicométricas tanto en la fiabilidad como en la validez. Además, contó con una muestra mayor para su desarrollo. No obstante, presenta algunas subescalas que son redundantes (p.e., *Tendencia a la compasión* y *Tendencia a conmoverse por los estados negativos de los otros*). El desarrollo de esta medida se realizó desde el enfoque emocional de la empatía. Esta escala ha sido mejorada en el año 1996 con la construcción de la Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) por Mehrabian, aumentando ligeramente el índice de consistencia interna (en Mehrabian, 1997a).

Por su parte, Caruso y Mayer (1998) crearon también una medida de empatía emocional, completando la definición aportada por Mehrabian. La subescala *Contagio Emocional* es la que presenta menor consistencia interna y menor correlación con el resto de subescalas. A pesar de esto, este

cuestionario cuenta con una adecuada fiabilidad, pero su validez convergente únicamente se ha confirmado con el QMEE (Mehrabian y Epstein, 1972).

Davis (1980), desde una perspectiva multidimensional, propuso la medición de la empatía a través del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI, 1980). Esta escala presenta una fiabilidad y validez aceptables (Choplan *et al.*, 1985). No obstante, Davis (1980; 1983) mostró en dos estudios que la subescala *Angustia personal* no correlacionaba de forma significativa con el resto de constructos. Aunque la muestra

utilizada en los estudios iniciales era exclusivamente universitaria, en la actualidad hay bastantes estudios con diferentes tipos de muestra. Esta escala se ha adaptado al español, replicando los resultados encontrados por Davis en la muestra anglosajona (ver Pérez-Albéniz, Paúl, Etxeberria, Montes y Torr, 2003). En ambos casos, la escala muestra propiedades psicométricas adecuadas, si bien es verdad, tal como señala Cliffordson (2001), dichas propiedades son mejores en muestras de estudiantes que de adultos.

**Tabla 1:** Escalas de empatía y sus características psicométricas.

	Nombre de la escala y autor	Consistencia interna <sup>3</sup>	Nº ítems	Nº Subescalas	N	Validación <sup>4</sup>
Visión cognitiva	<i>Dymond Rating Test of Insight and Empathy</i> Dymond (1949)	.82	24	2	80	TAT WAIS
Visión cognitiva	<i>Hogan Empathy Scale (EM)</i> Hogan (1969)	.94	64	3	211	MMPI Escalas de personalidad
Visión afectiva	<i>Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE)</i> Mehrabian y Epstein (1972)	.84	33	8	202	Deseabilidad social, tendencia a la afiliación y agresión
Visión afectiva	<i>Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)</i> Mehrabian (1997a)	.87	30	-	-	Agresión
Visión afectiva	<i>Measure of Emotional Empathy</i> Caruso y Mayer (1998)	.88	30	6	93	QMEE
Visión integradora	<i>Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)</i> Davis (1980) y Pérez-Albéniz <i>et al.</i> (2003)	.70-.78 en función de la subescala	28	4	475 <sup>5</sup>	QMEE EM
Visión integradora	<i>Empathy Quotient (EQ)</i> Baron-Cohen y Weelbright (2004)	.85	28	3	362	Deseabilidad social, Inteligencia emocional
Visión integradora	<i>Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)</i> López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad (2008)	.86	33	4	380	QMEE, IRI, Agresión, Personalidad y Red social
Escala situacional	<i>Escala de Empatía e Identificación con los personajes</i> Iguartua y Páez (1998)	.89	17	7	64	Agresión e impacto afectivo

<sup>45</sup>Otras escalas destacadas son el Empathy Quotient (EQ) de Baron-Cohen (2003) que también integra la perspectiva multidimensional con dos subescalas denominadas *Cognitiva* y *Reactividad emocional*. A estas dos subescalas añade una más, denominada *Habilidades sociales*. Esta escala presenta adecuadas propiedades psicométricas (ver Tabla 1) tal y como han señalado Muncer y Ling (2005). Además, se han realizado una serie de investigaciones en las que, empleando este instrumento, se establecen relaciones entre la empatía y el Síndrome de Asperger (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004).

Enmarcándose también en una aproximación integradora, se ha desarrollado para población de habla hispana el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA, López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008). Esta escala muestra una adecuada fiabilidad y validez. Además, dentro de las subescalas cognitivas contempla la *Comprensión Emocional*, recogiendo 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 previamente en otras escalas de empatía.

Existen igualmente algunas escalas interesantes que se pueden emplear para medir la empatía desde un punto de vista situacional. Una de ellas es el Índice Español de Empatía (Oceja y Jiménez, 2007). Esta escala es una adaptación al castellano de la desarrollada por Batson, Fultz, Vanderplas e

<sup>3</sup> Valores obtenidos con el índice Alpha de Cronbach (1951).

<sup>4</sup> Cuestionarios empleados para la validación de cada instrumento.

<sup>5</sup> El valor de la muestra es el mencionado en Davis (1980).

Isen (1983). Este índice se compone de 25 términos referidos a diferentes emociones y sentimientos. El sujeto debe responder en qué medida experimenta el sentimiento o emoción descrita en una escala de 1 a 7. Para su aplicación es necesario emplear un estímulo de contenido emocional previamente. Este índice ha mostrado una alta fiabilidad, alcanzando su consistencia interna un valor  $\alpha$  de .9.

Otra medida es la Escala de Empatía e Identificación con los personajes (Igartua y Páez, 1998). Esta escala cuenta con 17 frases en las que el sujeto debe indicar cómo se ha sentido tras el visionado de una película. A raíz de los resultados que obtienen los autores se puede decir que la consistencia interna es muy buena, aunque a nivel de las subescalas en algunos casos no llega a ser aceptable. Un aspecto positivo es que los distintos ítems parecen discriminar de una forma adecuada las diferentes reacciones emocionales.

A la luz de lo expuesto, se puede constatar que se cuenta con una gama bastante amplia de instrumentos de evaluación de la empatía, si bien se recomienda consultar las garantías y los aspectos teóricos de cada una antes de su utilización<sup>6</sup> (ver Tabla 1).

Además de las teorías expuestas, el estudio de la empatía se ha abordado desde diferentes disciplinas y áreas de investigación. A continuación se presentan los hallazgos más relevantes realizados en los diferentes campos de estudio y que resultan de gran interés de cara tener una comprensión global de la empatía.

## 4. Diferentes aportaciones a la comprensión de la empatía

### 4.1. Perspectiva Neuropsicológica: ¿dónde se localiza la empatía a nivel cerebral?

Aunque no se dispone de respuestas definitivas a esta pregunta, diversos estudios aportan evidencias interesantes en este sentido. Así, Eslinger (1998) realizó una importante investigación que incluía medidas tanto de empatía cognitiva como de empatía afectiva. Para ello se utilizaron los cuestionarios EM de Hogan (1969) y el QMEE (Mehrabian y Epstein, 1972) respectivamente. Tras una lesión cerebral, ambas escalas detectaron un aumento de la susceptibilidad ante las situaciones de los otros y desinhibición empática. Aunque no existió correlación significativa entre las puntuaciones en ambas escalas ( $0.18, p = .29$ ), esto se puede explicar porque miden aspectos de la empatía diferentes: aspectos cognitivos el EM y afectivos el QMEE. Esta ausencia de correlación entre ambos tipos de empatía, unida a la observación de los patrones diferenciales de ejecución en las escalas de empatía de pacientes con daño cerebral en diferentes zonas cerebrales, sugiere que los aspectos cognitivos y afectivos de la empatía podrían estar implementados en diferentes sistemas

cerebrales. Así, la corteza prefrontal parece la principal área implicada en el procesamiento de la empatía y la regulación del procesamiento empático: la región frontal dorsolateral estaría más especializada en la empatía cognitiva, mientras que la región orbitofrontal lo estaría en la empatía afectiva. Si bien las lesiones en estas regiones suelen ir asociadas a menores niveles de empatía en la mayoría de los casos, un pequeño porcentaje de los pacientes pueden manifestar desinhibición empática o una respuesta excesiva a las situaciones de los otros. Esta hipótesis se ha visto recientemente apoyada por un metanálisis en el que se identifica una dicotomía funcional entre la región ventral del lóbulo frontal, implicada en la generación de la experiencia emocional, y la región dorsal, la cual se activaba durante el procesamiento de la información cognitiva (Steele y Lawrie, 2004)

En contraste con los autores anteriores, Sharmay-Tsoory, Goldsher, Berger y Aharon-Peretz (2004/2005) sitúan la empatía cognitiva en la región orbitofrontal y la empatía afectiva en la región dorsolateral a través del estudio de pacientes con daño cerebral y con esquizofrenia. Los resultados del estudio de Jessimer y Markham (1997) también apoyan esta hipótesis. Estos autores encontraron que los pacientes con lesiones en esta zona son incapaces de comprender y, por tanto, de atribuir emociones a las expresiones faciales que se les mostraban.

Otra distinción entre los tipos de procesos implicados en la empatía corresponde a Seitz, Nikel y Azari (2006), quienes distinguen entre el procesamiento de la información interna relativa a los propios pensamientos y el procesamiento de información externamente generada y relevante para la acción. Estos autores plantean que mientras que las áreas encargadas de procesar la información generada internamente se situarían en el córtex prefrontal medial, las áreas implicadas en el procesamiento de información externamente generada lo harían en el córtex prefrontal lateral.

Otras investigaciones se han centrado en la empatía cognitiva. Retomando el concepto de adopción de perspectiva cognitiva, y en lo que supone una aportación muy interesante que goza de gran popularidad en la actualidad, diversos autores han planteado que esta capacidad se sitúa en las neuronas espejo (Decety y Jackson, 2004; Sharmay-Tsoory *et al.*, 2004; Rizzolatti y Singaglia, 2006). Esos autores plantean que las neuronas espejo permiten generar una representación de las acciones y expresiones faciales de los demás, de modo que, tras la percepción, se codifican dichas acciones o expresiones faciales, sentando las bases neurobiológicas para orientar la conducta y las relaciones interpersonales. Por tanto, las funciones de estas neuronas serían el reconocimiento y la comprensión del significado de los actos motores.

Aunque se han obtenido algunos datos, los estudios son bastante recientes y aún conviene seguir realizando pruebas. A pesar de esto, se puede concluir que la ambigüedad o aparente contradicción entre los estudios puede ser un indicador de que en realidad son muchas áreas implicadas en la empatía, probablemente porque está formada por diversos

<sup>6</sup> Para una revisión más completa sobre las garantías psicométricas se recomienda consultar Chlopan, McCain, Carbonell y Hagen (1985).

componentes. La conclusión hasta el momento sería entonces que los distintos componentes de la empatía se implementarían en distintas áreas cerebrales, muchas de éstas del lóbulo prefrontal medial, aunque también en otras áreas como el lóbulo temporal, el surco temporal superior, el lóbulo parietal inferior y las estructuras límbicas (Bird, Castelli, Malik, Frith y Husain, 2004; Blanke y Arzy, 2005; Bunge, Wendelken, Badre, Wagner, 2002). De acuerdo con Frith y Frith (2003), la ejecución exitosa de las distintas capacidades y funciones implicadas en el fenómeno de la empatía depende de una red neural amplia en la que están implicadas distintas áreas cerebrales en las que se procesarían distintos tipos de información. Estos autores proponen también el córtex prefrontal medial como la zona central en la que se produciría la conexión o vinculación de la información cognitiva a las emociones, proceso central para experimentar empatía.

#### 4.2. Diferencias Individuales: personalidad, psicopatología, diferencias de género

##### *Relación con los rasgos de personalidad*

Aunque existe un debate sobre la existencia de diferencias individuales estables en el grado de empatía (Batson, 1991), existe bastante acuerdo entre los investigadores en torno a la idea de que algunos de sus componentes, especialmente los emocionales, podrían ser en gran medida factores disposicionales (Zahn-Waxler, Robinson y Emde 1992).

Uno de los objetivos de los investigadores interesados en la empatía es conocer las relaciones que guarda con determinados rasgos de personalidad. Uno de los primeros trabajos en este sentido es el de Hogan (1969), quien encontró relaciones positivas entre la empatía, entendida como capacidad cognitiva, y la sociabilidad, la autoestima, la eficiencia intelectual y la flexibilidad. Además, este autor encontró una relación positiva entre la empatía y la escala Ma (manía) del MMPI (Hathaway y McKinley, 1943), así como una asociación negativa con las escalas Anx (ansiedad) y Si (introversión social) del mismo instrumento.

Años más tarde Mehrabian y Epstein (1972) encontraron una relación positiva entre la empatía, la disposición a mostrar conducta de ayuda y tendencia a la afiliación, resultado que replicaron Coke *et al.* (1978). En un trabajo del año 1997, Mehrabian identificó una relación negativa entre empatía y agresividad.

Diversos estudios han identificado una asociación positiva entre empatía y neuroticismo (Eysenck y Eysenck, 1978; Fernández y López, 2007, Rim, 1974), así como una relación negativa entre esta variable y la introversión (Rim, 1974). De forma más específica, Davis (1996) encontró una relación positiva entre neuroticismo y la subescala del IRI *Angustia Personal* (Davis, 1980). Diversos autores (Batson, 1991; Davis, 1983; Eisenberg, Shea, Carlo y Knight (1991) sugieren que este componente de la empatía, definido como

una reacción emocional aversiva, típicamente ansiedad o angustia, ante las emociones de otras personas no debe hacerse equivalente al concepto de empatía, aunque sea probablemente el responsable de la asociación entre empatía y neuroticismo. En este sentido, se podría plantear que la angustia personal no sea un componente necesario de la empatía sino la expresión de una empatía menos “sana”, la sobreimplicación emocional, frente a otra empatía más “sana”, la compasión, que no necesariamente implique esta experiencia aversiva. Así, mientras Piliavin, Dovidio, Gaertner y Clark (citado en Eisenberg y Strayer, 1987) señalan que la diferencia entre el estrés empático y la empatía (entendida como compasión) es sólo cuantitativa, para Batson *et al.* (1987) es cualitativa. Así, Piliavin *et al.* (1981) creen que el estrés empático sería la expresión más intensa de la compasión, mientras que Batson *et al.* (1987) los consideran como emociones diferentes.

Mehrabian, Young y Sato (1988) propusieron una visión de la empatía como una variable disposicional en la que un componente clave de la misma sería la disposición a activarse o *arousabilidad*, es decir, el grado en el que una información repentina afecta a la activación del individuo.

De modo muy similar, Eisenberg y Fabes (1990) plantean que las diferencias individuales en empatía dependen en gran medida de las diferencias en el nivel típico de activación (arousal) emocional vicaria, concepto muy relacionado con la intensidad emocional. De hecho, hay evidencias de una relación positiva entre la empatía y la intensidad emocional (Moore, 1996). A su vez, la intensidad emocional es un componente fundamental del “estilo afectivo” de las personas, el cual está en la base de su personalidad y su temperamento y se encuentra fuertemente influenciado por los genes y disposiciones biológicas de éstas (Davidson, 2001). Sin embargo, los propios neuropsicólogos defienden la plasticidad afectiva o la idea de que los rasgos afectivos como los que se están analizando en este trabajo sean más parecidos de lo que se pensaba a destrezas y habilidades susceptibles de ser aprendidas y desaprendidas.

Así, Eisenberg, Fabes, Nyman, Bernzweig y Pinuela (1994) señalaron la relación existente entre regulación emocional y empatía. Sus resultados señalan que mientras en la medida disposicional las diferencias en emocionalidad y regulación se relacionaban con la respuesta emocional vicaria, en la medida situacional existían unas relaciones menos claras mediadas por la variable género. A pesar de esto, los autores concluyen que es necesario conocer la regulación emocional para poder predecir el comportamiento social en contextos angustiosos.

##### *Diferencias de género*

A pesar de que en estudios iniciales como el de Block (1976) no se encontraban diferencias entre hombres y mujeres en su nivel de empatía, cuando Hoffman (1977) separó las medidas de empatía cognitiva y afectiva encontró que las mujeres tendían a puntuar más alto que los hombres en

empatía afectiva pero no en la cognitiva. En un intento de replicar estos resultados, Eisenberg y Lennon (1983)<sup>7</sup> analizaron las diferencias de género en la dimensión cognitiva de adopción de perspectiva afectiva. Se obtuvieron los mismos resultados del estudio de Hoffman (1977) y fueron interpretados por los autores en base a una explicación auto-representacional basada en los estereotipos de rol de género, según la cual en cuestionarios disposicionales que miden la tendencia a experimentar la empatía emocional, las mujeres tienden a presentarse como más empáticas puesto que es lo que se espera de ellas, mientras los hombres hacen lo contrario. Esta explicación ha recibido apoyo empírico procedente de otros estudios (p.e., Ickes, 2006).

También Davis (1980) encontró utilizando su Índice de Reactividad Interpersonal resultados a favor de la hipótesis recién expuesta: las mujeres puntuaron más alto que los hombres en las escalas emocionales pero no así en las escalas cognitivas. En la adaptación española de dicha escala se obtuvieron los mismos resultados a excepción de la escala cognitiva *Fantasia*, en la que sí se encontraron diferencias significativas (Pérez-Albéniz et al, 2003). Estos resultados han sido también replicados por Muncer y Ling (2005) usando la Escala EQ (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004).

Los estudios revisados en esta sección permiten extraer al menos dos conclusiones: a) por un lado, se puede ver que la empatía es una variable que parece relacionarse con diferencias individuales, tales como la personalidad y las diferencias de género; b) por otro lado, los resultados de las investigaciones realizadas hasta ahora parecen insuficientes para hacer conclusiones definitivas sobre las interrelaciones concretas entre la empatía y las variables de personalidad y/o el género, ya que tal y como señala Davis (1996) parten de diferentes conceptualizaciones de la empatía y, en consecuencia, emplean distintas medidas para evaluarla, lo que hace que los resultados no sean comparables y favorece su ambigüedad e incluso su aparente contradicción.

### 4.3. Perspectiva Social: vuelta a la emoción vicaria

Desde la perspectiva de la psicología social, pueden encontrarse dos grupos de teóricos: los que defienden que la empatía conlleva un motivo social intrínseco y aquéllos que defienden que conlleva una motivación extrínseca. En la primera visión se encuentra Batson (1991), quien estableció una distinción entre la empatía y el estrés empático. La empatía es una emoción vicaria orientada al otro, que genera una motivación altruista, es decir, se ayuda para mejorar el estado del otro; mientras, el estrés empático es una emoción vicaria orientada a uno mismo, es decir, es el sufrimiento propio que se genera ante una experiencia emocional ajena. En este caso su motivación es egoísta, ya que si se ayuda se hace para mejorar el propio bienestar.

Siguiendo con la perspectiva que considera la empatía como algo intrínseco, se han hecho algunos estudios sobre las variables que podían influir en sentir esta emoción en mayor o menor medida. Así, Krebs (1975) señaló la hipótesis de la similaridad. Para este autor la variable que explicaba la empatía hacia los extraños era la similaridad percibida con el otro. Esto estaría muy relacionado con la autocategorización, tal y como señaló Hornstein (1978). En la medida en la que uno se perciba como parte de un mismo grupo se activará una preferencia por éste en detrimento del resto. Sin embargo, en un experimento realizado por Batson, Lishner, Cook y Sawyer (2005) se mostró que dicha hipótesis se tornaba insuficiente, ya que también se podía llegar a sentir empatía incluso por seres de una especie diferente, como por ejemplo un cachorro. Por ello, estos investigadores propusieron una nueva hipótesis basada en la ternura. Consideraron que bajo la empatía hay una tendencia a sentir ternura por la otra persona. Para ello realizaron un experimento en el que obtuvieron que esta segunda hipótesis parecía ser más consistente a la hora de explicar la empatía hacia los extraños (Batson et al. 2005).

Otro grupo de psicólogos considera la empatía en términos extrínsecos, ya que no producirá satisfacción por sí misma, es decir, la empatía conlleva una motivación egoísta por la cual si se da conducta de ayuda será para ser recompensado por ello o para evitar ser castigado. Esta recompensa no tiene por qué ser exclusivamente material, sino que puede ser también de índole social (p.e. reconocimiento). Esta es la postura defendida por Cialdini, Baumann y Kenrick (1981).

Dentro de la perspectiva Psicosocial se defiende el contagio emocional como una forma de empatía. Hatfield, Cacioppo y Rapson (1994) señalaron que el contagio emocional es una forma primitiva de empatía que se genera en las interacciones cara a cara y a través del lenguaje no verbal. Esto supone que no existe ningún tipo de procesamiento cognitivo, simplemente se tiende a sincronizar lo que está sintiendo el otro. En relación al contagio emocional, Hoffman (1982) señaló que este mecanismo se encuentra en la base de la experiencia de la empatía en los niños en las primeras etapas de vida. Añade que es a partir del segundo año de edad cuando el niño se puede liberar de las emociones adquiridas por contagio y comenzar a experimentar una emoción más compleja que se puede calificar propiamente como empática.

En la siguiente sección, se van a describir las distintas aplicaciones de los hallazgos empíricos existentes sobre la empatía a los distintos campos de estudio.

## 5. Aplicaciones

### En el ámbito clínico

El ámbito clínico es el escenario de una de las principales aplicaciones del conocimiento sobre la empatía. Atendiendo al DSM-IV-TR (APA, 2000), se puede comprobar que la carencia de empatía es una de las características centrales del

<sup>7</sup> Para una revisión en profundidad consultar Eisenberg y Lennon (1987) en Eisenberg y Strayer (1987)

trastorno del desarrollo denominado síndrome de Asperger, a quien precisamente Gillberg (1990) dio el nombre de “trastorno de empatía”. Se trata de una de las manifestaciones más moderadas del espectro autista, y quienes lo padecen se caracterizan entre otras cosas por respuestas sociales y emocionales poco apropiadas e incapacidad para interactuar con sus iguales. De este modo, la empatía se puede utilizar como uno de los criterios de evaluación de este síndrome (Sharmay-Tsoory *et al.* 2005), y en general de todo el espectro autista, si se tiene en cuenta que uno de los aspectos más característicos de los síndromes que lo componen es un déficit en teoría de la mente.

Por otra parte, el déficit de empatía juega un papel importante en algunos trastornos de la personalidad, específicamente en el trastorno de personalidad esquizoide del grupo A, así como en los trastornos del grupo B (fundamentalmente, en el trastorno narcisista, antisocial y límite), también denominado grupo “emocional”.

Entre las manifestaciones más características del trastorno de personalidad esquizoide se encuentran el aislamiento social y la empatía deficiente (Barlow y Durand, 2003). El tratamiento suele comenzar destacando la importancia de las relaciones sociales, y en muchos casos es necesario enseñar habilidades de empatía a estas personas (Beck y Freeman, 1990).

Vanaerschot (2004), desde una orientación psicoterapéutica centrada en el cliente, habla de la relación entre lo que denomina procesos frágiles y los trastornos límite y narcisista de personalidad. Argumenta que estos clientes frecuentemente presentan falta de empatía, y comenta la importancia de una intervención empática consistente en una construcción conjunta del significado de la experiencia de éstos.

Más estudiada ha sido la relación de la empatía con trastorno de personalidad antisocial o con la psicopatía. La incapacidad para regular la empatía parece ser un factor de riesgo para el trastorno de personalidad antisocial (Miller y Eisenberg, 1988). Chaplin y Cole (2005) parten de la distinción entre empatía y estrés empático expuesta aquí anteriormente en el apartado sobre la perspectiva social, y plantean que bajos niveles de estrés empático *-empathic concern-* se asocian con problemas de conducta. Además, la correlación significativa e inversa que existe entre empatía y agresión ha sido ampliamente contrastada en la literatura (Feshback y Feshback, 1969; Mehrabian y Epstein, 1997). Hare (1993) afirma que la mayoría de las terapias de tratamiento de la psicopatía tratan, entre otras cosas, de ayudar a los pacientes a comprender las necesidades, sentimientos y derechos de los otros.

La esquizofrenia parece caracterizarse también por déficit en empatía (Milgram, 1960; Lee, Farrow, Spence y Woodruff, 2004). Así, Sharmay-Tsoory, Syvan, Harari y Levkovitz (2007) encontraron que los pacientes con esquizofrenia mostraban deficiencias en empatía tanto cognitiva como afectiva, relacionándose la primera con alteraciones de las funciones ejecutivas y la segunda con problemas en el funcionamiento social.

Finalmente, existen datos que indican una asociación negativa entre la empatía y los niveles de ansiedad, claustrofobia, obsesividad y depresión (Kupfer, Drew, Curtis y Rubinstein, 1978).

Como ha podido comprobarse en los párrafos anteriores, la empatía juega un papel fundamental en muchos de los trastornos mentales, de modo que puede entenderse que, desde un enfoque dimensional en el diagnóstico de los trastornos psicopatológicos, centrado en identificar las dimensiones psicológicas alteradas en cada tipo de trastorno, tendría bastante sentido incorporar la empatía como una de las dimensiones a considerar. De este modo, la evaluación de esta dimensión podría ser muy útil tanto con objetivos de clasificación como con objetivos de intervención y evaluación de la mejora del paciente a lo largo del proceso terapéutico.

Desde un punto de vista clínico, también resulta de gran interés disponer de instrumentos fiables y válidos para evaluar la empatía de los propios psicólogos, ya que esta capacidad es una de las principales habilidades que debe presentar un buen terapeuta. En este sentido, para la terapia humanista rogeriana o centrada en el cliente, tres son las condiciones que deben estar presentes durante la sesión para que se pueda producir el cambio terapéutico en el cliente: autenticidad o congruencia del terapeuta, aceptación positiva incondicional de éste hacia el cliente, y comprensión empática del mismo (Giordani, 1997). Desde esta misma orientación de la terapia centrada en el cliente, Gladstein (1983) habla de dos tipos de comprensión empática en la relación terapéutica: la empatía cognitiva que consiste en percibir el mundo desde el punto de vista del cliente, y la empatía afectiva, que hace referencia a sentir con el cliente conservando la distancia emocional necesaria para mantener la objetividad. Estos comentarios han sido apoyados en la revisión llevada a cabo por Greenberg, Watson, Elliot y Bohart (2001). Así, señalan la importancia de la empatía para aplicar tratamientos más adecuados a las necesidades y expectativas del cliente<sup>8</sup>.

El instrumento más utilizado en clínica para la evaluación de la empatía del terapeuta es el Barrett-Lennard Relationship Inventory (Barrett-Lennard, 1962). Se trata de un instrumento que evalúa en qué medida el terapeuta experimenta empatía hacia su cliente<sup>9</sup>.

En el ámbito clínico se encuentra poca literatura referida a terapias cuyo objetivo sea mejorar la habilidad empática. En este sentido, Sweet y Johnson (1990) han desarrollado el Entrenamiento en Meditación para la Mejora de la Empatía (cuyas siglas en inglés son MEET, Meditation Enhanced Empathy Training). Se trata de una técnica derivada del budismo mahayana cuyo objetivo es permitir al cliente desarro-

<sup>8</sup> En Ruiz (1998) se hace una revisión más detallada de otras clasificaciones de la empatía en contextos terapéuticos.

<sup>9</sup> La empatía es entendida en este caso desde una perspectiva cognitiva, puesto que tal y como señalan Duan y Hill (1996) la empatía afectiva no ha recibido mucha atención en la investigación sobre psicoterapia.

llar su habilidad de funcionar empáticamente. Estos autores parten de la definición de empatía dada por Kohut (1984), quien la entiende como una habilidad cognitiva y afectiva que consiste en la capacidad de sentirse dentro de la vida de otra persona. Este entrenamiento consiste, en pocas palabras, en una iniciación a la práctica de meditación, para posteriormente enseñar al cliente a generar una imagen de otra persona (sucesivamente de uno mismo, de una persona querida, de un desconocido y finalmente de un enemigo) e ir desarrollando sentimientos de lo que los autores denominan compasión, alegría empática y ecuanimidad hacia ella. Sweet y Johnson comentan en este artículo que la terapia MEET está especialmente indicada para trastornos de personalidad con déficit de empatía como el narcisista, el paranoide, el esquizoide, el antisocial y el trastorno de personalidad compulsivo, así como para programas de entrenamiento de profesionales del ámbito de la salud mental.

#### En el ámbito de las organizaciones

Dentro del ámbito de las organizaciones, una aplicación muy interesante se encuentra en el tema del liderazgo. Los primeros estudios (Bell y Hall, 1954) señalaron que había una relación significativa entre la empatía y el liderazgo, así como, especialmente, entre ésta y la atribución del liderazgo. Esta atribución ha sido retomada en estudios más contemporáneos. Así, Kellet, Humphrey y Sleeth (2006) han encontrado que las personas que obtienen altas puntuaciones en empatía son percibidas como líderes en mayor medida por sus compañeros. Estos autores señalan que no basta con ser “emocional” sino que hay que comprender y ser capaz de sentir con el otro y defienden que los resultados no permiten afirmar una relación clara entre empatía y liderazgo. Kellet, Humphrey y Sleeth (2002) señalaron que para generar la percepción del liderazgo se podía intervenir a través de dos rutas: una se orienta a la ejecución en tareas complejas y la otra se orienta a mostrar buenas habilidades interpersonales. Señalan que, en esta última, la empatía tendría un rol fundamental.

En el proceso de selección de personal sería interesante tener en cuenta esta característica en los candidatos, bien en los puestos directivos bien en los subordinados. En los primeros sería importante la capacidad empática para favorecer una mejor comunicación con los empleados y por tanto mejorar su rendimiento, y disminuir los accidentes laborales. Además, la empatía puede mejorar el clima emocional en el ámbito laboral, y esto a su vez podría contribuir a optimizar la toma de decisiones y mejorar la calidad del trabajo en equipo. Por todo ello, este es un aspecto a tener en cuenta en futuras investigaciones en los contextos organizacionales.

Para finalizar este apartado, es necesario mencionar que la empatía ha sido relacionada con un constructo importante dentro del campo de la salud laboral: el burnout o “síndrome del quemado”. Parece que las personas que puntúan más alto en dimensiones como Preocupación empática tenderían a desarrollar este síndrome en mayor medida, especialmente

en el componente referido a la despersonalización (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Rosen, Gimotti, Shea y Bellini 2006; William, 1989).

Hasta ahora se ha señalado la evolución histórica de la investigación sobre empatía y las líneas de trabajo desde los distintos ámbitos de estudio. En el próximo apartado se comenta una nueva propuesta teórica y para finalizar se hace referencia al futuro de la investigación, las líneas de estudio actuales y las cuestiones que están abiertas y sobre las que es de gran importancia realizar un mayor esfuerzo investigador.

#### 6. Nueva propuesta teórica, conclusiones y futuras líneas de investigación

A continuación, se comenta una nueva propuesta teórica, que pretende integrar los diferentes procesos implicados en la experiencia empática que han sido señalados en los modelos revisados. El proceso empático está, por una parte, en función de varios antecedentes. En primer lugar, las características de la persona objetivo (o persona con la que se va a empatizar), tales como sus características infantiles (Batson *et al.*, 2005) o su similitud con la persona que empatiza (Batson, 1991; Kührmerker, 1975). El estado emocional de la persona que empatiza también tiene gran influencia sobre el desarrollo del proceso empático. Por ejemplo, las personas que se sienten más felices demuestran mayor empatía, mientras que las personas depresivas se centran en sus propias necesidades de un modo defensivo (Seligman, 2002). Así, Wegener y Petty (1994) coinciden con Seligman y, además encuentran que para procesar lo que le ocurre a otra persona es necesario que el mensaje y el estado de ánimo de la persona a empatizar tengan el mismo signo. La situación juega asimismo un papel importante como antecedente de la experiencia empática. Así, se debe distinguir entre la situación que ha desencadenado la respuesta emocional en la persona objetivo y la situación en la que se desarrolla la emoción empática. En el primer caso, son importantes las causas de la emoción de la persona objetivo, es decir, la gravedad o importancia del suceso que la ha desencadenado, así como el grado en que tal experiencia empática es generalizable a otras personas en la misma situación. En cuanto a la situación en la que se produce la emoción empática, existen diversos aspectos facilitadores o inhibidores de la empatía. Así, el denominado “set instruccional” o conjunto de instrucciones puede convertirse en un factor facilitador o inhibidor en función de si se pide a la persona que “imagine cómo se siente el otro” o que “intente permanecer objetivo” (Davis *et al.*, 1987; Stotland, 1969).

Sin embargo, el factor antecedente más decisivo es, sin duda, la emoción experimentada por la persona objetivo, y hay que tener en cuenta fundamentalmente el signo emocional de la misma (positivo o negativo) así como su intensidad.

La empatía, según este modelo, por otra parte bastante cercano al modelo integrador de Davis (1980), incluye tanto procesos cognitivos como afectivos. Los procesos cogniti-

vos son los denominados Adopción de Perspectivas (AP; capacidad intelectual o imaginativa de ponerse en el lugar de otra persona) y Comprensión Emocional (CE; capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales de otros). Los procesos afectivos pueden ser de signo negativo o de signo positivo, dependiendo del signo de la emoción experimentada por la persona objetivo. Así, si la emoción es negativa, se hablará de *Estrés Empático* (EE; capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona o resonancia emocional negativa), y si tal emoción es de signo positivo se hablará de *Alegría Empática* (AE; resonancia emocional positiva).

Es posible que los procesos cognitivos y afectivos se den juntos o de forma separada. Así, y de acuerdo con lo encontrado en el trabajo de Kerem, Fishman y Josselson (2001), los procesos cognitivos son la antesala de los afectivos, y sólo es posible hablar de empatía si se dan los procesos cognitivos, con o sin su correlato afectivo. De esta manera, se pueden encontrar tres tipos de procesos distintos: empatía cognitiva (tienen lugar tanto la Adopción de Perspectivas como la Comprensión Emocional, pero no existe resonancia emocional), contagio emocional (únicamente se produce resonancia emocional) y empatía cognitivo-afectiva (se dan todos los procesos conjuntamente). Estos dos últimos pueden ser de signo positivo o de signo negativo, dependiendo de si la emoción de la persona objetivo es positiva o negativa. A continuación, se describen cada uno de tales procesos con los consecuentes a los que dan lugar tanto a nivel intrapersonal como a nivel interpersonal (Figura 2).

- *Empatía cognitivo-afectiva de signo emocional negativo*: Se activan los mecanismos cognitivos que a su vez ponen en marcha los mecanismos emocionales (Estrés Empático). Sus consecuencias a nivel intrapersonal pueden ser emociones de frustración, enfado, impotencia, etc., y dependiendo de algunos aspectos como variables disposicionales de la persona que empatiza como su capacidad de regulación emocional, la respuesta cognitivo-afectiva de empatía ante una emoción negativa se convertirá en algo psicológica y socialmente saludable o todo lo contrario. A nivel interpersonal, las consecuencias pueden ser dos, dependiendo de la distinción anteriormente hecha entre empatía cognitivo-afectiva saludable y no saludable: si la persona siente una empatía saludable la conducta prosocial se dará con alta probabilidad. Sin embargo, si la empatía que siente no es saludable, entonces puede que, si la situación le permite escapar, no ayude, o que si lo hace, sea para aliviar su propia malestar (Batson, 1991).
- *Empatía cognitivo-afectiva de signo emocional positivo*: Los procesos cognitivos son iguales a los encontrados en la empatía cognitivo-afectiva de signo emocional negativo, aunque en este caso activan un proceso emocional de signo positivo, denominado *Alegría Empática* en la propuesta de Fernández y López (2007). Las consecuencias a nivel intrapersonal pueden ser varias emociones como por ejemplo satisfacción, orgullo, etc. siempre en función de los antecedentes

tanto de la propia emoción empática como de la emoción de la persona objetivo. A nivel interpersonal, se traducirá en una alta probabilidad de conducta de afiliación (Mehrabian, 1997).

- *Contagio emocional*: Smither (1977) hace una interesante distinción entre “empatía” *vía* contagio emocional y empatía *vía* adopción de perspectivas. En este modelo, el contagio emocional tendría los mismos antecedentes que el componente anterior, aunque existen características que impiden a la persona que va a empatizar “ponerse en el lugar del otro” y comprender qué es lo que siente. Tal y como ha señalado Hoffman (1982), el contagio emocional es una forma de empatía más superficial<sup>10</sup> que consiste en resonar emocionalmente con el otro sin comprender sus emociones ni cuál es su situación. Esta resonancia se produce a través del lenguaje no verbal, mientras que, si interviene el lenguaje (verbal), se hablaría del fenómeno “comunidad social de la emoción” (Rimé, 1995). Si el signo emocional del contagio es negativo, las consecuencias a nivel intrapersonal pueden ser una ligera variación negativa del estado emocional y a nivel interpersonal una menor probabilidad de conducta prosocial, aumentando a su vez la probabilidad de conducta antisocial. Si se trata de un contagio emocional de signo positivo, a nivel intrapersonal esto se traducirá en ligera elevación del estado de ánimo, y a nivel interpersonal la probabilidad de la conducta prosocial será media o baja, dependiendo de factores situacionales.
- *Empatía cognitiva*: La persona se pone en el lugar del otro pero no resuena emocionalmente con la persona objetivo. Esto se puede deber a ciertos aspectos de los antecedentes, como, por ejemplo, el encontrarse en un contexto psicoterapéutico (Giordani, 1997). A nivel intrapersonal, se puede encontrar un incremento de interés hacia la otra persona. La consecuencia a nivel interpersonal es la facilitación de la interacción social.

Este modelo quedaría incompleto si no se tuvieran en cuenta las variables disposicionales, ya que este proceso no se produce de la misma manera en todas las personas. Así, hay algunas con una mayor tendencia a empatizar que otras, tanto a nivel global como a nivel más particular de cada uno de los aspectos de la empatía. Pueden existir personas que sean más hábiles en la adopción de perspectivas o la comprensión emocional pero tengan más dificultades en la resonancia emocional que otras, o viceversa. Incluso, existirán personas con mayor facilidad para la resonancia emocional positiva que para la resonancia emocional negativa. Por ello, es importante señalar que la empatía que experimente una persona en un momento dado no va a depender exclusivamente de los antecedentes inmediatos de tal emoción, sino

<sup>10</sup> Aunque el modelo explica el contagio emocional no lo considera una forma de empatía puesto que no hay un componente cognitivo, es decir, procesamiento sobre la persona objetivo.

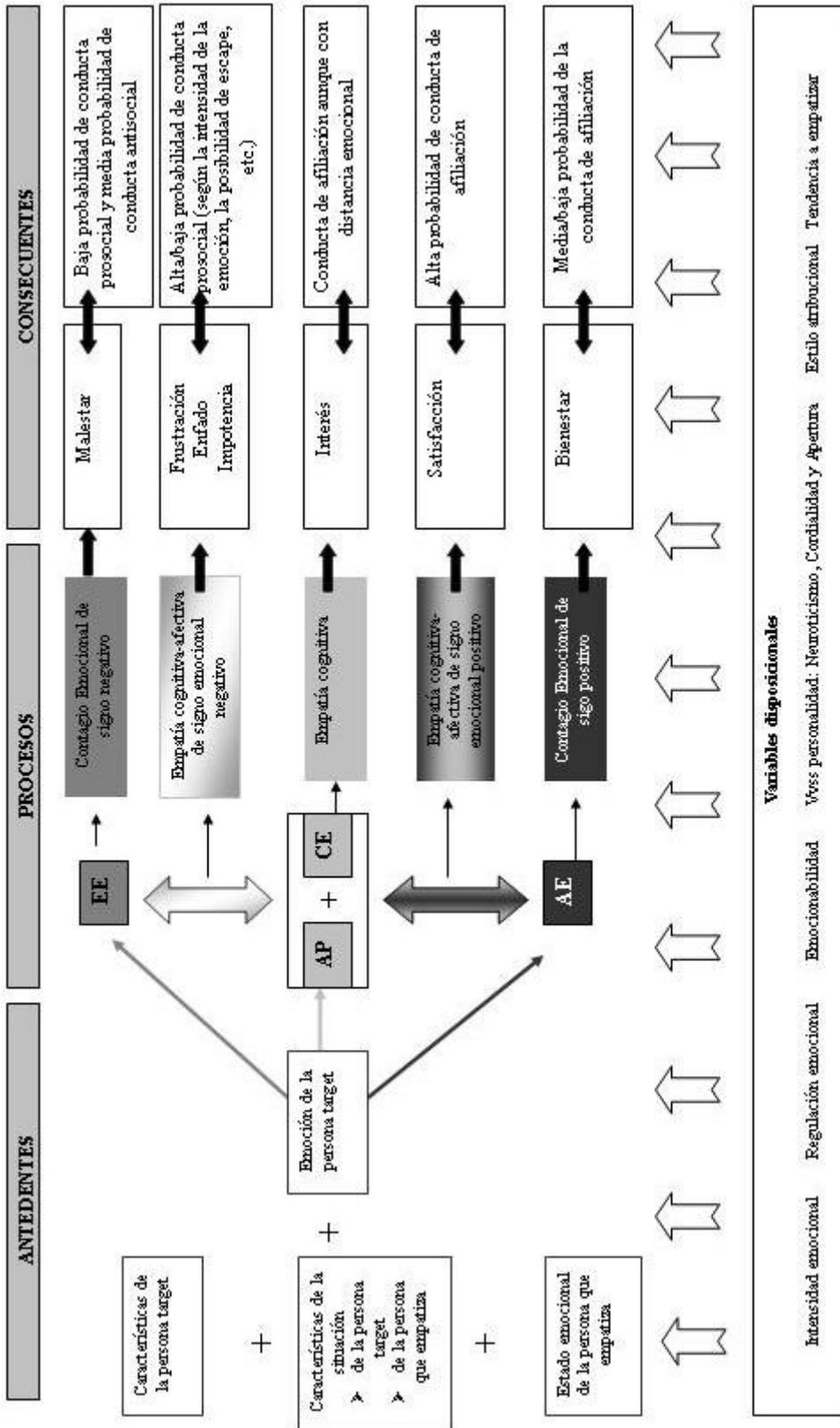


Figura 2: Modelo Integrador Multidimensional de empatía.

también, y de forma fundamental, de la disposición a empatizar que tal persona tenga. Asimismo, existe otra serie de variables disposicionales que median en el proceso empático. Algunas de ellas son la intensidad emocional, la emocionabilidad y la regulación emocional del individuo. Estas variables juegan un papel importante en la experiencia de la empatía, como por ejemplo a la hora de determinar si la emoción que se experimentará al resonar con una emoción negativa de la persona objetivo será sana o no, es decir, si se experimentará estrés empático o compasión (Eisenberg *et al.*, 1994). También intervienen en este proceso las variables clásicas de personalidad, habiéndose estudiado fundamentalmente las relaciones con neuroticismo, cordialidad y apertura (Fernández y López, 2007). El estilo atribucional de la persona tiene un papel mediador especialmente relevante para entender las relaciones entre los antecedentes y el proceso empático: ante una misma situación y una misma emoción por parte de la persona objetivo diferentes personas empatizarán de diferente manera puesto que distintos motivos a la persona objetivo (p.e. el sesgo del mundo justo, Lerner, 1980).

Una de las aportaciones del modelo es precisamente la integración de las diferentes perspectivas (social vs disposicional) a la vez que retoma aspectos como la diferenciación entre estrés empático y compasión, situándose en un punto intermedio entre los modelos de Piliavin *et al.* (1981) y Batson *et al.* (1991), comentados previamente. Además, la operativización del modelo a modo de análisis funcional permite una intervención precisa sobre aquellas variables que pueden estar afectando al proceso empático. Esto puede tener múltiples aplicaciones en el ámbito clínico de cara a realizar intervenciones más eficaces y precisas y también en Recurso Humanos para realizar selección por competencias.

A lo largo de esta revisión se ha intentado mostrar al lector las múltiples visiones teóricas que enmarcan esta variable, así como sus variadas y útiles aplicaciones. La disparidad

de los puntos de vista sobre el constructo no es más que un reflejo de lo que ocurre en tantas ocasiones en la disciplina psicológica. Sin embargo, esta disparidad es positiva en la medida en que contribuye a enriquecer el estudio de este constructo. Las futuras investigaciones deben reconsiderar la integración de los resultados obtenidos. Como se ha señalado, existen múltiples datos y algunos contradictorios entre sí. Sólo en la medida en la que se intente aunar posiciones, al menos en lo que a la medida se refiere, se podrá llegar a conclusiones que permitirán contrastar la bondad de los datos. Ésta es la pretensión de las medidas integradoras de la empatía que se han mencionado en este trabajo. Sin embargo, aún queda mucho por hacer en este campo para desarrollar medidas cada vez más depuradas y estudiar su relación con otros constructos, tanto aquellas relaciones que ya han sido estudiadas aunque utilizando índices sólo afectivos o sólo cognitivos de la empatía, como con otros constructos que puedan ser interesantes en los distintos campos de aplicación. Dentro de esta concepción integradora es necesario seguir investigando las relaciones existentes entre los diferentes componentes de la empatía y completar los modelos existentes precisando aún más los mecanismos implicados en el constructo.

Asimismo, la investigación neuropsicológica de las regiones cerebrales que juegan un papel en la empatía es aún muy escasa, y su estudio tiene gran importancia para comprender qué procesos están implicados en la experiencia empática.

También parece interesante realizar un esfuerzo para integrar las perspectivas de la empatía que la conciben como una disposición interna del sujeto y aquellas otras que, desde la perspectiva social, plantean que es una emoción que no depende tanto de la persona sino de las características de la situación. Sólo así se podrá alcanzar la deseable comprensión de la empatía de un modo integral y multidimensional.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-IV-TR (4th text revision) Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Barlow, D. y Durand, V. M. (2003) *Psicopatología*. Madrid: Thomson
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): a test of emotional intelligence*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: insights from the emotional quotient inventory. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (eds.): *Handbook of emotional intelligence* (pp. 363-388). San Francisco: Jossey-Bass.
- Baron-Cohen, S. (2003). The essential difference: Men, women and the extreme male brain. London: Penguin.
- Baron-Cohen, S. y Weelwright, 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
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapy response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76, 1 – 33.
- Batson C. D. (1991) *The altruism question: Toward a social psychological answer*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum.
- Batson, C. D., Fultz, J., Vanderplas, M. e Isen, A.M. (1983). Influence of self-reported distress and empathy on egoistic versus altruistic motivation to help. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 706-718.
- Batson, C. D., Lishner, D. A., Cook, J. y Sawyer, S. (2005). Similarity and nurturance: two possible sources of empathy for strangers. *Basic and applied social psychology*, 27 (1), 15-25.
- Beck, A. T. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Bell, G. B. y Hall, H. E. (1954). The relationship between leadership and empathy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49 (1), 156-157.
- Bird, C. M., Castelli, F., Malik, O., Frith, U. y Husain, M. (2004). The impact of extensive medial frontal lobe damage of Theory of Mind and cognition. *Brain: A Journal of Neurology*, 127(4), 914-928.
- Blanke, O. y Arzy, S. (2005). The out-of-body experience: disturbed self-processing at the temporo-parietal junction. *Neuroscientist* 11, 16–24.
- Block, J.H. (1976). Assessing sex differences: Issues, problems and pitfalls. *Merrill-Palmer Quarterly*, 22, 283-308.
- Bunge, S., Wendelken, C., Badre, D., Wagner, A. (2002). Analogical reasoning and prefrontal cortex: evidence for separable retrieval and integration mechanisms. *Cerebral cortex*, 15 (3), 239-249.
- Caruso, D. R. y Mayer, J. D. (1998). Emotional empathy scale. *A measure of emotional empathy*. Unpublished manuscript.

- Chaplin, T., y Cole, P. (2005). *Capítulo 3: The Role of Emotion Regulation in the Development of Psychopathology* (pp. 49-74). Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Chlopan, B. E., McCain, M. L., Carbonell, J. L. y Hagen, R. L. (1985) Empathy: review of available measures. *Journal of personality and social psychology*, 48 (3) 635-653
- Cialdini, R.B., Baumann, D.J. y Kenrick, D.T.(1981) Insights from sadness: A three step model of the development of altruism as hedonism. *Developmental review*, 1, 207-223.
- Cliffordson, C. (2001). Parent's judgments and student's self-judgments of empathy. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 36-47.
- Coke, J., Batson, C. y McDavis, K. (1978) Empathetic mediation of helping: A two-stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 752-766.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Davidson, R. J. (2001). Toward a biology of personality and emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 935, 191-207.
- Davis, M. H. (1980) A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85, (pp.1-17)
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, (pp.113-126)
- Davis, M. H., Hull, J.G., Young, R.D. y Warren, G.G. (1987) Emotional Reactions to Dramatic Film Stimuli: The Influence of Cognitive and Emotional Empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, (1), 126-133
- Davis, M. H. (1996). *A Social Psychological Approach*. Westview Press.
- Decety, J. y Jackson, P. L. (2004) The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 406-412.
- Duan, C. y Hill, C. E. (1996). The Current State of Empathy Research. *Journal of Counseling Psychology*, 43 (3), 261 – 274.
- Dymond, R. R. (1949). A scale for the measurement of empathic ability. *Journal of Consulting Psychology*, 13, 127-133.
- Eisenberg, N. y Lennon, R. (1983). Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin*, 94, 100-131.
- Eisenberg, N., y Strayer, J. (1987) *Empathy and its development*. Cambridge University Press.
- Eisenberg, N. y Fabes, R.A. (1990). Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. *Motivation and Emotion*, 14, 131-149.
- Eisenberg, N., Shea, C. L., Carlo, G. y Knight, G. P. (1991). Empathy-related responding and cognition: A "chicken and the egg" dilemma. En Kurtines, W. M. y Gewirtz, J. L., *Handbook of moral behavior and development* (pp. 63-88). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Nyman, M. y Bernzweig, J. y Pinuelas, A. (1994). The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions. *Child Development*, 65(1), 109-128.
- Elliott, R., Völlm, B., Drury, A., McKie, S., Richardson, P. y Deakin, J. F. W. (2006). Co-operation with another player in a financially rewarded guessing game activates regions implicated in theory of mind. *Social Neuroscience, Special Issue: Theory of Mind*, 1 (3-4), 385-395.
- Eslinger, P.J. (1998) Neurological and Neuropsychological Bases of Empathy. *European Neurology* 39, 193-199
- Extremiera, N. y Fernández-Berrocá, P. (2005) Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el TMMS. *Ansiedad y estrés*, 11(2-3),101-122.
- Eysenck, S. B. G., y Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, 43, 1247-1255.
- Fernández-Berrocá, P. y Extremiera, N. (2006). Emotional intelligence: A theoretical and empirical review of its first 15 years of history. *Psicothema*, 18 (suplemento), 7-12.
- Fernández, I. y López, B. (2007, septiembre) *Cuestionario de Empatía Cognitiva y Afectiva: una medida alternativa*. Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Inteligencia emocional. Málaga.
- Feshbach, N. D., Feshback, S. (1969) The relationship between empathy and aggression in two age groups. *Developmental Psychology*, 1(2), 102-107.
- Frith, U., y Frith, C. D. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 358, 459-473.
- Gallagher, H. L. y Frith, C. D. (2003). Functional imaging of "theory of mind". *Trends in Cognitive Sciences*, 7 (2), 77-83.
- Gillberg, C. (1990). Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 31(1), 99-119
- Giordani, B. (1997). La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Gladstein, G. (1983) Understanding empathy: Integrating counseling, developmental and social psychology perspectives. *Journal of counseling psychology*, 30, 467-482.
- Goleman, D. (1995) Las raíces de la empatía en *Inteligencia emocional* (pp.162-184) Barcelona Editorial Kairós.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliot, R. y Bohart, A. C. (2001) Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 380-384.
- Hatfield, E., Cacciopo, J. T., y Rapson, R. L., (1994): *Emotional Contagion*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Hathaway, S. R., y McKinley, J. C (1943). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: Psychological Corporation.
- Hare, R. D. (1993) Can anything be done? En Hare (1993) *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. New York: Pocket Books (pp. 192 - 206)
- Hogan, R. (1969) Development of an Empathy Scale. *Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307-316.
- Hoffman, M. L. (1977) Sex differences in empathy and related behaviours. *Psychological Bulletin*, 84, 712-722
- Hoffman, M. L. (1982). The measurement of Empathy. En Izard C. E., *Measuring Emotions in Infants and Children* (pp. 279-296). Cambridge MA: Cambridge University Press.
- Hoffman, M. L. (1984a) Interaction of affect and cognition in empathy. In C. E. Izard, J. Kagan y R.B. Zajonc (Eds.) *Emotions, cognition and behavior*, pp.103-131. Cambridge University Press.
- Hoffman, M. L. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. En N. Eisenberg y J. Strayer, *Empathy and its development* (pp. 47-80). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Hornstein, H.A. (1978) Promotive tension and prosocial behaviour: A lewinian analysis. En L. Wispe. *Altruism, sympathy and helping: Psychological and sociological principles* (pp.177-207) New York: Academic.
- Ickes, W. (2006) Gender differences in empathic accuracy: Differential ability or differential motivation? *Methodology Meta Analysis, Social Perception & Cognition*, 7(1), 95-109
- Igartua, J. J. y Páez, R. D. (1998) Validez y Fiabilidad de una escala de empatía e identificación con los personajes. *Psicothema* 10 (2), 423-436.
- Izard, C. E. (1982) The Psychology of Emotion Comes to Age on the Coattails of Darwin. *PsycCRITIQUES*, 27(6), 426-429.
- Jessimer, M. y Markham, R. (1997) Alexithymia: A right hemisphere dysfunction specific to recognition of certain facial expressions. *Brain and Cognition*, 34 (2), 246-258.
- Kellet, J.B., Humphrey, R.H.y Sleeth, R.G. (2002) Empathy and complex task performance: two routes to leadership. *The Leadership Quarterly*, 13 (5), 523-544
- Kellet, J. B., Humphrey, R. H. y Sleeth, R. G. (2006) Empathy and the emergence of task and relations leaders. *The Leadership Quarterly*, 17, 146-162
- Kerem, E., Fishman, N., Josselson, R. (2001). The experience of Empathy in everyday relationships: Cognitive and affective elements. *Journal of Social and Personal Relationships*, 18 (5), 709-729.
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Krebs, D. L. (1975). Empathy and altruism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 1134-1146.
- Kuhmerker, L. (1975). Learning to care - the development of empathy. *Journal of Moral Education*, 5, 25-33.
- Kupfer, D. J., Drew, F. L., Curtis, E. K., y Rubinstein, D. N. (1978). Personality style and empathy in medical students. *Journal of Medical Education*, 53, 507-509.
- Lee, K. H., Farrow, T. F., Spence, S. A., y Woodruff, P. W. (2004). Social cognition, brain networks and schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34, 391-400.

- Lerner, M. J. (1980). *The belief in a just world*. New York: Plenum.
- Letourneau, C. (1981). Empathy and stress: How they affect parental aggression. *Social Work, 26*, 383-389.
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I. y Abad, F. J. (2008) TECA. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva. Madrid: Tea Ediciones, S.A.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey y D. Sluyter (eds.): *Emotional development and emotional intelligence: educational applications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mead, M. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mehrabian, A. (1997). Relations among personality scales of aggression, violence and empathy: Validation evidence bearing on the Risk of Eruptive Violence Scale. *Aggressive Behavior, 23*, 433-445.
- Mehrabian, A. (1997a). Analysis of affiliation-related traits in terms of the PAD Temperament Model. *Journal of Psychology, 131*, 101-117.
- Mehrabian, A., Young, A.L. y Sato, S. (1988) Emotional empathy and associated individual differences. *Current psychology: Research and reviews, 7*, 221-240
- Mehrabian, A. y Epstein, N. (1972). A measure of Emotional Empathy. *Journal of Personality, 40*, 525-543.
- Milgram, N. A. (1960). Cognitive and empathic factors in role-taking by schizophrenic and brain damaged patients. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 60*, 219-224.
- Mill, J. (1984). High and low self-monitoring individuals: Their decoding skills and empathic expression. *Journal of Personality, 52*, 372 - 388.
- Miller, P. A. y Eisenberg, N. (1988) The relation of empathy to aggressive and externalizing / antisocial behavior. *Psychological Bulletin, 103*(3), 324-344.
- Moore, D. J. (1996). Affect intensity and the consumers' attitude toward high impact emotional advertising appeals. *Journal of Advertising, 25* Summer, pp. 37-50.
- Muncer, S. J. y Ling, J. (2005) Psychometric analysis of the Empathy Quotient (EQ) scale. *Journal of personality and individual differences*,
- Oceja, L. y Jiménez, I. (2007). Más allá del Egoísmo y de la Identidad Grupal: Empatía hacia el Otro y Conciencia de Otros en un Dilema Social. *The Spanish Journal of Social Psychology*.
- Pérez-Albéniz, A., Paúl, J., Etxebarria, J. Montes, M.P. y Torr, E. (2003) Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicobema, 15*, 267-272.
- Piliavin, J. A., Dovidio, J. F., Gaertner, S. L., y Clark, R. D. III (1981). *Emergency intervention*. New York: Academic Press.
- Richardson, E. D., y Malloy, P. F. (1994) The frontal lobes and content specific decisions. *Journal of neuropsychiatry and clinical neuroscience, 6*(4), 455-466.
- Rim, Y. (1974). Correlates of emotional empathy. *Science Paed. Experimental, 11*, 197-201.
- Rimé, B. (1995) The social sharing of emotion as a source for the social knowledge of emotion. En J.A. Russell (Ed) *Everyday conceptions of emotion*. Dordrecht. Holanda: Kluwer.
- Rizzolatti, G. y Singaglia, G. (2006) *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. Barcelona: Ediciones Paidós
- Rosen, I. M., Gimotti, P. A., Shea, J. A. y Bellini, L. M. (2006) Evolution of Sleep Quantity, Sleep Deprivation, Mood Disturbances, Empathy, and Burnout among Interns. *Academic Medicine, 81* (1) 82-85.
- Royzman, E. B. y Rozin, P. (2006). Limits of Symhedonia: The Differential Role of Prior Emotional Attachment in Sympathy and Sympathetic Joy. *Emotion, 6* (1), 82-93.
- Ruiz, M. A. (1998). Habilidades terapéuticas. En M.A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta* (Vol. I, pp. 83-131). Madrid: Dyckinson.
- Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*, 185-211.
- Seitz, R. J., Nickel, J. y Azari, N. P. (2006). Functional Modularity of the Medial Prefrontal Cortex: Involvement in Human Empathy. *Neuropsychology, 20*(6), 743-751.
- Shaffer, J. (2002). Teorías clásicas del desarrollo social y la personalidad. En Shaffer (2002) *Desarrollo social y de la personalidad*. (pp. 39-71) Thomson Editores Spain.
- Sharmay-Tsoory, S.G., Torner, R., Goldsher, D., Berger, B. D. y Aharon-Peretz, J. (2004) Impairment in Cognitive and Affective Empathy in Patients with Brain Lesions: Anatomical and Cognitive Correlates. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 26* (8), 1113-1127.
- Sharmay-Tsoory, S.G., Torner, R., Goldsher, D., Berger, B.D. y Aharon-Peretz, J. (2005). Impaired "Affective Theory of Mind" Is Associated with Right Ventromedial Prefrontal Damage. *Cognitive Behavioral Neurology, 18*(1), 55-67.
- Sharmay-Tsoory, S. G., Syvan, S., Harari, H. y Levkovitz, Y. (2007). Neurocognitive Basis of Impaired Empathy in Schizophrenia. *Neuropsychology, 21* (4), 431-438.
- Seligman, M. E. P. (2002) *Authentic Happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, NY, US: Free Press.
- Smither, S. (1977). A reconsideration of the developmental study of empathy. *Human development, 20*, 253 - 276.
- Stotland, E. (1969). Exploratory investigations of empathy. En Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology, 4*, p.272.
- Sweet, M. J. y Johnson, C. G. (1990). Enhancing empathy: the interpersonal implications of a Buddhist meditation technique. *Psychotherapy, 27*(1), 19 - 29.
- Steele, J. D., y Lawrie, S. M. (2004). Segregation of cognitive and emotional function in the prefrontal cortex: A stereotactic meta-analysis. *Neuroimage, 21*, 868-875.
- Vanaerschot, G. (2004) It takes two to tango: On empathy with fragile processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41* (2), 112-124.
- Wegener, D. T. y Petty, R. E. (1994) Mood management accross affective states: The hedonic contingency hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(6), 1034-1048.
- William, C.A. (1989) Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in nursing and health, 12*(3) 169-178.
- Wispe, L. (1978) *Altruism, sympathy and helping: Psychological and sociological principles*. New York: Academic.
- Wispe, L. (1986) The distinction between sympathy and empathy: To call for a concept a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 314-321.
- Zaccagnini, J.L. (2004) *Qué es inteligencia emocional*. Editorial Biblioteca Nueva: Madrid.
- Zahn-Waxier, C., Robinson, J. L. y Emde, R. N. (1992) The developmental of empathy twins. *Developmental Psychology, 28*(6), 1038-1047.

(Artículo recibido: 10-12-2007; aceptado: 23-4-2008)