

Universidad Abierta Interamericana  
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas



TESIS DE GRADO.

*Comparación de las dimensiones de la Regulación emocional y  
las escalas de Empatía en médicos y enfermeros.*

Araceli González

Tutor: Lic. Sergio Remesar.

Título a obtener: Licenciatura en Psicología.

Fecha de entrega: Agosto, 2020



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Defensa de Tesis

Dictamen \_\_\_\_\_

Nota \_\_\_\_\_

Jurados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



Buenos Aires, 30 de julio de 2020

**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS**

**Dirección de carrera de Licenciatura en Psicología**

**S / D**

Por la presente avalo la presentación de la Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología en la Universidad Abierta Interamericana de la estudiante Araceli González con D.N.I. 38440663 Legajo 2993, de la Sede Berazategui, cuyo tema es *“Comparación de las dimensiones de la Regulación emocional y las escalas de empatía en médicos y enfermeros.”* a fin de ser presentada para su evaluación. La misma se encuentra terminada y en condiciones de acuerdo al reglamento de trabajo final de la carrera.

Firma y Aclaración del tutor.

Prof. Lic. Sergio E. Remesar

MAT. NAC. 35519

## **Agradecimientos**

A Sergio Remesar, mi tutor y quien se encargó de darme aliento cuando más lo necesite. Por su generosidad, tiempo y apoyo en cada paso.

A Soledad, quien supo guiarme y darme confianza con su compañerismo y paciencia. A mis amigas y colegas Camila Chiesa, Victoria García y Anabela Trapani, por aguantarme en momentos en los que ni yo misma lo hago, por sostenerme, por formar parte de mi vida y ser ese faro que tanto que necesito.

A mis amigos de toda la vida, quienes estuvieron para festejar cada paso y acompañarme, y darme aliento cuando lo necesité.

A mi familia que nunca perdió la fe y supo orientarme siempre.

## **Resumen.**

La presente investigación tuvo el objetivo de evaluar la relación entre las escalas de Empatía y las dimensiones de Regulación Emocional, en una muestra conformada por médicos y enfermeros pertenecientes al área metropolitana de la Provincia de Buenos Aires. Para ello, se trabajó sobre una muestra integrada por 122 participantes, de los cuales 56 de ellos eran enfermeros y 66 eran médicos. Se administró un cuestionario sociodemográfico, la Escala de Regulación Emocional (CERQ, Garnefski & Kraaij, 2006) validada en Argentina por Medrano et al. (2013) y el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA), realizado por López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad García (2008). Los resultados de este estudio mostraron que en función de la profesión, los médicos correlacionaron de forma positiva entre la escala de la Empatía Estrés Empático y la dimensión de la Regulación Emocional Catastrofismo. Así mismo, en esta misma escala de la Empatía, se encontraron relaciones inversas con las dimensiones de la Regulación Emocional Reinterpretación Positiva y Focalización en los Planes. En el caso de los médicos, también se encontraron relaciones significativas y positivas entre la escala Empatía Global y las dimensiones Autoculparse y Catastrofismo. Por su parte, en los enfermeros, se encontraron correlaciones positivas entre las escalas Compresión Emocional, Estrés Empático y Empatía Global con la dimensión Catastrofismo de la Regulación Emocional. En cuanto a las variables sociodemográficas, no se hallaron diferencias significativas. Estos resultados se discuten a la luz de los antecedentes teóricos revisados.

*Palabras clave:* empatía, regulación emocional, médicos, enfermeros.

**Abstract.**

The aim of this investigation was to study the relation between Empathy scales and Emotional Regulation dimensions, in a sample made up of doctors and nurses belonging to the metropolitan area of Buenos Aires province. For that, a sample integrated by 122 participants was used, of which 56 of them were nurses and 66 were doctors. A socio-demographic questionnaire, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ, Garnefski & Kraaij, 2006) validated in Argentina by Medrano et al. (2013) and the Cognitive and Affective Empathy Test (TECA) made by López-Pérez, Fernández-Pinto and Abad García (2008) were administered. Results showed that depending on the profession, doctors correlated in a positive way between the Empathy scale Empathic Stress and Catastrophism dimension of Emotional Regulation. Likewise, on this same scale of Empathy, inverse relations between this scale and two Emotional Regulation dimensions: Positive Reinterpretation and Focus on the Plans were found. Analyzing doctors, significant and positive relationships between Global Empathy scale and Self-blame and Catastrophism dimensions were found. Meanwhile, analyzing nurses, positive relationships between Emotional Compassion, Empathic Stress and Global Empathy scales with Catastrophism dimension of Emotional Regulation were found. About the sociodemographic variables, no significant relationships were found. These results are discussed in light of their respective theoretical background.

*Key words:* Empathy – Emotional Regulation – Doctors – Nurses.

## Índice

Resumen.....	5
Abstract.....	6
1. Planteamiento del Problema.....	10
2. Justificación .....	13
3. Antecedentes .....	14
4. Marco Teórico.....	20
Breve Descripción de Trabajadores de la Salud. ....	20
Médicos.....	21
<i>Breve Historia de la Medicina</i> .....	21
<i>Aproximación a la Profesión Médica.</i> .....	22
<i>Relación Médico-Paciente</i> .....	22
Enfermeros.....	24
<i>Breve Historia de la Enfermería</i> .....	24
<i>Aproximación a la Profesión Enfermera:</i> .....	25
<i>Relación Enfermero-Paciente.</i> .....	26
Empatía .....	27
<i>Distintas Conceptualizaciones de Empatía.</i> .....	28
<i>Diferencias de Género.</i> .....	33
<i>Empatía en Médicos y Enfermeros.</i> .....	34
Regulación Emocional .....	36
<i>Distintas Conceptualizaciones de Regulación Emocional</i> .....	36
<i>Regulación Emocional en Médicos</i> .....	41
<i>Regulación Emocional en Enfermeros.</i> .....	42
5. Objetivos.....	44
Objetivo General.....	44
Objetivos Específicos.....	44
6. Hipótesis. ....	45
7. Metodología .....	46
Tipo de Diseño.....	46
Población. ....	46
Muestra. ....	46
<i>Criterios de Inclusión</i> .....	48

	8
<i>Criterios de Exclusión</i> .....	48
<i>Regulación Emocional</i> .....	51
<i>Empatía</i> .....	53
Procedimiento.....	55
Análisis de Datos.....	55
8. Resultados.....	57
<i>Describir a médicos y enfermeros según las estrategias de regulación emocional evaluadas por el CERQ</i> .....	57
<i>Describir el nivel de la empatía en una muestra de médicos y enfermeros teniendo en cuenta las escalas del TECA</i> .....	57
<i>Comparar las puntuaciones entre las dimensiones de Regulación Emocional y las escalas de Empatía en médicos y enfermeros</i> .....	63
<i>Regulación Emocional</i> .....	66
<i>Comparar las puntuaciones de regulación emocional y empatía según las características sociodemográficas de los sujetos participantes</i> .....	66
9. Conclusiones y Discusiones.....	69
10. Referencias Bibliográficas.....	73
9. Anexos.....	82
Consentimiento Informado.....	82
Cuestionario Sociodemográfico.....	85
Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. CERQ.....	87
Test de Empatía Cognitiva y Afectiva. TECA.....	89

## Índice de Gráficos y Tablas

Gráfico 1. <i>Muestra según profesión (n=122)</i> .....	48
Tabla 1. <i>Muestra según sexo y profesión (n=122)</i> .....	49
Tabla 2. <i>Muestra según edad (n=122)</i> .....	49
Tabla 3. <i>Lugar de residencia según profesión (n=122)</i> .....	50
Tabla 4. <i>Muestra según estado civil y profesión (n=122)</i> .....	50
Tabla 5. <i>Prueba de normalidad de las variables</i> .....	55
Tabla 6. <i>Medias y desvíos según la profesión</i> .....	58
Tabla 7. <i>Correlación entre las dimensiones de la Regulación Emocional y las escalas de Empatía en médicos.</i> .....	59
Tabla 8. <i>Correlación entre las dimensiones de la Regulación Emocional y las escalas de Empatía en enfermeros.</i> .....	62
Tabla 9. <i>Comparación según profesión en la variable Empatía</i> .....	65
Tabla 10. <i>Comparación según profesión en la variable Regulación Emocional.</i> .....	66
Tabla 11. <i>Muestra según hijos (n=122)</i> .....	67
Tabla 12. <i>Muestra según desempeño en áreas abierta/cerrada y profesión (n=122)</i> ....	67
Tabla 13. <i>Ámbito laboral según profesión (n=122)</i> .....	68

## 1. Planteamiento del Problema

Lifshitz (2011) define a la medicina clínica como una actividad social fundamental de interrelaciones personales, es decir, la aplicación al contexto social de los conocimientos biológicos. En estas relaciones interpersonales, el médico además de vincularse con el paciente, tiene que fomentar relaciones amenas con los demás integrantes del equipo de salud, tales como colegas, alumnos y personal administrativo. Otros de los integrantes del personal de salud incluye a diversos especialistas, directivos, enfermeras/os, empleados de intendencia, técnicos/as, representantes de las compañías de seguros, ingenieros biomédicos y residentes.

Enfocándonos en la relación médico-enfermera/o, según Lifshitz (2011) se trata de una interacción esencial para la atención de los enfermos. Si bien, el líder en los equipos de salud suele ser el médico, en ocasiones, se pueden crear equipos liderados por enfermeras/as quienes han resultado eficientes en razón de la disciplina y el orden que caracteriza a este gremio debido a la autonomía y el respeto profesional que se han ganado. Su papel se considera fundamental ya que en ellos radica la ejecución de las indicaciones de los médicos.

Por su parte, los médicos en su formación deberán adecuarse a las necesidades actuales del país, las cuales exigen que éste cumpla con integridad actividades de promoción de la salud, curativas y de rehabilitación, entendiendo como un ente bio-psico-social hombre. Para ejercer sus funciones de líder democrático comunitario necesitará poder comunicarse adecuadamente con los miembros del equipo de salud, el paciente y la comunidad funcionando como educador mediante el uso de técnicas apropiadas y el ejemplo. Esto es considerado de suma importancia en el papel del médico (Gasperi, 2010).

El compromiso por la vida, las relaciones empático-afectivas con el enfermo y las características propias de las instituciones sanitarias, son aspectos por los cuales los trabajadores de la salud se encuentran en constante riesgo (Camponovo Meier & Morín Imbert, 2000).

En la cotidianeidad, los individuos poseen una guía psicológica que constituye una parte esencial para relacionarse e interpretar estímulos, éstas son las emociones. En la actualidad se ha estudiado y desarrollado la regulación emocional, la cual es considerada un aspecto fundamental de las emociones. Teniendo en cuenta la literatura especializada se encontró que los individuos, en general, para alcanzar las metas planteadas realizan distintos procesos tales como evaluar sus emociones y recurrir al uso de diferentes estrategias con el fin de reducir, conservar o ejercer algún tipo de dominio sobre las mismas. Estas estrategias permiten modular la intensidad de la respuesta emocional, y además producir cambios en la emoción experimentada (Koole, 2009).

Thompson (1994), define la regulación emocional como “toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso”. Siguiendo esta misma línea, Gross (1998) entiende a la regulación emocional como cualquier intento realizado para modificar en alguna medida la incidencia, intensidad o duración de un estado emocional, positivo o negativo, ya sea alterando alguno de los factores previos a la emoción o modificando a la emoción en sí misma en algún aspecto. En esta investigación, se utilizará el Cuestionario de Regulación Emocional (CERQ), realizado por Garnefski y Kraaij, en el año 2006, el cual ha sido adaptado en Córdoba, provincia de Argentina por Medrano et al. en el año 2013. El mismo permite evaluar 9 dimensiones de la Regulación Emocional, Rumiación, Catastrofización, Aceptación, Focalización Positiva, Autoculparse, Culpar a los Otros, Poner en Perspectiva, Reinterpretación Positiva y Focalización en los Planes.

Por otro lado en cuanto a la empatía, López (2008) establece que se trata de una habilidad que permite conocer los pensamientos, intenciones y emociones de los demás, así como también compartir sus estados emocionales. Se considera de gran importancia evaluar la empatía tanto en los ámbitos clínicos como en educativo, social y organizacional.

Asimismo, Córdoba (2008), manifiesta al igual que el autor expuesto anteriormente, que la empatía es tanto la capacidad de ponerse en el lugar del otro, como la de comprender las propias emociones y la forma de actuar. Aclara que la empatía también se trata de entender las conductas y estilos de pensamiento de los demás aunque éste no se comparta ni se apruebe. La idea que resalta este autor radica en la importancia de ser tolerantes ante las diferencias que se tienen con los demás.

Para evaluar este constructo, se utilizara el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA), elaborado por López-Pérez, Fernández-Pinto y García (2008) el cual mide cuatro factores de la empatía: Adopción de Perspectivas, Comprensión Empática, Estrés Empático y por ultimo Alegría Empática.

Dado el rol fundamental de los vínculos que se establecen entre los médicos y enfermeros con los pacientes, se buscará analizar y comparar las dimensiones de empatía y regulación emocional presentes en ellos con el propósito de observar los diferentes mecanismos con los que cuentan estos profesionales para hacer frente a su labor cotidiana.

Para esto, se propone responder:

¿Qué relación existe entre las dimensiones de la Regulación Emocional y las escalas de Empatía en médicos y enfermeros? ¿Difieren los puntajes en las escalas de Empatía según la profesión?

## 2. Justificación

Es de basto reconocimiento que en el ámbito de la salud se vive un ritmo que no todas las profesiones poseen, ya que pertenecen al grupo de profesiones de riesgo social. Emergencias, urgencias y demanda espontánea son moneda corriente en las instituciones de salud. Pacientes y familiares ingresan con las esperanzas puestas en un otro al que le suplican disipar sus dolencias. Se llega con la noción de que alguien allí podrá hacerse cargo del problema de salud que presenta.

Los resultados de esta investigación realizarán un aporte novedoso, ya que no se han encontrado en Argentina investigaciones referidas en esta área y en esta población. Esto beneficia directamente tanto a médicos como enfermeros ya que, de encontrarse resultados adversos, se podría proponer acciones tendientes al fortalecimiento de estos constructos en esta población.

En el área de la salud es muy frecuente que los pacientes, ante las dolencias y problemas de salud, busquen en el profesional un sostén para poder afrontar los mismos. En el campo de la psicología se podrá hacer uso de estos datos para realizar talleres que promuevan fortalecer los aspectos de la empatía y de la regulación emocional en médicos y enfermeros con el fin de contribuir al bienestar del paciente y a la calidad de los profesionales.

### 3. Antecedentes

López, Filippetti & Richaud (2014), realizaron algunas explicaciones de la empatía. Para iniciar, comentan que este término llamado de manera coloquial, se lo puede identificar como “ponerse en el lugar en los zapatos de los demás”, buscando una metáfora para la idea de comprender o sentir lo que el otro siente en determinada situación. Estos autores también explican que desde el ámbito científico no existe una definición unívoca de empatía, sino que se trata de un campo conceptual en construcción y discusión, en el que recientemente se han realizado algunos intentos de integración. Realizando una primera aproximación, estos autores, expresan que la empatía es la capacidad de entender los sentimientos y emociones de los demás, basada en el reconocimiento del otro como similar. A su vez, explican que se trata de una habilidad imprescindible para los seres humanos, y esto radica en que toda nuestra vida transcurre en contextos sociales complejos. Esta naturaleza social hace que el reconocimiento y el entendimiento de los estados mentales de los demás, así como la capacidad de compartir esos estados mentales y responder a ellos de modo adecuado, sean tanto o más importantes que la capacidad de comprender y responder apropiadamente a los contextos naturales no sociales.

Por otro lado, según explican Medrano et al. (2013), las emociones integran una base psicológica que conduce al individuo en su vida cotidiana. Ellas establecen, sin duda, una parte fundamental de las maneras de relacionarse e interpretar estímulos. Una parte esencial de las emociones que se ha desarrollado y estudiado en la actualidad hace alusión a la regulación de las emociones. Según estos autores, las personas habitualmente evalúan sus emociones y recurren al uso de diferentes estrategias con el propósito de reducir, mantener o ejercer algún tipo de dominio sobre las mismas para alcanzar las metas planteadas.

Según Garnefski, et al. (2001), este uso de estrategias resulta tan importante para la vida y desarrollo de los individuos, que tras un proceso de regulación emocional insuficiente, ya sea por el tipo de estrategia empleada o como resultado de una diferenciación afectiva poco desarrollada, pueden manifestarse procesos psicopatológicos.

Tal como lo explica Filippetti en el año 2012, la regulación emocional resulta esencial en la empatía, ya que habilita a mantener una clara diferenciación entre nuestras propias emociones y aquellas pertenecientes a los demás.

Siguiendo esta misma línea, Zorza (2017) explica que desde la psicología del desarrollo y la neurociencia cognitiva se ha planteado que la regulación emocional resulta un factor esencial para que al empatizar con otros se puedan generar respuestas prosociales. También explica que en el proceso de empatizar es ineludible mantener la discriminación self/otra persona y regular las emociones evocadas para que no se produzca un desbordamiento afectivo.

En 2014, Hadjikhani propone el modelo de regulación emocional de la empatía, en el cual se plantean una serie de fases. Para comenzar, explica que un sujeto ante la percepción del dolor ajeno se activaría en él una primera fase de alerta afectiva, la que permitiría sentir las emociones de los demás en el propio cuerpo. Esta primera fase corresponde a la empatía afectiva. A continuación, en la segunda fase se activarían las áreas cerebrales que procesan y permiten comprender las emociones experimentadas. Denominó a esta fase como empatía cognitiva, puesto que se activarían las zonas especializadas en el reconocimiento de las expresiones faciales de las emociones y del lenguaje corporal. Por último, en la tercera fase los mecanismos de reevaluación permiten reducir la alerta inicial y pasar a la fase de conducta, que implicaría aproximarnos al sujeto que está sufriendo, manifestar el afecto y ayudarlo. Esta última

fase de este modelo sería la de regulación emocional. Este autor explica que según este modelo, cuando la reacción de alerta afectiva es muy potente, habría una menor comprensión de la emoción, por tanto habría una necesidad mayor de regulación de las emociones, y un aumento en la actividad de los circuitos de reevaluación y retroalimentación, llegando a bloquear el proceso. Cuando ocurre un bloqueo en la regulación emocional, la empatía podría transformarse en ansiedad y dolor, no logrando atravesar a la fase de conducta efectiva de ayuda.

Luego de una exhaustiva búsqueda sobre la empatía y la regulación emocional en enfermeros y médicos, se ha llegado a la conclusión de que estas variables han sido poco desarrolladas en el ámbito de la salud. Puntualmente en Argentina, no se han encontrado estudios referentes a la temática.

A continuación se tomaron en cuenta las investigaciones alusivas a la empatía. Entre las investigaciones referidas, se encuentra la investigación realizada por González-Serna et al. (2014), en España, en la cual se evaluó el descenso de empatía en estudiantes de enfermería a lo largo de los cuatro años de la formación universitaria y el análisis de posibles factores implicados. Se utilizó el Índice de Reactividad Interpersonal con el cual se mide la empatía. Los resultados obtenidos de la misma arrojaron que la media disminuía conforme los estudiantes avanzaban en la formación académica.

Los resultados mencionados anteriormente se contraponen con la investigación llevada a cabo por Díaz-Narvaez et al. (2014) realizada en Chile. La misma evalúa la empatía en estudiantes universitarios de enfermería, para lo cual se utilizó la Escala de Empatía Médica de Jefferson en la versión en español para estudiantes. Los resultados indicaron que los estudiantes de enfermería poseen niveles altos de empatía. Además plantea la tendencia al aumento de la empatía en relación al avance en su formación

académica. También explicó que no existen diferencias en la empatía en relación al género.

Por su parte, en referencia a los médicos, Delgado-Boltona (2015), realizó un estudio comparativo intercultural en España, en el cual se determinaron algunos de los factores ambientales que intervienen en el desarrollo de la empatía y que son sensibles a las diferencias culturales en médicos residentes españoles y latinoamericanos. Para este estudio se utilizó el cuestionario Jefferson de empatía médica, en su versión para profesionales sanitarios, además de la información correspondiente a las variables sociodemográficas y datos sobre la experiencia académica y profesional. Los resultados del mismo demostraron puntuaciones más elevadas de empatía en los médicos españoles en comparación con los latinoamericanos. También se encontraron diferencias en cuanto a encuentro positivo con otros profesionales y al desarrollo profesional continuo de la formación médica.

Otro estudio referido a estudiantes de medicina, fue el realizado en España por Esquerada et al. (2014). En dicho estudio, se mide el grado de empatía, comparándolo con una serie de variables sociodemográficas y su evolución durante la formación académica. Para determinar esto, se administró el cuestionario TECA y un cuestionario sociodemográfico. Los resultados explican que el nivel de empatía aumenta conforme progresa la carrera de medicina. A su vez indica que las mujeres resultan más empáticas, así como también presentan mayor estrés empático. Por su parte, los estudiantes masculinos presentan menor empatía, menor progresión de ésta durante la formación académica, así como también menor estrés empático.

En relación a los médicos, en México, Bustamante Ogando et al. (2014) realizó una descripción del perfil de personalidad de los médicos aceptados al posgrado de Pediatría en el Instituto Nacional de Pediatría. Para esto, se administraron la prueba de

habilidades DAT-5 y el inventario de personalidad MMPI-2, los cuales fueron obtenidos a través de los expedientes de los residentes. Los resultados mostraron bajas frecuencia en empatía y conciencia moral.

En las siguientes líneas se hace referencia a estudios encontrados sobre empatía y regulación emocional.

Teniendo en cuenta la regulación emocional, también llamada inteligencia emocional considerados como sinónimos desde el paradigma cognitivo-conductual (Ribero-Marulanda y Vargas Gutiérrez, 2013), se encontró el estudio realizado por Aguilar Luzón y Augusto Landa (2009). En el mismo evaluaron la relación entre inteligencia emocional percibida, personalidad y capacidad empática en 135 estudiantes de enfermería de España. Para ello se utilizaron las escalas de medida TMMS-24, NEO-FFI e IRI, y se obtuvo como resultado que las dimensiones de inteligencia emocional se encuentran positivamente relacionadas con la empatía.

Siguiendo esta línea, pero en este caso a estudiantes de medicina de nuevo ingreso y pregrado de México, en una investigación llevada a cabo por Rodríguez, Macías y Rivas (2015) en la cual determinaron buscar diferencias entre los niveles de empatía e inteligencia emocional. Para concretar esto, administraron la escala de Empatía Médica de Jefferson y el Trait Meta-MoodScale. En sus resultados, no encontraron dichas diferencias, lo cual significa que el curso de la licenciatura no influye en el desarrollo de la empatía ni en el desarrollo de la inteligencia emocional. Por otra parte, al igual que en la investigación mencionada anteriormente en estudiantes de enfermería, se encontraron correlaciones significativas entre ambas variables, lo que comprobó que la empatía y la inteligencia emocional son interdependientes.

Por último en India, Faye et al (2011) realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar inteligencia emocional centrándose en la empatía en posgraduados en medicina.

Para determinar esto, utilizó un formulario semi estructurado, la lista de verificación de autoevaluación del cociente emocional y la Escala de Empatía Emocional Multidimensional. Se observó que más del 70% de la muestra puntuó bajo en inteligencia emocional, a su vez los hombres casados mostraron puntuaciones más altas en empatía y aquellos con menor carga de trabajo, mayor tiempo para actividades recreativas y ejercicio y buenas relaciones con sus superiores y colegas puntuaron más alto en inteligencia emocional. Además, se encontraron correlaciones positivas entre los diferentes dominios de la inteligencia emocional y la empatía.

#### **4. Marco Teórico.**

##### **Breve Descripción de Trabajadores de la Salud.**

Según la Organización Mundial de la Salud (2006), la definición de personal sanitario incluye a todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.

Siguiendo esta misma idea, la OMS expresa que mundialmente, los trabajadores de los sistemas de salud se encuentran sometidos a una extensa y compleja gama de fuerzas que están generando una tensión e inseguridad en aumento. En este sentido, se plantea que los trabajadores de la salud deberían estar preparados para enfrentar factores tales como el envejecimiento de la población, las nuevas enfermedades y el aumento de la carga de las ya existentes o el aumento de los conflictos y la violencia.

Paris (2008) explica que si bien, en la mayoría de las profesiones y actividades laborales se generan algún grado de estrés, el trabajo vinculado con la atención de la salud se caracteriza por algunos estresores que son el resultado de una actitud de intensa dedicación al cuidado de la vida de los demás. Según este autor, las relaciones empático-afectivas con el enfermo, el compromiso por la vida y las propias características de las instituciones sanitarias instalan a los trabajadores de la salud en una situación de riesgo permanente. Estas condiciones se elevan aun mas en el caso de que se trate de profesionales que desempeñan sus funciones en instituciones sanitarias de países en vías de desarrollo. También, en el ámbito de las instituciones públicas, se encuentran otros factores que predisponen un clima laboral inestable y estresante, tales como el recorte de las partidas presupuestarias, la insuficiencia de la infraestructura hospitalaria, la falta de medicamentos y la disminución de los salarios profesionales (Camponovo Meier & Morín Imbert, 2000). Por su parte, en el ámbito de las instituciones privadas, se ha instalado un ambiente de alta competitividad, el cual

demanda esfuerzos y dedicación no remunerando correspondientemente con las retribuciones económicas y sociales percibidas. Según Zaldúa (2000) los elevados niveles de estrés que padecen los profesionales de la salud resultan producto de esta exposición permanente a estas dificultades.

## **Médicos**

### ***Breve Historia de la Medicina***

Según el tratado de medicina interna, creado por Goldman y Schauer (2017), definen a la medicina como una profesión que contempla ciencia y el método científico con el arte de ser médico. El arte de cuidar al enfermo es tan antiguo como la humanidad misma. Aun en la actualidad, continua siendo base y fundamento de la medicina el arte de cuidar y reconfortar, guiado por milenios de sentido común así como también por lo que hoy en día se conoce como ética médica. Sin ir más lejos, se considera ineficaz o incluso perjudicial, la aplicación de la moderna ciencia médica sin su cuota de cualidades humanísticas. A lo largo de la historia, los sanadores experimentaron una gran variedad de procedimientos para brindar ayuda a los necesitados. En algunos casos, lo que ahora se conoce como principios activos que forman la base de medicamentos probados, surgen de las pociones o preparados que se utilizaron antiguamente. Otros siguen existiendo en la actualidad a pesar de la falta de evidencia científica y fundamento convincente.

Tal y como expresan Goldman y Schauer (2017), un aspecto a considerar es la reciente base científica de la medicina, en comparación con su larga y distinguida historia de propiciar cuidados y confortar. Aparte de la comprensión de la anatomía humana y de la descripción posterior, casi toda la medicina moderna se constituye en descubrimientos realizados durante los últimos 150 años. Hasta finales del siglo XIX,

los hospitales y la atención hospitalaria resultaba el reflejo de la escasez de conocimiento médico. Teniendo en cuenta que los hospitales proveían importantes cuidados, atención y asistencia, se encontraban evidencias mínimas o inexistentes de que estos mejoraban los resultados de la salud.

### ***Aproximación a la Profesión Médica.***

Tal y como indican Goldman y Schauer (2017), el médico tiene el compromiso de suscitar el acceso y de eliminar las diferencias existentes en la salud y en el acceso al sistema sanitario, ya sea para cada paciente como también para la sociedad en general. Para promover estos principios fundamentales, se han propuesto una serie de responsabilidades profesionales entre las cuales se destacan el compromiso de: competencia profesional; honestidad y confidencialidad con los pacientes; mantenimiento de adecuadas relaciones con los pacientes; mejora de la calidad de la atención; mejora del acceso a los cuidados; justa distribución de los recursos limitados; conocimiento científico; mantener la confianza manejando los conflictos de interés; responsabilidades profesionales. Estas responsabilidades específicas admiten aspectos de la práctica cotidiana que contribuyen a los propios pacientes del médico y a la sociedad en general. La aplicación de estos atributos, también incluye que los médicos que ponen en práctica estos y otros atributos, no solo promueven el profesionalismo sino que también favorecen a la disminución su propio riesgo de faltar a su responsabilidad y cometer negligencia.

### ***Relación Médico-Paciente***

Según el tratado de medicina interna desarrollado por Goldman y Schauer (2017), la relación médico-paciente transcurre por muchas fases de razonamiento clínico y toma de decisiones. La relación inicia con una explicación de las dolencias o preocupaciones del paciente y continúa mediante preguntas o valoraciones para afrontar

estas inquietudes de forma cada vez más exacta. Usualmente el proceso requiere la realización de una metódica anamnesis y exploración física, solicitud de evaluaciones diagnósticas, integración de los hallazgos clínicos con los resultados de las pruebas, establecimiento de los riesgos y beneficios de las posibles líneas de actuación, y una cuidadosa consulta con el paciente y la familia para desarrollar planes de acción futuros.

Para Goldman y Schauer (2017), otros puntos a tener en cuenta son las preferencias del paciente, a pesar de que es responsabilidad de un médico insistir en la evidencia cuando se ofrecen las alternativas de tratamiento. El cumplimiento de un tratamiento específico por parte del paciente puede optimizarse si comprende la lógica y la evidencia de la opción recomendada. Resulta apropiado entender al paciente como persona, para lograr cuidar a un paciente como individuo. Esta mirada integral del paciente contempla una comprensión del aspecto social del mismo, de su entorno familiar, de su situación económica, y de sus preferencias entre los distintos tipos de atención y sus resultados, que van desde la máxima prolongación de la vida hasta el alivio de dolencias y sufrimiento. Si el médico no examina ni aborda estos puntos, no se puede aplicar de forma correcta la ciencia de la medicina e incluso el médico más experto no podrá alcanzar los resultados deseados.

Así mismo Goldman y Schauer (2017) expresan el carácter imprescindible para el médico, mantener un diálogo abierto con el paciente y su familia con respecto a las distintas posibilidades que pueden tener en cuenta a la hora de la elección de tratamiento.

## **Enfermeros**

### ***Breve Historia de la Enfermería***

En un intento por explicar los inicios de la enfermería como actividad, Arratia (2015), señala que esta disciplina trasciende desde los inicios de la humanidad. Para esta autora, los seres humanos siempre han tenido personas incapaces de valerse por sí mismas y por esto mismo, siempre se ha requerido cuidar de los más indefensos.

Enfermería aparece así, directamente relacionada a la humanidad desde la antigüedad

Por su parte, Reina (2010) ubica a los inicios de la disciplina profesional de enfermería, a mediados del siglo XIX. Sus orígenes se remontan al acto de cuidar a la persona herida, situado en épocas donde la guerra era un factor común en Europa. Reina, (2010) explica que una de las primeras figuras de esta profesión es la de Florence Nightingale, quien da comienzo a la disciplina de enfermería. Nacida en mayo de 1820, Nightingale fue quien por primera vez describió a Enfermería y la relacionó con el entorno, utilizando la observación como elemento fundamental para brindar cuidado de enfermería. Desde entonces, inicia la conceptualización del cuidado como eje primordial de la enfermería. De esta forma, indirectamente propician las bases del proceso de enfermería. Esto se podía observar claramente a través de la valoración del herido en combate, utilizando como recurso primordial la observación y la identificación de problemas para brindar el cuidado pertinente. Con el paso de los tiempos, más específicamente alrededor de los años 70', dicha metodología comenzará a progresar para luego incorporar al proceso la etapa diagnóstica. Además, se adiciona también el desarrollo de nomenclatura básica para la explicación de los problemas de salud y posteriormente las fases de planeación, ejecución y evaluación.

### ***Aproximación a la Profesión Enfermera:***

Según explica Potter (2019) la enfermería no se trata sencillamente de una combinación de capacidades específicas. Tal como explica este autor, la enfermería es una profesión por lo cual resulta imperativo cumplir con algunas responsabilidades tales como la de administrar una atención de calidad concentrada en el paciente, de forma segura, meticulosa y experta.

Siguiendo esta misma línea, Potter (2019) considera que quien ejerza la enfermería es responsable de conseguir y sostener un conocimiento y unas destrezas específicas para distintas funciones y responsabilidades profesionales. Pertenecce a la labor de las enfermeras proporcionar cuidados y confort a los pacientes en todos los ámbitos de la atención sanitaria. Por último, este autor expone que las incumbencias de la enfermería se extienden desde satisfacer las necesidades del paciente hasta la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como también el buen manejo de la enfermedad y sus síntomas, el apoyo de la familia o los cuidados paliativos.

Berman (2008) expone que la práctica de la enfermería contempla cuatro áreas. Por un lado, el área de promoción de la salud y el bienestar, la cual explica que cada profesional de enfermería debe fomentar el bienestar en pacientes ya sean sanos o enfermos. La segunda área es la de prevención de enfermedades, la cual tiene por objetivo conservar una salud óptima a través de la prevención de enfermedades. La tercera área planteada por Berman (2008) es la de recuperación de la salud, la cual se centra en el paciente enfermo y se extiende desde la detección temprana de la enfermedad hasta la ayuda al paciente durante el transcurso de recuperación. En último lugar, explica el área de cuidado de los enfermos terminales, la cual implica confortar y

atender a las personas de todas las edades que se encuentran en la fase terminal de una enfermedad.

### ***Relación Enfermero-Paciente.***

Uno de los primeros y mayores exponentes de la relación enfermero-paciente fue Travelbee (1969), quien caracteriza a este tipo de relación por las interacciones a través de las cuales la enfermera y paciente coinciden en una influencia recíproca y establecen comunicaciones ya sea verbal o no verbal.

Uno de los puntos importantes de la teoría de Travelbee (1969) radica en que la relación enfermero-paciente se logra luego de cuatro fases, siendo estas el camino para lograr un buen rapport. Las fases son: el encuentro original, la emergencia de identidades, la empatía y la simpatía.

Cortés (2011) refiere que los requerimientos para poder formar a un profesional para conseguir una correcta relación terapéutica son: autoconocimiento, empatía, respeto, observación, escucha activa y conciencia de las propias habilidades.

En esta misma idea, Cortes (2011) explica que la base esencial de la relación terapéutica no es otra cosa que trabajo en equipo entre paciente y enfermera, y el reconocimiento de objetivos entre ambos. Si la interacción entre el profesional y paciente no resulta óptima, se encontrarán más problemas y menos resultados. Para este autor la relación terapéutica posee un gran potencial de curación, el cual no ha sido explotado conscientemente por el personal enfermero.

Así mismo Cortes (2011), expresa que al establecer esta relación resulta indudable que el profesional ayuda al paciente, pero lo que se desconoce es que el profesional también obtiene algo a cambio tanto en el ámbito profesional como personal, por ejemplo, favorece el crecimiento tanto personal como laboral. Esta

relación de ayuda mutua va más allá de un intento por brindar apoyo, el cual puede ir desde una palabra de aliento, un apretón de manos, simplemente una palmada en la espalda hacen de este tipo de relación en una dimensión del cuidado.

## **Empatía**

En relación a la empatía, Moya-Albiol (2010) explica que dicho concepto ha tenido una larga trayectoria, destacada por la discordia y la discrepancia. La empatía, durante años ha sido estudiada por una gran variedad de disciplinas tales como la psicología, la filosofía, la teología y la etología, y la neurociencia. No obstante, aun continua existiendo una falta de aquiescencia en relación a la naturaleza del concepto.

Etimológicamente hablando y según explica Carrillo (2009) la palabra empatía procede de su raíz griega *epathón*, lo que significa sentir-dentro.

Una de las primeas personas en hablar de este término fue Titchener (1909) quien realizó la traducción del inglés (*empathy*) al alemán (*einfühlung*), lo cual significa sentir adentrándose en el otro, compenetrarse.

Carrillo (2009) respecto a su uso, expresó que éste constructo adquirió connotaciones estéticas y artísticas durante el Romanticismo alemán a fines del siglo XIX. De acuerdo con Wispé (1987), en el campo de la psicología se suele atribuir a Theodore Lipps la primera conceptualización de este constructo, pero según dicho autor, resulta más apropiado señalar que él fue quien tomó el concepto de la estética, lo organizó e introdujo en el campo de la psicología.

Cuando Theodore Lipps (1903) estableció el concepto de empatía destacó también la importancia de la imitación interior de las acciones de los demás. Los individuos empáticos, en comparación con los no empáticos, manifiestan una mayor

imitación no consciente de las posturas, formas y expresiones faciales de otros. Esta representación de la acción de los otros modula y estructura los contenidos emocionales de la empatía.

### ***Distintas Conceptualizaciones de Empatía.***

Tal como explican Fernández- Pinto et al. (2008) desde hace tiempo se ha investigado la capacidad humana para empatizar, lo que también trajo consigo diversas confrontaciones teóricas. Estos autores explican que el problema primordial de su estudio radica en que se trata de un constructo muy amplio, que engloba diferentes componentes. Aunque existe un cierto acuerdo acerca de los correlatos conductuales de la empatía, no existe un total acuerdo sobre su definición. Chlopan, McCain, Carbonell y Hagen (1985) explican que la principal discusión reside sobre si la empatía consiste en “ponerse mentalmente en el lugar del otro”, o si por el contrario hace alusión a “sentir la emoción de forma vicaria”. Esta polarización entre empatía cognitiva por un lado, y afectiva por el otro, ha conducido a la exposición de diferentes medidas.

Retomando a Lipps (1903), quién entiende a la empatía como un instinto innato, explicó que la percepción de una emoción en otro, por medio de su géstica, activa directamente esa misma emoción en quien la percibe, sin necesidad de intervención de funciones cognitivas similares al de la toma de perspectiva. Esta primer descripción fundó una base para la constitución de dos vertientes teóricas: por un lado, quienes compartían la idea de Lipps de la percepción directa, y por otro la de quienes dieron mayor relevancia a los aspectos cognitivos, posicionando a la empatía como un sinónimo de la toma de perspectiva y restringiéndola a aquellos individuos que poseen teoría de la mente.

Tal como lo explican Rameson y Liebermanb (2009) ambas corrientes teóricas encontraron fundamento empírico en los modernos aportes de la neurociencia. Las

neuronas espejo, por su parte, fundaron las bases de las teorías que focalizan en la percepción automática de las emociones. En esta corriente se ubica el modelo de Percepción/ Acción. Por otra parte, las teorías que acentúan en los aspectos cognitivos, han encontrado sustento empírico en las investigaciones que muestran la activación temporal y medial de las regiones prefrontales durante la realización de tareas que implican lectura de mente.

En referencia al componente afectivo de la empatía, se sitúa Stotland (1969) quién considera a ésta como la reacción emocional de un observador que advierte que otra persona está experimentando o va a experimentar una emoción. Por su parte, Hoffman (1987) define la empatía como una respuesta afectiva más apropiada a la situación de otra persona que a la propia. También, en referencia a la empatía afectiva, Mehrabian y Epstein (1972) la entienden como una respuesta emocional que se experimenta ante las experiencias emocionales ajenas, es decir, sentir lo que la otra persona siente. En relación a esta temática, Wispe (1978), reflexionó sobre la importancia de los estados emocionales positivos como un aspecto a tener en cuenta en el concepto de empatía.

Por su parte, se encuentra la propuesta de Batson (1991), quien plantea una perspectiva situacional. Entiende a la empatía como una emoción vicaria congruente con el estado emocional del otro, es decir, como sentimientos de interés y compasión orientados hacia la otra persona, los cuales resultan de tener conciencia del sufrimiento de ésta. En otras palabras, comprende a la empatía como una emoción que se lleva a cabo ante la presencia de estímulos situacionales concretos.

Continuando con la empatía afectiva, Preston y De Waal (2002) explican a la empatía dividida en dos niveles, por un lado la explicación de sus bases últimas, y por el otro, la de sus bases próximas. Las bases últimas hacen referencia al desarrollo

filogenético de la empatía. Éstas, prestan interés al vínculo emocional innato que caracteriza a los animales que viven en grupo y que en su expresión básica se presenta como contagio emocional. Este último, se define a partir de la total identificación con el otro, o confusión entre el self y los otros, que lleva a compartir la emoción del otro en un mismo nivel de intensidad. Este proceso, en los seres humanos, podría considerarse el primer nivel de respuesta empática, debido a que es la respuesta más básica y es anterior en el desarrollo a cualquier otra. En el otro nivel, Preston y De Waal (2002) explican las bases próximas de la empatía y refieren a su desarrollo en la ontogenia. Estos autores dan explicación de este nivel en la descripción del mecanismo neurobiológico de base: el Modelo de Percepción/Acción.

El modelo de Percepción/Acción según Rameson & Lieberman (2009) se nutre en la noción de representaciones compartidas, de acuerdo con el cual el observador experimenta la emoción del observado por compartir con él las representaciones mentales sobre un determinado comportamiento, situación o estado. Siguiendo esta misma idea, Preston y De Waal (2002) explican que la apreciación del comportamiento de otro sujeto activa las representaciones del observador sobre ese mismo comportamiento, lo cual arroja respuestas autonómicas y somáticas que crean una experiencia emocional en el observador que coincide con la del observado.

Por otro lado, otra de las corrientes teóricas sobre la empatía es la que alude a las funciones cognitivas superiores. López, Filippetti y Richaud (2014) explican que en las investigaciones que profundizan sobre los aspectos más cognitivos de la empatía, suelen aparecer temáticas tales como teoría de la mente, mentalización y toma de perspectiva. Según Premack y Woodruff (1978), la teoría de la mente refiere a la atribución de estados mentales a sí mismo y a otros. Por su parte, Frith y Frith (2006) señalan a la mentalización como el proceso por el cual se realizan inferencias respecto de los

estados mentales propios o ajenos, es decir, al proceso metacognitivo de pensar acerca de los contenidos de la mente de otra persona. Como explican estos autores, la mentalización se realiza de modo automático cuando, por ejemplo, nos encontramos frente a otro a quien consideramos agente, utilizando una serie de claves de diferentes modalidades. Se atiende al rostro, a la dirección de la mirada, a los movimientos corporales, ritmo de la voz, a la entonación, etc. Por su parte Wimmer, Hogrefe y Perner (1988) expresan que un aspecto esencial de la mentalización exitosa es la toma de perspectiva, es decir, la capacidad de reflexionar sobre una situación desde diferentes puntos de vista. Una correcta atribución de creencias se basa en el reconocimiento de que el conocimiento está fundado en la experiencia y, por lo tanto, un individuo que no ha tenido nuestras mismas experiencias podría no saber lo mismo que nosotros.

Como explican, López, Filippetti y Richaud (2014) esto podría pensarse también en otros estados mentales, como por ejemplo los deseos y las emociones: una persona que ha tenido experiencias diferentes a nosotros puede sentirse de modo diferente en una misma situación, o puede desear otras cosas en la misma circunstancia.

En un intento por generar una definición integradora de la empatía, contemplando tanto sus componentes cognitivos como los afectivos, se encuentra Davis (1980) quien establece una definición multidimensional de la empatía. Esta descripción integradora establece a la empatía como un constructo multidimensional que contiene cuatro componentes diferentes aunque relacionados entre sí. Por un lado, dentro de la dimensión cognitiva diferencia: fantasía, que hace alusión a la tendencia a identificarse con personajes de ficción; y, por otro lado, adopción de perspectivas, que se refiere a la capacidad de representar en uno mismo los pensamientos y motivos del otro. En relación a la dimensión afectiva, Davis (1980) plantea dos escalas que la engloban:

angustia empática, denominada como la tendencia a experimentar sentimientos de compasión y preocupación por el otro; y aflicción personal, que apunta a la ansiedad que se experimenta al ser testigo de un suceso desagradable para otro.

En 1996, Davis propuso el modelo organizacional con el fin de desarrollar los antecedentes, procesos y consecuentes de la empatía. Según este autor, dichos antecedentes realizan tres tipos de procesos: de bajo, medio y alto coste cognitivo. Tales procesos, en su relación con los antecedentes, pueden elaborar 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. En contraposición a lo anteriormente expuesto, Davis (1996) critica a su propio modelo argumentando que constituye sólo relaciones unidireccionales entre los elementos. Asimismo, determina que no tiene en cuenta las características de la persona hacia quién se muestra la empatía.

Es por esto que, una de las definiciones mas consensuadas sobre empatía en la actualidad, propuesta también por Davis (1996) es la que se refiere a la empatía un conjunto de constructos que implican los procesos así como ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas.

Otro análisis integrador es el de Decety y Jackson (2004), quienes, al igual que Davis (1980) desarrollaron un modelo constituido tanto por el componente afectivo como por el componente cognitivo de la empatía. De acuerdo con estos autores, aunque el reconocimiento de emociones básicas sea principalmente un proceso directo y automático, el reconocimiento de emociones más complejas, como las llamadas emociones de autoconciencia, posiblemente requiera de un procesamiento cognitivo. Si bien, como explican Preston & de Waal (2002), las teorías de la empatía basadas en el contagio emocional tienen la virtud de reflejar la continuidad de su desarrollo entre

especies, para Decety y Jackson (2004) la empatía humana se diferencia de la observada en otras especies por procesos como la toma de perspectiva y la autoconciencia que facilitan la comprensión de emociones y situaciones más complejas. Continuando con las ideas de Decety y Jackson (2004), la empatía humana, a diferencia de la observada en otras especies en general e incluso en otros primates, implica teoría de la mente y mentalización, es decir, la capacidad de predecir la conducta de otros por medio de la atribución de estados mentales independientes. Mientras que reflejar la emoción de otro es un proceso básico que puede ocurrir sin intervención de la conciencia, los procesos que caracterizan a la empatía humana, como la toma de perspectiva y la autorregulación, requieren de un procesamiento controlado.

### ***Diferencias de Género.***

En relación a las diferencias de género en cuanto a la empatía, nos encontramos con Hoffman (1977) quién evaluó la misma separando las medidas de empatía cognitiva y afectiva. Halló una tendencia en las mujeres a puntuar más alto, en comparación a los hombres en empatía afectiva pero no resultó así en la empatía cognitiva. Por su parte, Eisenberg y Lennon (1983) analizaron las diferencias de género en la dimensión cognitiva de adopción de perspectiva afectiva. Se obtuvieron iguales resultados que el estudio de Hoffman (1977). La explicación dada por los autores Eisenberg y Lennon (1983) indica una descripción autorepresentacional. Esto se fundamenta en los estereotipos de rol de género, según el cual en cuestionarios disposicionales que evalúan la tendencia a experimentar la empatía emocional, las mujeres se inclinan a presentarse como más empáticas dado que es lo que se espera de ellas; mientras, por su parte, los hombres hacen lo contrario. En este sentido, Davis (1980), utilizando su Índice de Reactividad Interpersonal, halló resultados congruentes con la hipótesis expuesta: en las escalas emocionales, las mujeres puntuaron más alto que los hombres, pero no ocurrió lo mismo en las escalas cognitivas.

### ***Empatía en Médicos y Enfermeros.***

En relación a la empatía en la práctica de la salud, Hojat et al. (2002) explica algunos atributos asociados a ella, entre los cuales se encuentran el comportamiento prosocial, actitudes positivas hacia las personas mayores, respeto, el razonamiento moral, la satisfacción del paciente y de los profesionales y por último, la relación terapéutica.

Por su parte, Borrell (2011) entiende a la empatía en la asistencia sanitaria no sólo desde la propia experiencia, sino como una predisposición a intentar comprender, abierta a la queja y la demanda, desde la perspectiva del paciente. Entender esta limitación intelectual forma parte intrínseca de la empatía, ya que de esta forma se logra estar permanentemente abiertos al paciente, y poder entenderlo como una realidad que nunca acabamos de comprender.

Desde la profesión enfermera Ayuso y Tejedor (2015) entienden a la empatía como percibir en profundidad el significado particular que cada enfermo tiene de su enfermedad, cómo la entiende, la siente o incluso el proceso de aceptación de la misma. El profesional enfermero debe tener entre sus habilidades la de percibir los sentimientos del paciente, ponerse en su lugar, para comprender en profundidad su situación.

Ayuso y Tejedor (2015) también explican que para mantener una actitud empática, el profesional debe tener la habilidad de identificarse con la situación emocional del paciente, así como también la habilidad de liberarse de esta identificación y restablecer la distancia emotiva. Este equilibrio resulta fundamental para no caer en el síndrome de burnout en el desempeño de la profesión y para no trabajar desde una excesiva distancia o frialdad con el enfermo.

Por su parte, en referencia a los médicos, Santana Mondragón (2018) describe a la empatía como la que fortalece la actitud de ellos, la que alivia los cansancios, la que

estimula al esfuerzo continuo para la superación y la actualización constante, la que ayuda a superar los escapes depresivos.

Tal como expone Ruiz González (2019) tanto para el paciente como para el médico, la empatía ayuda a optimizar aspectos de la práctica del cuidado de la salud y la satisfacción del paciente. Así mismo, manifiesta que la empatía es un elemento primordial del profesionalismo, resaltando su importancia como base para las relaciones positivas entre los pacientes y los médicos. Esto permite que el personal de salud despliegue ventajas para una mejor atención, dado que fortalece la satisfacción del paciente, aumenta la complacencia, incrementa la habilidad del médico en el diagnóstico como en el tratamiento y disminuye el riesgo de juicio por mala práctica.

Por su parte, Gamboa & Yabar (2007) en sus estudios en profesionales de la salud, hallaron que aquellos médicos cuya especialidad involucraba un vínculo con el paciente, se obtenían mayores puntajes de empatía, en comparación con aquellos dedicados a trabajar con tecnologías, tales como radiólogos, anestesistas, neurocirujanos y cirujanos.

Winefield (2000), refiere a la importancia que tiene la empatía no solo en la práctica médica, sino también a lo largo de los años de formación de los profesionales de la salud.

Por otro lado, los creadores de instrumento TECA, López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad García (2008), el mismo que ha sido utilizado en esta investigación, exponen que resulta fundamental que esta población logre puntuaciones elevadas en las escalas relacionadas con la empatía, tales como adopción de perspectivas y comprensión emocional. Indican que en el tipo de trabajo llevado a cabo por esta población resulta esencial comprender las necesidades del paciente, para lograr ofrecer una atención adecuada y de calidad en relación al servicio demandado.

A su vez, López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad García (2008) explican que obtener puntuaciones elevadas en las escalas afectivas (estrés empático y alegría empática), no resultaría tan positivo, ya que daría lugar a una implicación excesiva en los problemas y circunstancias de los pacientes, lo que comprometería la objetividad de los profesionales, así como también de interferir negativamente en el ajuste emocional de éste, y por tanto, en su salud psicológica.

## **Regulación Emocional**

### ***Distintas Conceptualizaciones de Regulación Emocional***

Es de vital importancia, a la hora de desarrollar la regulación de emociones, iniciar explicando primeramente qué son las emociones, por eso, y tal como explica Alzina (2003), la emoción es un complejo estado del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones surgen como respuesta a un suceso externo o interno. También, Alzina (2003) sostiene que las emociones se realizan de forma automática, es decir, de manera inconsciente.

Alzina (2003) desarrolla tres componentes en una emoción. Por un lado, componente neurofisiológico, el cual se manifiesta en respuestas tales como sudoración, taquicardia, respiración, etc. Este tipo de respuesta se caracteriza por ser de tipo involuntaria, por lo que el sujeto que la experimenta no posee el control de las mismas. Otro de los componentes de la emoción es el comportamiento, dado que por medio de éste se puede inferir que tipo de emociones experimenta un individuo. Este tipo de componente se puede intentar disimular. Un ejemplo de este último son las expresiones faciales, el tono de voz, el lenguaje no verbal, etc. Por último, Alzina (2003) explica el componente cognitivo de las emociones, el cual denomina sentimientos.

Para Gross (1999), las emociones adaptan el estilo cognitivo a las demandas situacionales, resultan facilitadoras en la toma de decisiones y también preparan al individuo para rápidas respuestas motoras. Además, explicó que éstas cumplen también funciones sociales elementales. Sin embargo, para lograr hacer uso de todos los recursos que ofrecen las emociones, se requiere disponer de determinadas habilidades emocionales. De lo contrario, las emociones pueden implicar un desgaste enorme en el funcionamiento del individuo. A modo de ejemplo, Gross (1999) expresa que los estados de ánimo, ocasionalmente, persisten de forma completamente ajena a las circunstancias vitales objetivas convirtiéndose en disfuncionales y desadaptativos. De esta forma, y como desarrollan Erber, Wegner y Therriault (1996) en incontables circunstancias se debe regular los estados emocionales, para lograr la adaptación en el entorno social. También, como explica Larsen (2000) en otras ocasiones, simplemente se regulan determinadas emociones porque resultan desagradables o bien, como manifiestan Heimpel, Wood, Marshall y Brown (2002) porque no coinciden con la visión que se tiene de uno mismo.

En lo respecta a regular emocionalmente, Thompson (1994) desarrolla que este proceso involucra una gran variedad de procesos relacionados entre sí, con el objetivo de una adaptación que involucre el menor costo personal posible. Tal como explica este autor, una adecuada regulación emocional puede implicar cualquiera de los siguientes procesos, ya sea de forma individual o complementaria. Entre los procesos implicados se ubican en primer lugar, el dominio de los procesos subyacentes de activación a través de la maduración de los sistemas de regulación neurofisiológica. También se incluyen el foco de atención y la entrada de la información, los cuales afectan la condición emocional del individuo. Se sigue con las interpretaciones de la información de carácter significativas emocionalmente. Otro de los procesos implicados es el control de señales internas de activación emocional. También lo son los accesos a las fuentes de

afrentamiento, tanto interpersonales como materiales. Otro, es el control y la predicción de los requerimientos emocionales de escenarios conocidos. Por último, se encuentra la elección de condiciones adaptativas para la expresión de emociones.

Continuando con esta idea, Thompson (1994) establece, a partir de su definición, algunos aspectos de la regulación emocional. Por un lado, indica que ésta puede incluir la conservación y el realce de la activación emocional, así como también su inhibición o supresión. Por otro lado, la regulación emocional comprende estrategias adquiridas de automanejo emocional, y además una diversidad de influencias externas. Este autor también explica que si bien puede afectar emociones discretas, por lo general afecta las dimensiones de intensidad y de temporalidad de la emoción. De la misma manera, sostiene que debe ser considerada de forma funcional, en términos de los reguladores para cada situación en particular. Otro de los grandes aportes es el de Gross (1999), quien especifica que la regulación emocional se basa primordialmente en cómo las personas influyen sus propias emociones, y en menor medida, cómo influyen en las emociones de los otros. También plantea la utilidad al reflexionar sobre la existencia de un continuo de procesos que varían en el grado en que son controlados y conscientes en contraste con los automáticos e inconscientes.

Tal y como sostiene Gross (1999) la regulación emocional es una preparación del organismo para una apropiada y rápida respuesta motora frente a estímulos que produce ciertas respuestas emocionales y fisiológicas, comenzando, evitando, inhibiendo, conservando o modulando la aparición, forma, intensidad o duración de estados emocionales internos.

Así mismo, en el año 2000, Mayer, Caruso y Salovey plantean que la regulación emocional se define como la habilidad para establecer un proceso premeditado, el cual asume un esfuerzo para atender y percibir los sentimientos de forma adecuada y precisa.

Este proceso también requiere la disposición para asimilarlos y comprenderlos de forma adecuada y comprende la capacidad para modificar y regular, voluntariamente, el estado de ánimo propio o ajeno.

Páez et al. (2006) entienden a la regulación emocional como un proceso dinámico, el cual se podría perfeccionar por medio de instancias educativas, así como cambiar y modificarse con el paso del tiempo.

De esta manera, Ribero-Marulanda y Gutiérrez (2013) sostienen, desde la perspectiva cognitiva conductual, que la regulación emocional involucra una considerable cantidad de habilidades que posee el individuo para dar una respuesta apropiada en un contexto cambiante. Tanto sus recursos personales como sus posibilidades de control del ambiente, exceden de lo personal, por lo que la regulación estará dirigida a controlar la respuesta emocional, enfatizando en la minimización de molestia personal y la adecuada respuesta ante los demás. Macías (2002), entre estas habilidades, destaca a la inteligencia intrapersonal y la describe como una habilidad para la regulación emocional, que da cuenta de las herramientas que tiene cada individuo para comprender su mundo interno, es decir, sus emociones. Por otra parte, se encuentra la inteligencia interpersonal, que comprende la capacidad de registrar las emociones y sentimientos que se derivan entre las personas y sus grupos, entendiendo de igual condición las emociones de los demás.

En el aspecto biológico de la regulación emocional, se destacan Kindead, Garrido y Uribe (2011), quienes explican que se trata de un proceso dirigido al dominio de las respuestas de activación a partir de estructuras biológicas maduras. Para esto, toman en consideración el foco de atención y la entrada de la información que afecta la condición emocional del individuo, así como también las interpretaciones de la información significativa emocionalmente, el empleo de señales internas de activación

emocional, el ingreso a las fuentes de afrontamiento y la selección de condiciones adaptativas para la expresión de emociones.

En este sentido, Koole (2009) explica que, en general, las personas evalúan sus emociones y acuden al uso de diferentes estrategias con la intención de reducir, conservar o ejercer algún tipo de dominio sobre las mismas con el fin de alcanzar las metas planteadas. Dichas estrategias no solo permiten modular la intensidad de la respuesta emocional, sino que también pueden producir cambios en el tipo de emoción experimentada.

Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001) con respecto a los procesos deficientes de regulación emocional, ya sea por el tipo de estrategia utilizada o bien como producto de una diferenciación afectiva escasamente desarrollada, pueden surgir procesos psicopatológicos. Según los autores mencionados, estas estrategias han manifestado ser de gran importancia el momento de explicar el desarrollo de dificultades emocionales, tanto en adultos como en adolescentes.

Otro aspecto que refuerza la importancia de conceptualizar las estrategias cognitivas de regulación emocional de manera definida y diferenciable es la consideración del estímulo emocional. Tal como se señala en el modelo procesual de la emoción (Gross & Thompson, 2007), las emociones se originan a partir de un estímulo emocional. De esta manera, la utilidad de la estrategia dependerá en parte del estímulo emocional involucrado. En consecuencia, resultaría injustificado suponer que una misma estrategia resultará igualmente efectiva frente a diferentes estímulos emocionales.

En referencia al instrumento utilizado en esta tesis para la evaluación de la regulación emocional, (CERQ), se encuentran los aportes de Domínguez Sánchez et al. (2011) quienes mediante un análisis factorial confirmatorio determinaron la división de

estrategias de regulación emocional clasificándolas en estrategias adaptativas (incluye los factores de Poner en Perspectiva, Aceptación, Reinterpretación Positiva, Focalización Positiva y Refocalización en los Planes) y estrategias desadaptativas (incluye los factores de Rumiación, Catastrofización, Auto-culparse y Culpar a Otros).

Garnefski y Kraaij (2007/2009) desarrollan que una de las formas más eficaces de regular las emociones es a través del abordaje cognitivo de la información emocional proveniente del ambiente, ya que de esta forma, cada individuo mantiene el control sobre sus emociones durante y posteriormente de una situación estresante. De esta forma se podrán abordar haciendo uso de diferentes estrategias, entre ellas se encuentran la rumiación, que significa pensar excesivamente sobre los sentimientos y pensamientos asociados al evento ocurrido; otra de ellas es la catastrofización, que son pensamientos con tendencia a sobredimensionar la experiencia; por último se encuentran las estrategias de autoculparse y culpar a otros. Estas cuatro estrategias se vinculan la psicopatología, como por ejemplo ansiedad y depresión, entre otras. Así mismo, estos autores refieren otro grupo de estrategias relacionadas directamente con conductas funcionales. Entre ellas se encuentran las estrategias de poner en perspectiva, que se trata de la comparación con otros acontecimientos con el objetivo de reducir el impacto emocional. Otra de las estrategias pertenecientes al último grupo es la de aceptación; también se encuentra focalización positiva, la cual indica generar pensamientos agradables; reinterpretación positiva, es otra perteneciente a este grupo y por último focalización en los planes, el cual hace referencia a reflexionar que se puede hacer para resolver un problema.

### ***Regulación Emocional en Médicos***

En referencia a los médicos, Decety, Yang y Cheng (2010) plantean que las estrategias de regulación emocional resultan de vital importancia en el manejo de las

emociones, aunque se trate de una profesión en la cual se favorezca la inhibición del sufrimiento experimentado al percibir el dolor ajeno de forma más rápida y con una disminuida activación emocional en comparación con el resto de la población. De esta forma, Desauw (2009) indica que los médicos registran mayores niveles de emociones negativas al momento de comunicar malas noticias, haciendo uso de estrategias de supresión (esta estrategia implica la inhibición de las emociones en curso). En este sentido, las estrategias de regulación relacionadas al trabajo emocional de los profesionales sanitarios resultan fundamentales para el manejo de las emociones orientada a resultados requeridos. Por su parte Rodríguez- Carvajal (2007) vinculan a la supresión emocional y la actuación superficial (esta estrategia consiste en cambiar los aspectos de la emoción visibles a los demás, actuando de la manera esperable) con el agotamiento emocional del burnout, síntomas físicos y un mayor esfuerzo psicológico en esta población. Sin embargo, tal y como explican Martínez-Iñigo et al. (2007) estos efectos negativos asociados al burnout no se observan en la actuación en profundidad (es decir, tratar de influenciar lo que se siente con el objetivo de mostrar la emoción esperable) que, contradictoriamente, no se relaciona con el agotamiento emocional, sino que encuentra relación con la satisfacción con los pacientes. Del mismo modo, estos autores sostienen que la regulación automática en el contexto del trabajo emocional ayuda a evitar el agotamiento emocional y, además, no requiere un esfuerzo o coste psicológico. Martínez-Iñigo et al. (2007) explican que frente a situaciones donde existe un requerimiento de expresión de emociones positivas, la regulación automática de emociones, impulsa el bienestar del personal sanitario mientras que la actuación superficial tiende a reducir dicho bienestar.

### ***Regulación Emocional en Enfermeros.***

En el caso de los enfermeros, Diefendorff et al. (2011) percibieron relaciones más complejas entre el bienestar y las estrategias de regulación en su labor. Estos

autores evidenciaron que los niveles de burnout se relacionan con altas expectativas compartidas en el lugar de trabajo sobre la expresión de emociones, pero sólo mediante la percepción individual de dichas normas, la cual, depende de las estrategias de actuación superficial y profunda . De esta forma, la actuación en profundidad también se relaciona con efectos negativos en el bienestar, a diferencia de los profesionales médicos. Por otro lado, con referencia a la satisfacción laboral de las enfermeras, las reglas compartidas sobre la expresión de emociones influyen negativamente, mientras la percepción a nivel individual se encuentra mediada por las estrategias de regulación, relacionando de forma negativa la actuación superficial con la satisfacción laboral y la actuación en profundidad positivamente, en sintonía con los resultados obtenidos en población médica.

## 5. Objetivos.

### Objetivo General

Relacionar las dimensiones de la Regulación Emocional y las escalas de Empatía en médicos y enfermeros pertenecientes al área metropolitana de Buenos Aires en el año 2020.

### Objetivos Específicos

- Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas.
- Describir a médicos y enfermeros según las estrategias de regulación emocional evaluadas por el CERQ.
- Describir el nivel de la empatía en una muestra de médicos y enfermeros teniendo en cuenta las dimensiones del TECA.
- Correlacionar la empatía y la regulación emocional en la población estudiada.
- Comparar las puntuaciones entre las dimensiones de Regulación Emocional y las escalas de Empatía en médicos y enfermeros.
- Comparar las puntuaciones de regulación emocional y empatía según las características sociodemográficas de los sujetos participantes.

## 6. Hipótesis.

- H 1: Existe una relación significativa y positiva entre las dimensiones adaptativas de la Regulación Emocional (Poner en Perspectiva, Aceptación, Focalización en los Planes, Focalización Positiva, y Reinterpretación Positiva) y las escalas de la Empatía (Adopción de Perspectivas, Comprensión Emocional, Estrés Empático, Alegría Empática) en médicos y enfermeros, no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos.
- H 2: Existe una relación significativa y negativa entre las dimensiones desadaptativas de la Regulación Emocional (Rumiación, Catastrofismo, Autoculparse y Culpar a Otros) y las escalas de la Empatía (Adopción de Perspectivas, Comprensión Emocional, Estrés Empático y Alegría Empática) en médicos y enfermeros, no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos.
- H3: Los enfermeros puntúan más elevado en las escalas de Empatía que los médicos y viceversa.
- H4: Los médicos puntúan más elevado en las dimensiones de Regulación Emocional que los enfermeros y viceversa.

## 7. Metodología

### **Tipo de Diseño.**

Se utilizó un diseño no experimental con un enfoque cuantitativo descriptivo comparativo y correlacional de corte transversal. (Sampieri, Fernández-Collado y Baptista Lucio, 2006)

### **Población.**

La población se encuentra conformada por médicos y enfermeros del área metropolitana de la provincia de Buenos Aires. Se toma como criterio de inclusión poseer título acreditado por una institución educativa de médico o de enfermero.

### **Muestra.**

Se tomó un muestreo no probabilístico por cuotas con una estrategia de reclutamiento por bola de nieve.

Con las cuotas se buscó obtener dos sub-muestras comparables de enfermeros y de médicos. Finalmente quedó constituida por un total de 122 participantes de los cuales el 54,1% eran médicos y 45,9% restante enfermeros (ver Gráfico 2).

De la cuota de enfermeros el 91.1% corresponde al sexo femenino y el 8.9% al sexo masculino (ver Tabla 1). Con respecto a las edades, se componen por un rango entre 25 y 60 años, siendo la media de 40.61 años con un desvío de 10.66 (ver Tabla 2).

Para el grupo de médicos el 62.1% corresponde al sexo femenino y el 37.9% al sexo masculino (ver Tabla 1). Con respecto a las edades, se componen por un rango entre 24 y 60 años, siendo la media de 37.17 años con un desvío de 8.11. (Ver Tabla 2).

El muestreo por cuotas, tal y como lo explica Roales Riesgo (1988), se trata de un de muestreo no probabilístico en el cual, los investigadores conforman una muestra que involucra a individuos que representan a una población. La elección de la muestra depende exclusivamente de las cualidades seleccionadas por los investigadores, por lo que cada participante debe cumplir con los rasgos o cualidades solicitados. De esta forma, los investigadores pueden elegir los criterios según los cuales se llevarán a cabo la selección del subconjunto de la muestra con la finalidad de que ésta pueda ser efectiva en la recolección de datos y que los resultados puedan generalizar a toda la población.

En este trabajo, se eligió este tipo de muestreo con el fin de garantizar, por un lado, que la muestra incluya únicamente a médicos y enfermeros, y por el otro, para intentar formar cantidades similares de ambos subgrupos, para que de esta forma resulten comparables.

Continuando con la explicación de Roales Riesgo (1988), resulta conveniente utilizar muestreo por cuotas en situaciones en las que existen restricciones financieras o de tiempo para la investigación. Otra variable a tener en cuenta en este caso, el contexto de emergencia sanitaria a nivel mundial dado por la pandemia del virus COVID- 19. Esta investigación se realizó en este marco, lo que generó problemas de accesibilidad hacia la muestra, dado que el personal de salud no solo se reconoce como esencial, sino que también se encuentran en la primera línea de trabajo para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

El tamaño de la muestra, según Rodríguez Osuna (1986) para una población infinita o muy numerosa, con un intervalo de confianza del 95,5% (2 sigmas) y valores presumibles de p y de q en % ( $p + q = 100$ ) 45/55 es de 122 unidades de análisis.

### *Criterios de Inclusión*

Participaron de la presente investigación únicamente aquellos que posean título universitario de las carreras de licenciatura en enfermería o medicina.

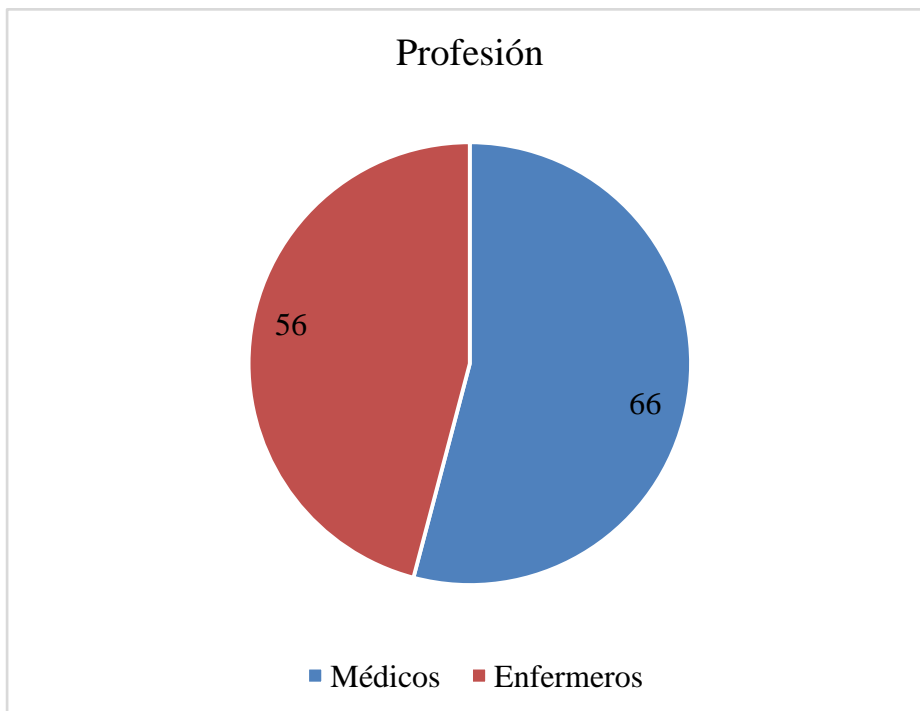
### *Criterios de Exclusión*

No se incluyeron aquellos casos en los que no ha sido firmado el consentimiento informado y aquellas personas que no se encontraban en condiciones psicológicas de completar los cuestionarios.

A continuación se plasman gráficos y tablas respecto de la información sociodemográfica obtenida sobre la muestra estudiada. Las mismas se presentan detallando por separado los resultados según cada profesión.

Tal y como se observa en el gráfico 1, la muestra se compone por 122 participantes, de los cuales 56 son enfermeros y 66 son médicos. Ver gráfico 1.

**Gráfico 1.** *Muestra según profesión (n=122)*



Por su parte, en lo que respecta al sexo se puede apreciar en la Tabla 1 la distribución en relación a cada profesión.

**Tabla 1.** *Muestra según sexo y profesión (n=122)*

<b>Sexo</b>	<b>Médicos N° / %</b>	<b>Enfermeros N° / %</b>
Mujeres	41 / 62,1%	51 / 91,1%
Hombres	25 / 37,9%	5 / 8,9%

En lo que respecta a la edad, en la Tabla 2 se observan las edades mínimas, máximas, medias y desvíos típicos, según cada profesión.

**Tabla 2.** *Muestra según edad (n=122)*

<b>Profesión</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Media</b>	<b>Desv.</b>
Médicos	24	60	37,17	8,11
Enfermeros	25	60	40,61	10,66

En relación al lugar de residencia, los resultados se expresan en la siguiente tabla. (Ver tabla 3).

**Tabla 3.** *Lugar de residencia según profesión (n=122)*

<b>Lugar de residencia</b>	<b>Médicos N° / %</b>	<b>Enfermeros N° / %</b>
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	42 / 63,6%	8 / 14,3%
Gran Buenos Aires	21 / 31,8%	32 / 57,1%
Otro	3 / 4,5%	16 / 28,6%

A continuación, en la Tabla 4, se detalla a la población en función del estado civil, discriminando según cada profesión.

**Tabla 4.** *Muestra según estado civil y profesión (n=122)*

<b>Estado civil</b>	<b>Médicos N° / %</b>	<b>Enfermeros N° / %</b>
Casado	18 / 27,3%	11 / 19,6%
En pareja	20 / 30,3%	17 / 30,4%
Separado	4 / 6,1%	7 / 12,5%
Soltero	24 / 36,4%	17 / 30,4%
Viudo	-	4 / 7,1%

## **Instrumentos.**

### ***Regulación Emocional***

Se utilizó El Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski & Kraaij, 2006) en su versión castellana, validado por Medrano, Moretti, Ortiz y Pereno (2013) en Córdoba, provincia de Argentina.

Se trata de un instrumento creado con el fin de investigar los procesos cognitivos que las personas tienden a utilizar luego de experimentar eventos negativos. Fue desarrollado para estudiar de forma independiente el afrontamiento cognitivo y otros componentes cognitivos de la regulación emocional de otras dimensiones de afrontamiento.

El CERQ es un cuestionario autoadministrado constituido por 36 ítems que se responden en una escala tipo Likert, en la que 1 es casi nunca y 5 es casi siempre. Los índices de consistencia interna y las evidencias de validez de criterio de la versión argentina son aceptables y semejantes a los producidos en estudios previos de otros países (Garnefski & Kraaij, 2007). Por su parte Medrano et al. (2013) señalan que los valores de alfa de Cronbach oscilaron entre .59 y .83, según los 9 factores en la escala original.

Este instrumento evalúa nueve estrategias de regulación cognitiva de las emociones, las cuales se detallan a continuación:

1. **Rumiación o Focalización en los Pensamientos** (ítems 3, 15, 18, 27). Se refiere a pensar de forma excesiva sobre los sentimientos y pensamientos vinculados al evento displacentero. Por ejemplo: “Estoy preocupado por lo que siento y pienso acerca de lo que me ha pasado”. Presenta una consistencia interna alta de ( $\alpha = .69$ ).

2. **Catastrofización** (ítems 8, 10, 22, 35). Involucra tener pensamientos excesivos que resaltan el terror experimentado. Por ejemplo: “Sigo pensando en lo terrible que es lo que me ha pasado”. En este caso, se mostró una consistencia interna alta ( $\alpha = .71$ )
3. **Autoculparse** (ítems 1, 17, 26, 33). Está referido a pensamientos que aplican la causa del evento negativo y la consecuente emoción displacentera a la propia persona. Por ejemplo: “Siento que yo soy el culpable de lo que pasó”. Evidenció una consistencia alta ( $\alpha = .75$ ).
4. **Culpar a Otros** (ítems 9, 21, 29, 36). Se refiere a pensamientos que atribuyen la causa del evento negativo a otras personas. Por ejemplo: “Pienso que otros son culpables de lo que me pasó”. Mostró una consistencia alta ( $\alpha = .71$ ).
5. **Poner en Perspectiva** (ítems 7, 11, 20, 34). Consta de disminuir y relativizar la gravedad del evento, comparándolo con otros eventos. Por ejemplo: “Pienso que podría haber sido mucho peor”. Exhibió una consistencia alta ( $\alpha = .69$ ).
6. **Aceptación** (ítems, 2, 16, 25, 32). Consiste en resignarse y tener pensamientos que acepten que el evento negativo ha ocurrido. Por ejemplo: “Pienso que tengo que aceptar lo que pasó”. Demostró una consistencia baja ( $\alpha = .42$ ).
7. **Focalización Positiva** (ítems 4, 14, 24, 28). Se trata de tener pensamientos agradables y alegres, en vez de pensar en el evento problemático. Por ejemplo: “Pienso en cosas más agradables que lo que me ha pasado”. Manifestó una consistencia alta ( $\alpha = .79$ ).
8. **Reinterpretación Positiva** (ítems 6, 12, 23, 31). Involucra pensamientos que otorgan un significado positivo al evento displacentero, facilitando así el crecimiento personal. Por ejemplo: “Pienso que puedo aprender algo de la situación”. Nivel de consistencia interna alta ( $\alpha = .77$ ).

9. **Focalización en los Planes** (ítems 5, 13, 19, 30). Se refiere a pensar en los pasos que deben llevarse a cabo para solucionar el problema. Por ejemplo, “Pienso qué cosas podría haber hecho mejor”. Presentó una consistencia interna moderada ( $\alpha = .60$ ).

### *Empatía*

En este caso se utilizó el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA, realizado por López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad García (2008). Este instrumento busca dar una apreciación de la capacidad empática desde una aproximación cognitiva y afectiva. Evalúa una dimensión global de empatía, lo que permite obtener una puntuación total de este constructo del evaluado y cuatro escalas específicas. A su vez, también ofrece puntajes diferenciados para cada escala. Se trata de un cuestionario del estilo autoinforme conformado por 33 ítems, cuya modalidad de respuesta es de tipo Likert que va desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo.

Tal y como expresan sus autores, López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad García (2008), este instrumento presenta una consistencia interna buena, siendo su alfa de Cronbach de 0.86.

Con respecto a la corrección, tanto la puntuación global como las de las escalas se contabilizan de forma porcentual, de 0 a 100% entendiendo que a mayor puntuación, mejor empatía. A excepción de la escala de estrés emocional en que la puntuación es inversa.

El TECA es una medida global de la empatía, pero a su vez cuenta con cuatro escalas que miden capacidades más específicas. Cada escala se encuentra conformada

por 8 ítems, a excepción de la escala Comprensión Emocional, la cual consta de 9 ítems.

Las mismas se detallan a continuación:

1. **Adopción de Perspectivas (AP)**. Hace referencia a la capacidad intelectual o imaginativa de ponerse uno mismo en el lugar de otra persona. Por ejemplo: “Intento comprender mejor a mis amigos mirando las situaciones desde su perspectiva”. Su consistencia interna es de ( $\alpha = 0.70$ ).
2. **Comprensión Emocional (CE)**. Apunta a la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las interacciones y las impresiones de los otros. Por ejemplo “Me doy cuenta cuando alguien intenta esconder sus verdaderos sentimientos”. Su consistencia interna es de ( $\alpha = 0.74$ ).
3. **Estrés Empático (EE)**. Es la capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona, es decir, sintonizar con ella emocionablemente. Por ejemplo: “No puedo evitar llorar con los testimonios de personas desconocidas”. Su consistencia interna es de ( $\alpha = 0.78$ ).
4. **Alegría Empática (AE)**. Se refiere a la capacidad de compartir las emociones positivas de otras personas. Por ejemplo: “Cuando a alguien le sucede algo bueno siento alegría”. Su consistencia interna es de ( $\alpha = 0.75$ ).

## Procedimiento

Los cuestionarios se administraron de manera individual, de forma voluntaria, con correspondiente previo consentimiento informado, y con el método de bola de nieve, utilizando el programa Google formularios. Una vez recolectados, se procedió a crear una base de datos donde se plasmaron los resultados obtenidos en las encuestas.

## Análisis de Datos

Para el análisis y procesamiento de datos se utilizó el programa informático estadístico SPSS versión 20.0 en español.

Se realizaron pruebas de normalidad a fin de conocer de qué manera se distribuyen las variables. Se considera normal cuando la significación es mayor a 0,05 ( $>0,05$ ) y anormal cuando ésta es menor a 0,05 ( $<0,05$ ). De acuerdo con la Tabla 5, se encontraron que todas tienen una distribución anormal, a excepción de las variables Poner en Perspectiva y Empatía Global (ver Tabla 2). Para las variables de distribución anormal, se utilizaron las pruebas estadísticas *U* de Mann-Whitney para la comparación de los diferentes grupos, y Rho de Spearman para correlacionar las variables. Con respecto a las variables de distribución normal se utilizaron las pruebas paramétricas Pearson para las correlaciones y prueba T para las comparaciones de grupo.

**Tabla 5.** Prueba de normalidad de las variables

<b>VARIABLES</b>	<b>Sig.</b>
Culpar a otros	,000
Autoculparse	,032
Aceptación	,000
Rumiación	,001
Catastrofización	,001

---

Poner en perspectiva	,200
Reinterpretación positiva	,000
Focalización en los planes	,000
Focalización positiva	,022
Adopción de perspectivas	,002
Comprensión emocional	,041
Estrés empático	,004
Alegría empática	,000
Empatía global	,085

---

## 8. Resultados

*Describir a médicos y enfermeros según las estrategias de regulación emocional evaluadas por el CERQ.*

*Describir el nivel de la empatía en una muestra de médicos y enfermeros teniendo en cuenta las escalas del TECA*

Se describieron las variables que conforman la Regulación Emocional y Empatía según médicos y enfermeros. Para ello, se analizaron las dimensiones y escalas pertenecientes al CERQ y al TECA. A continuación (ver Tabla 6) se detallan los resultados de cada dimensión y escala respectivamente.

**Tabla 6.** *Medias y desvíos según la profesión*

<b>Variables</b>	<b>Enfermeros</b>		<b>Médicos</b>	
	<b>M</b>	<b>D</b>	<b>M</b>	<b>D</b>
Culpar a Otros	7,75	2,94	8,36	3,14
Autoculparse	10,98	3,51	13,30	3,74
Aceptación	13,07	3,30	13,63	3,10
Rumiación	10,96	3,08	13,54	3,71
Catastrofismo	8,28	3,14	8,84	3,48
Poner en Perspectiva	14,51	3,44	13,39	4,01
Reinterpretación Positiva	16,67	2,85	15,53	3,52
Focalización en los Planes	16,32	2,77	17,09	3,16
Focalización Positiva	14,19	3,90	12,37	4,38
Adopción de Perspectivas	28,14	3,84	28,75	2,74
Comprensión Emocional	33,32	3,57	29,71	3,26
Estrés Empático	23,51	4,25	22,89	3,41
Alegría empática	30,08	3,46	30,21	2,44
Empatía Global	114,04	11,06	111,57	6,93

***Correlacionar la empatía y la regulación emocional en la población estudiada.***

A continuación, se establecieron las relaciones entre las dimensiones de la Regulación Emocional y las escalas de la Empatía, en función de la profesión de la muestra. Para esto, en la tabla 8 se observan las correlaciones de las 9 dimensiones de la Regulación Emocional y las 4 escalas de la Empatía, que si bien se analizaron todas, solo se interpretaron aquellas correlaciones cuyos resultados son significativos.

**Tabla 7.** *Correlación entre las dimensiones de la Regulación Emocional y las escalas de Empatía en médicos.*

*Médicos*

Variables	Comprensión emocional		Adopción de perspectivas		Alegría empática		Estrés empático		Empatía global	
	Rho	Sig.	Rho	Sig.	Rho	Sig.	Rho	Sig.	Rho	Sig.
CUL	,14	,239	,16	,192	,09	,461	,06	,624	,18	,147
ATCU	,12	,330	,22	,072	,13	,285	,14	,232	,27	,025
ACEP	-,05	,686	,13	,265	-,02	,870	-,02	,822	,05	,640
RUM	,00	,959	,06	,596	,23	,059	,09	,441	,14	,248
CATA	,10	,396	,20	,102	,15	,226	,32	,008	,36	,002
PERS	,08	,475	,06	,615	-,05	,659	-,19	,114	-,02	,854
REIN	-,04	,732	-,06	,624	,04	,723	-,30	,013	-,15	,230
FOCPL	,03	,796	,13	,288	-,01	,930	-,29	,016	-,03	,780
FOCPO	,00	,995	,10	,421	,03	,780	-,08	,496	,05	,680

NOTA: CUL= Culpar a Otros; ATCU= Autoculparse; ACEP= Aceptación; RUM= Rumiación; CATA= Catastrofización; PERS= Poner en Perspectiva; REIN= Reinterpretación Positiva; FOCPL= Focalización en los Planes; FOCPO= Focalización Positiva.

Tal y como se puede observar en la Tabla 8, en la escala de Estrés Empático, se encontraron relaciones positivas con la dimensión Catastrofismo, mientras que en las dimensiones Reinterpretación Positiva y Focalización en los Planes se observaron relaciones significativas y de forma inversa.

En referencia a la relación positiva entre Estrés Empático y la dimensión Catastrofización, esto sugiere que en el área de la medicina, podría entenderse que a medida que se intenta compartir emociones negativas con el paciente, lo hacen por medio de la estrategia de catastrofización, la cual interviene manteniendo pensamientos excesivos sobre algún evento displacentero. Por tanto, se podría inferir que una de las estrategias que avalan la posibilidad de empatizar entendiendo las emociones de otros, es gracias a la considerable presencia de pensamientos displacenteros.

Así mismo, en la profesión médica se encontraron relaciones inversas entre Estrés Empático y dos dimensiones de la Regulación Emocional. Una de ellas es la dimensión Focalización en los Planes, la cual consiste en pensar los pasos a seguir para resolver un problema. Dada la relación inversa, se podría pensar que los médicos, en este caso, al momento de planificar una solución para el problema, podrían reducir la capacidad de compartir las emociones negativas con el paciente. De la misma forma, a medida que aumente la intención de empatizar mediante la sintonía de emociones negativas, se disminuirán los pensamientos en relación a la planificación de la solución del problema.

De la misma forma ocurre con la dimensión Reinterpretación Positiva. Considerando que se trata de una correlación inversa, se podría pensar que a medida que se intenta resignificar el evento displacentero, se reduce la posibilidad de empatizar con las emociones negativas del paciente.

Por último en el caso de los médicos, se ha encontrado que presentan una relación positiva entre la escala Empatía Global y las dimensiones de la Regulación Emocional Autoculparse y Catastrofismo. Entendiendo que Autoculparse, como lo indica la palabra, se trata de atribuirse las causas y consecuencias de un evento displacentero, y por otro lado la Empatía Global, la cual consta tanto de su parte

afectiva como la cognitiva. Al resultar vinculadas positivamente se podría pensar que mientras haya empatía en un médico, también se encontrarán presentes en él, las dimensiones de Catastrofismo y Autoculparse. Estas últimas dimensiones, fueron clasificadas como desadaptativas o conductas disfuncionales por Domínguez Sánchez et al. (2011)

En el caso de los enfermeros, a continuación en la Tabla 9 se plasmaran los resultados de las correlaciones entre las dimensiones de la Regulación Emocional y las escalas de la Empatía. Del mismo modo que se hizo con los médicos, se analizaron todas pero se interpretan sólo aquellas cuyos resultados son significativos.

**Tabla 8.** *Correlación entre las dimensiones de la Regulación Emocional y las escalas de Empatía en enfermeros.*

*Enfermeros*

Variables	Comprensión emocional		Adopción de perspectivas		Alegría empática		Estrés empático		Empatía global	
	Rho	Sig.	Rho	Sig.	Rho	Sig.	Rho	Sig.	Rho	Sig.
CUL	,11	,382	,03	,808	-,02	,877	,27	,042	,20	,136
ATCU	,09	,490	-,23	,080	-,14	,293	-,15	,252	-,14	,294
ACEP	,00	,949	-,22	,103	,03	,786	-,22	,090	-,11	,386
RUM	,08	,554	-,06	,638	,13	,329	,04	,735	,08	,544
CATA	,35	,008	,02	,866	,14	,294	,33	,012	,31	,019
PERS	-,06	,642	-,05	,663	-,01	,925	-,16	,221	-,08	,530
REIN	-,01	,896	,02	,849	,14	,283	-,08	,515	,01	,939
FOCPL	-,03	,773	-,03	,828	,12	,373	-,15	,271	-,07	,567
FOCPO	,77	,296	,11	,389	,22	,104	,01	,913	,16	,239

En referencia a los enfermeros, se hallaron relaciones significativas y positivas entre la escala de Comprensión Emocional y la dimensión Catastrofismo.

De la misma forma, la escala Estrés Empático también se relaciona significativa y positivamente con la dimensión Catastrofismo.

Por último, en enfermeros, se hallaron relaciones significativas en la escala de Empatía Global con la dimensión Catastrofismo.

Con respecto a los enfermeros, se encontraron relaciones positivas entre algunas escalas de la empatía y una única dimensión de la Regulación Emocional: Catastrofismo. Entre las escalas de la empatía relacionadas con Catastrofismo se encuentra la de Comprensión Emocional, la cual se refiere a la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las interacciones y las impresiones de los otros. Por su parte, la escala Estrés Empático, la cual hace referencia a la capacidad de compartir emociones negativas con otras personas. Por último, la escala de Empatía Global, la cual refiere a la concepción de empatía en su totalidad, contemplando aspectos tanto cognitivos como afectivos. Esta relación positiva permite reflexionar sobre la posibilidad de coexistencia de estas escalas. Es decir, que al tiempo en que se encuentra presente la capacidad de reconocer y comprender estados emocionales ajenos, también se presentan pensamientos excesivos que resaltan el evento displacentero. De la misma forma ocurre con la capacidad de compartir emociones negativas con otras personas. A medida que se intenta sintonizar emocionalmente, también se reflexiona exageradamente sobre el evento displacentero. Y de la misma forma ocurre con la Empatía Global.

*Comparar las puntuaciones entre las dimensiones de Regulación Emocional y las escalas de Empatía en médicos y enfermeros*

En última instancia se realizó la comparación de las variables según la profesión, a fin de poder discriminar las puntuaciones entre médicos y enfermeros. En las Tablas 10 y 11 se pueden observar los rangos promedios entre médicos y enfermeros,

contemplando por separado a cada constructo. Si bien en dichas tablas se pueden observar a todas las escalas de la Empatía y todas las dimensiones de la Regulación Emocional, solo se tendrán en cuenta aquellas relaciones que resulten significativas.

Se encontraron diferencias significativas en la escala Comprensión Emocional, en las dimensiones Autoculparse, Rumiación, Focalización en los Planes y Focalización Positiva. En la escala Comprensión Emocional se observaron puntajes más elevados en los enfermeros, y en el caso de los médicos, se encontraron puntuaciones más elevadas en las dimensiones Autoculparse, Rumiación y Focalización en los Planes.

A partir de estos resultados, se puede inferir que los enfermeros tienden a ser más comprensivos con los estados emocionales de los otros. Es decir que en comparación con los médicos, podría presentarse en los enfermeros una elevada capacidad de reconocer e interpretar los estados emocionales de los pacientes.

Por su parte los médicos, en comparación con lo enfermeros, demostraron tener mayores pensamientos orientados a considerar como propias las causas y consecuencias del evento negativo. En otras palabras, los médicos recurren en mayor medida a utilizar estrategias de autoculparse. De la misma forma, se encontró que los médicos, en comparación con los enfermeros, suelen presentar más pensamientos sobre los sentimientos y pensamientos vinculados al evento displacentero. Así mismo ocurre que en los médicos se presenta en mayor medida la elaboración de pensamientos dirigidos a reflexionar en los pasos que deben llevarse a cabo para solucionar el problema. De esta forma, se podría especular que los médicos en comparación los enfermeros, poseen una mayor focalización en el cumplimiento de objetivos, en este caso, de resolver o disipar dolencias y enfermedades.

Por su parte los enfermeros utilizan en mayor medida que los médicos, estrategias que otorgan un significado positivo al evento displacentero, facilitando así el

crecimiento personal. De esta forma, se podría inferir que los enfermeros tienden a visualizar los aspectos positivos de situaciones críticas. Así mismo, los enfermeros podrían ofrecer este tipo de estrategias a sus pacientes, con el fin de resignificar los eventos displacenteros.

**Tabla 9.** Comparación según profesión en la variable Empatía

*Empatía*

<b>Variables</b>	<b>Médicos</b>	<b>Enfermeros</b>	<b>Z</b>	<b>Sig.</b>
	<b>rango promedio</b>	<b>rango promedio</b>		
Adopción de perspectivas	62,11	60,78	-,209	,834
Comprensión emocional	49,66	75,46	-4,03	,000
Estrés empático	59,82	63,48	-,572	,567
Alegría empática	61,14	61,93	-,125	,901
Empatía global	56,49	67,40	-1,70	,089

**Tabla 10.** *Comparación según profesión en la variable Regulación Emocional.**Regulación Emocional.*

<b>Variables</b>	<b>Médicos</b>	<b>Enfermeros</b>	<b>Z</b>	<b>Sig.</b>
	<b>rango promedio</b>	<b>rango promedio</b>		
CUL	64,58	57,87	-1,05	,293
ATCU	71,08	50,21	-3,26	,001
ACEP	64,93	57,46	-1,17	,241
RUM	73,25	47,65	-4,00	,000
CATA	63,86	58,72	-,803	,422
PERS	57,13	66,65	-1,48	,1237
REIN	56,36	67,55	-1,75	,080
FOCPL	67,09	54,91	-1,91	,055
FOCPO	54,87	69,31	-2,25	,024

*Comparar las puntuaciones de regulación emocional y empatía según las características sociodemográficas de los sujetos participantes.*

En relación a las características sociodemográficas, se encontraron los siguientes resultados.

**Tabla 11.** *Muestra según hijos (n=122)*

<b>Hijos</b>	<b>Médicos N° / %</b>	<b>Enfermeros N° / %</b>
Si	24 / 36,4%	46 / 82,1%
No	42 / 63,6%	10 / 17,9%

En lo que respecta al área de trabajo, en la tabla 13 se evidencian las cantidades y porcentajes de médicos y enfermeros que trabajan en área cerrada o no.

**Tabla 12.** *Muestra según desempeño en áreas abierta/cerrada y profesión (n=122)*

<b>Área cerrada</b>	<b>Médicos N° / %</b>	<b>Enfermeros N° / %</b>
Si	42 / 63,6%	26 / 46,4%
No	24 / 36,4%	30 / 53,6%

A continuación, en la tabla 14 se detallan los ámbitos laborales según la profesión.

**Tabla 13.** *Ámbito laboral según profesión (n=122)*

<b>Ámbito</b>	<b>Médicos N° / %</b>	<b>Enfermeros N° / %</b>
Privado	16 / 24,2%	32 / 57,1%
Publico	16 / 24,2%	21 / 37,5%
Ambos	34 / 51,5%	3 / 5,4%

En relación a las variables descriptas, no se encontraron diferencias significativas que evidencien resultados concisos en relación a la correlación, por tanto estas variables fueron desestimadas en el análisis. De la misma manera ocurre con las características sociodemográficas en cuanto al género.

## 9. Conclusiones y Discusiones

El objetivo principal de este trabajo fue relacionar las dimensiones de la Regulación Emocional y las escalas de Empatía en médicos y enfermeros pertenecientes al área metropolitana de Buenos Aires, en una muestra compuesta por 122 participantes.

Tanto en médicos como en enfermeros, la hipótesis 1 se encuentra rechazada por varios motivos. En primer lugar, no se encontraron correlaciones significativas entre todas las variables, ni en médicos ni en enfermeros. La hipótesis 1 hace referencia a una supuesta correlación positiva entre las dimensiones adaptativas de la Regulación emocional y la Empatía. Sin embargo, observando los resultados obtenidos, se puede apreciar que no todas las dimensiones adaptativas de la Regulación Emocional correlacionan positivamente con la empatía. Por el contrario, en el caso de los médicos se hallaron dos correlaciones significativas pero negativas entre las dimensiones adaptativas Reinterpretación Positiva y Focalización en los Planes de la Regulación Emocional y la escala Estrés Empático. A su vez, en el caso de los enfermeros, no se encontraron correlaciones entre las dimensiones adaptativas de la Regulación emocional y la Empatía.

Del mismo modo, tampoco se logró confirmar la hipótesis número dos. Esta última refiere una presunta relación entre las dimensiones desadaptativas de la Regulación Emocional y la Empatía, tanto en médicos como en enfermeros. En el caso de los médicos se pudo comprobar una relación positiva entre la dimensión catastrofismo (perteneciente al grupo de las llamadas desadaptativas) y la escala de la empatía estrés empático. Por su parte en los enfermeros, se encontraron correlaciones entre la dimensión catastrofismo y las escalas comprensión emocional, estrés empático y empatía global. De la misma manera que sucede con los médicos, en los enfermeros estas relaciones son de carácter positivo, por tanto también se rechaza esta hipótesis.

Tomando como referencia la tabla 10, podemos interpretar que la hipótesis número 3 no se comprueba. Para comenzar, esta hipótesis supone que los enfermeros puntuarían más elevado en la escala de empatía en comparación con los médicos. Observando la tabla 10, se logra dar cuenta que se encontraron relaciones significativas solo en la escala comprensión emocional. Esta única correlación significativa no resulta suficiente para poder comparar la puntuación de las escalas de la Empatía entre médicos y enfermeros.

Por último, la hipótesis número 4 también se encuentra rechazada. Esta misma presume un puntaje más elevado en las dimensiones de Regulación Emocional en los médicos en comparación con los enfermeros. Observando la tabla 11, se puede dar cuenta que solo se encontraron relaciones significativas en 4 de las 9 dimensiones de la Regulación Emocional, lo cual no resulta suficiente para comparar las puntuaciones de ambos grupos. En el caso de tomar solo estas dimensiones que resultaron significativas (ver tabla 11), se podría inferir que los médicos suelen utilizar aún más que los enfermeros las estrategias autoculparse y rumiación (estrategias desadaptativas de la Regulación Emocional). A su vez, también se puede suponer que los médicos utilizan aun más que los enfermeros las estrategias focalización en los planes. Por último, los enfermeros tenderían a utilizar más que los médicos la estrategia focalización positiva.

Al evaluar los resultados se observa que no se encontraron diferencias significativas en cuanto a características sociodemográficas, tales como género, sector de desempeño laboral (área abierta o cerrada), y también en relación al ámbito, ya sea público o privado. En cuanto al género, se encuentran coincidencias con la investigación llevada a cabo por Diaz-Narvaez et al. (2014) la cual evalúa la empatía en estudiantes universitarios de enfermería, dando como uno de sus resultados que no existen diferencias en la empatía en relación al género. Sucede lo contrario con respecto al

género en relación a la investigación de Esquerada et al. (2014) en el cual evaluaron la empatía en cuanto a la evolución de la formación académica en estudiantes de enfermería, cuyos resultados develaron que las mujeres resultan más empáticas, así como también presentan mayor estrés empático.

Otra de las características sociodemográficas que no presentó diferencias significativas fue la de estado civil. De forma contraria ocurre en la investigación de Faye et al (2011) quien evaluó inteligencia emocional centrándose en la empatía en posgraduados en medicina, obteniendo como resultado que los hombres casados mostraron puntuaciones más altas en empatía.

Cabe destacar que la realización, recolección de datos y análisis de los mismos, se realizaron en el marco de emergencia sanitaria a nivel mundial por la pandemia del virus COVID-19. Contemplando esto, se podría pensar que no estar atravesando esta situación sanitaria tan delicada, quizás se hubiese percibido un mayor incremento en el número de participantes.

Es importante aclarar que esta investigación no está exenta de limitaciones. Para profundizar posteriores investigaciones se considera imprescindible ampliar la muestra para poder contar con participantes de otras regiones de Argentina abarcando así, una mayor diversidad y cantidad de profesionales médicos y enfermeros. A su vez, también se considera importante buscar el equilibrio de la muestra en cuanto al género. Si bien, en este trabajo se buscó armonía entre los grupos de médicos y enfermeros, no se ha logrado lo mismo en cuanto al género, siendo el femenino quien predominó la muestra, por lo que se sospecha que quizás ampliando la diversidad de la muestra, se encontrarían resultados más enriquecedores en cuanto a este aspecto.

Se espera que los resultados de este trabajo aporten conocimientos y herramientas para que los profesionales de la salud puedan abordar a sus pacientes de la

formas más empática y humanamente posible. Por último, se espera que este trabajo pueda utilizarse como base para la iniciación de futuras investigaciones, así como también, para la creación de programas de entrenamiento y promoción de la empatía y regulación emocional, realización de talleres dirigidos al personal de la salud, con el fin de afianzar y estimular la empatía y la regulación emocional, y de esta forma no solo contribuir a la relación profesional-paciente, sino también incrementar estrategias para la vida personal de esta población.

## 10. Referencias Bibliográficas

- Aguilar Luzón, M. C; Augusto Landa, J. M. (2009). Relación entre inteligencia emocional percibida, personalidad y capacidad empática en estudiantes de enfermería. *Psicol.conduct*; 17(2): 351-36.
- Alzina, R. B. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de investigación educativa*, 21(1), 7-43.
- Arratia, F. (2005). Investigación y documentación histórica en enfermería. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 14(4), 567-574.
- Ausiello, D. A., & Goldman, L. (2009). *Cecil Tratado de medicina interna*. Elsevier España.
- Ayuso Murillo, D., Tejedor Muñoz, L., & Serrano Gil, A. (2018). *Enfermería familiar y comunitaria: Actividad asistencial y aspectos ético-jurídicos*. Ediciones Diaz de Santos.
- Batson C. D. (1991). *The altruism question: Toward a social psychological answer*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum.
- Berman, A., Erb, G., Kozier, B., & Snyder, S. (2008). *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica*. Madrid: Pearson educación.
- Borrell Carrió, F. (2011). Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 136(9), 390-397.
- Bustamante-Ogando, J. C., Rosas-Vargas, R., Barcelata-Eguiarte, B., Vázquez-Rivera, M., & Espinosa-Garamendi, E. (2014). Evaluación psicológica de los médicos aceptados

al posgrado de Pediatría en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta pediátrica de México*, 35(3), 202-211.

- Camponovo Meier, O., & Morín Imbert, P. (2000). Síndrome de burnout en el personal de salud de un hospital público de la ciudad de Rosario. *Investigación en Salud*, 3(1-2), 73-93.
- Carrillo, P. O., & Berges, B. M. (2009). Evolución conceptual de la Empatía. *Iniciación a la Investigación*, (4).
- Chlopan, B. E., McCain, M. L., Carbonell, J. L., & Hagen, R. L. (1985). Empathy: Review of available measures. *Journal of personality and social psychology*, 48(3), 635.
- Córdoba, P. (2008). *Dinámicas para aprender Empatía*. [www.eliceo.com/juegos-ydinamicas/dinamicas-para-aprender-empatia.html#more-783](http://www.eliceo.com/juegos-ydinamicas/dinamicas-para-aprender-empatia.html#more-783)
- Cortés, M. (2011). Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Rev Esp Com Sal*, 2(1), 55-61.
- Davis, M. H. (2018). *Empathy: A social psychological approach*. Routledge
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, 3(2), 71-100
- Decety, J., Yang, C. Y., & Cheng, Y. (2010). Physicians down-regulate their pain empathy response: an event-related brain potential study. *Neuroimage*, 50(4), 1676-1682.
- Delgado-Bolton, R., San-Martín, M., Alcorta-Garza, A., & Vivanco, L. (2016). Empatía médica en médicos que realizan el programa de formación médica especializada. Estudio comparativo intercultural en España. *Atención Primaria*, 48(9), 565-571.
- Desauw, A., Christophe, V., Antoine, P., Cattan, S. y Nandrino, JL (2009). ¿Cómo perciben los profesionales el anuncio de malas noticias en oncología? Análisis cualitativo de

la experiencia y estrategias de regulación emocional. *Psico-oncología*, 3 (3), 134-139.

Díaz-Narváez, V. P; Muñoz-Gámbaro, G.; Duarte-Gómez, N.; Reyes Martínez, M. C.; Elvira Caro, S.; Calzadilla-Núñez, A.; Alonso-Palacio, L.M. (2014). *Empatía en estudiantes de enfermería de la Universidad Mayor*. Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia.

Diefendorff, J. M., Erickson, R. J., Grandey, A. A., & Dahling, J. J. (2011). Emotional display rules as work unit norms: a multilevel analysis of emotional labor among nurses. *Journal of occupational health psychology*, 16(2), 170.

Domínguez-Sánchez, F. J., Lasa-Aristu, A., Amor, P. J. & Holgado-Tello, F. P. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Assessment* 20(2), 253-261.

Dymond, R. R. (1949). A scale for the measurement of empathic ability. *Journal of Consulting Psychology*. 13(2), 127-133.

Erber, R., Wegner, D. M., & Therriault, N. (1996). On being cool and collected: Mood regulation in anticipation of social interaction. *Journal of personality and social psychology*, 70(4), 757.

Esquerda, M., Yuguero, O., Vinas, J., & Pifarré, J. (2016). La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención Primaria*, 48(1), 8-14.

Faye, A., Kalra, G., Swamy, R., Shukla, A., Subramanyam, A., & Kamath, R. (2011). Study of emotional intelligence and empathy in medical postgraduates. *Indian journal of psychiatry*, 53(2), 140.

- Filippetti, V. A., López, M. B., & Richaud, M. C. (2012). Aproximación Neuropsicológica al constructo de empatía: Aspectos cognitivos y neuroanatómicos. *Cuadernos de Neuropsicología*, 6, 63-83.
- Frith, C. D. & Frith U. (2006). The Neural Basis of Mentalizing. *Neuron*, 50(4), 531-534.  
Doi: 10.1016/j.neuron.2006.05.001
- Gamboa Caichá, P., & Yávar del Pino, N. (2007). *Orientación Empática de los Docentes Kinesiólogos de la Escuela de Kinesiología de la Universidad de Chile* [Tesis de grado, Universidad de Chile][http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/110681/gamboa\\_p.pdf?sequence=4](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/110681/gamboa_p.pdf?sequence=4)
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2009). Cognitive Coping and Psychological Adjustment in Different Types of Stressful Life Events. *Individual Differences Research*, 7(3)
- Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327. Doi:10.1016/S0191-8869(00)00113-6
- Gonzalez-Serna, J. M. G., Serrano, R. R., Martín, M. S. M., & Fernández, J. M. A. (2014). Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. *Psicología Educativa*, 20(1), 53-60.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271.

- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion*, 13(5), 551-573
- Hadjikhani, N., Zürcher, N. R., Rogier, O., Hippolyte, L., Lemonnier, E., Ruest, T. et al. (2014). Emotional contagion for pain is intact in autism spectrum disorders. *Translational Psychiatry*, 4, 3-43.
- Heimpel, S. A., Wood, J. V., Marshall, M. A., & Brown, J. D. (2002). Do people with low self-esteem really want to feel better? Self-esteem differences in motivation to repair negative moods. *Journal of personality and social psychology*, 82(1), 128.
- Hoffman, M. L. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological bulletin*, 84(4), 712.
- Hoffman, M. L. (1987). Empathy and its development. En N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp 47-80). Cambridge Studies in Social and Emotional Development.
- Hogan, R. (1969) Development of an Empathy Scale. *Counseling and Clinical Psychology*, 33, 307-316.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563-1569.
- Kinkead, A., Garrido, L. & Uribe, N. (2011). Modalidades evaluativas en la regulación emocional: Aproximaciones Actuales. *Revista argentina de clínica psicológica*, 20 (1).
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and emotion*, 23(1), 4-41.

- Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11(3), 129-141.
- Lipps, T. (1903). Einfühlung, inner nachahmung und organumpfindugen. *Archiv fur die Gesamte Psychologie*, 2.
- López, M. B., Arán Filippetti, V., & Richaud, M. C. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados.
- Macías, M. A. (2002). Las múltiples inteligencias. *Psicología desde el Caribe*, (10), 27-38.
- Malloy, P. F., & Richardson, E. D. (1994). The frontal lobes and content-specific delusions. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*.
- Martínez-Iñigo, D., Totterdell, P., Alcover, CM y Holman, D. (2007). Trabajo emocional y agotamiento emocional: mecanismos interpersonales e intrapersonales. *Trabajo y estrés*, 21 (1), 30-47.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2000). *Selecting a measure of emotional intelligence: The case for ability scales*. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (p. 320–342). Jossey-Bass.
- Medrano, L. A., Moretti, L., Ortiz, Á., & Pereno, G. (2013). Validación del cuestionario de regulación emocional cognitiva en universitarios de Córdoba, Argentina. *Psykhé (Santiago)*, 22(1), 83-96.
- Medrano, L. A., Moretti, L., Ortiz, Á., & Pereno, G. (2013). Validación del cuestionario de regulación emocional cognitiva en universitarios de Córdoba, Argentina. *Psykhé (Santiago)*, 22(1), 83-96.

- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of personality*.
- Mondragón, R. S. (2018). Reflexión: La empatía en la relación «médico-paciente». Una ruta esencial obligada. *Revista de Sanidad Militar*, 71(6), 503-506.
- Moya-Albiol, L., Herrero, N., & Bernal, M. C. (2010). Bases neuronales de la empatía. *Rev Neurol*, 50(2), 89-100.
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E. & Casullo, M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y Estrés* 2-3 (12).
- Paris, L., & Omar, A. (2008). Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. *Estudios de Psicología (Natal)*, 13(3), 233-244.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2019). *Fundamentos de enfermería*. Elsevier.
- Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *The Behavioral & Brain Sciences*, 4, 515-526.
- Preston, S. D., & De Waal, F. B. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and brain sciences*, 25(1), 1-20.
- Rameson, L. T., & Lieberman, M. D. (2009). Empathy: A social cognitive neuroscience approach. *Social and Personality Psychology Compass*, 3(1), 94-110.
- Reina, N. C. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral científico*, (17), 18-23.
- Ribero-Marulanda, S., & Gutiérrez, R. M. V. (2013). Análisis bibliométrico sobre el concepto de regulación emocional desde la aproximación cognitivo-conductual: una

mirada desde las fuentes y los autores más representativos. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 495-525.

Roales Riesgo, J.M. (1988). Introducción a la teoría del muestreo. *Dirección de Promoción y Educación Comunitaria*.

Rodríguez, E., Macías, A. A. C., & Rivas, D. F. (2015). Inteligencia emocional y empatía en estudiantes de medicina de nuevo ingreso y pregrado. *Integración Académica en Psicología*, 3(9), 105-114.

Rodríguez-Carvajal, R. (2007). Regulación emocional y procesos de interacción social en el burnout médico. Ediciones Universidad Autónoma, Madrid.

Rodríguez Osuna, J. (1986) La muestra: teoría y aplicación. En F. Alvira, M. García Ferrando y F. Ibáñez (Eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*(pp. 269-298). Alianza editorial

Ruiz González, E. (2019). Relación entre empatía y burnout en profesionales de la salud de Córdoba-Colombia. In *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires.

Sampieri, R. H., Fernández-Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ta ed.) México: McGraw-Hill Interamericana

Stotland, E. (1969). Exploratory investigations of empathy. *Advances in experimental social psychology*, 4(1), 271-314.

- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 25-52.
- Thompson, R. A. (1994). ER: A theme in search of a definition. The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Titchener, E. B. (1909). *Lectures on the experimental psychology of the thought-processes*. Macmillan.
- Wimmer, H., Hogrefe, G. J. & Perner, J. (1988). Children's understanding of informational access as source of knowledge. *Child Development*, 59(2), 386-396
- Winefield, A. H., & Jarrett, R. (2001). Occupational stress in university staff. *International journal of stress management*, 8(4), 285-298.
- Wispe, L. (1978). *Altruism, sympathy, and helping: Psychological and sociological principles*. Academic press.
- Wispe, L. (1987). History of the concept of empathy. En N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.) *Empathy and its development*. Cambridge University Press.
- Zaldúa, G., & Lodieu, M. (2000). El burnout. La salud de los trabajadores de la salud. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología/UBA*, 5(1), 151-169.

## 9. Anexos

### **Consentimiento Informado**

Desde la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana, lo invitamos a participar en un proyecto de investigación destinado a evaluar la relación entre la regulación emocional y empatía en médicos y enfermeros. Se trata de una investigación en el marco de tesis final de carrera para la obtención del título de licenciada en Psicología Su participación es totalmente voluntaria, y usted tiene el derecho de abandonar en cualquier momento que lo desee, sin ningún perjuicio, si no está de acuerdo con continuar. Sus respuestas son confidenciales, por tanto no se revelara la identidad de los sujetos participantes y los datos que obtenidos serán tratados estadísticamente y bajo las normas de ética en investigación siguiendo los principios que regulan dichos procesos.

Si tiene dudas respecto de su participación en esta investigación puede contactar a:

**Araceli González.**

Nº de celular (011) 1531199129

Correo electrónico: araceli-g94@hotmail.com

### **Propósito del estudio:**

El propósito de dicha investigación será evaluar la regulación emocional en relación con la empatía. Si bien, los instrumentos administrados son de modalidad individual, las conclusiones que se obtendrán serán en referencia a la muestra analizada y de carácter general.

**Descripción del estudio:**

Este estudio consta de varias fases en las cuales se evalúan distintas medidas psicológicas. Para ello, le pediremos que responda tres cuestionarios, de los cuales un cuestionario estará destinado a información de carácter socio demográfico. Luego, un segundo cuestionario evaluará la empatía y por último cuestionario que evalúa la regulación emocional. Para ello se le pedirá que evoque algún momento displacentero de su vida, para luego responder un cuestionario siempre en relación a esos momentos displacenteros. El tiempo que demanda el mismo no supera los 20 (veinte) minutos.

**Posibles riesgos:**

El presente estudio no presenta riesgos para la población participante. De todas formas, usted podría sentir que sus respuestas han sido poco satisfactorias. Tenga en cuenta que en ninguna de las pruebas que estudiamos existen respuestas correctas o incorrectas. Sólo nos interesan sus respuestas tal como son.

**Posibles beneficios:**

Con su colaboración, usted estará ayudando al avance y desarrollo del conocimiento en psicología.

**Confidencialidad:**

Su nombre no aparecerá en ninguno de nuestros archivos, de manera, que no podrán identificarse sus respuestas particulares. Recuerde que no estamos interesados en conocer las respuestas de una persona en particular, sino las de grupos de personas, en general.

Usted puede acceder a los resultados del estudio una vez terminado el proceso de investigación. Para esto deberá comunicarse al mail consignado

anteriormente. Cualquier duda respecto de sus derechos como participante en este estudio u otros estudios de este tipo pueden ser referidas **al área de investigación de psicología UAI Secretaría de Investigación** (Tel: (+54) 11 - 4342-7788 int. 187 - E-mail: investigacion@uai.edu.ar).

**Abandono del estudio:**

Usted puede decidir abandonar el presente estudio en cualquier momento que lo desee, y es libre de hacerlo sin ningún problema.

-----

He leído y comprendido el presente formulario.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Firma y aclaración del participante

**Cuestionario Sociodemográfico**

1) Edad: \_\_\_\_\_ años.

2) Sexo: a. Hombre  b. Mujer

3) ¿Cuál es su profesión?

a. Médico/a

b. Enfermero/a

4) Lugar de residencia:

a. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

b. Gran Buenos Aires

3) Estado civil:

1. Soltero

3. Casado

2. En pareja

4. Separado/Viudo

4) ¿Tiene hijos?

a. Sí.

b. No.

5) ¿Cuántos?

---

6) ¿Realizó alguna especialidad?

a. Sí

b. No

En caso de que su respuesta sea afirmativa, especifique su especialidad:

---

6) ¿Trabaja en área cerrada?

a. Sí

b. No

7) Trabaja en el ámbito

a. Público

b. Privado

c. Ambos

8) Aproximadamente, ¿Cuánto dura su jornada laboral?

---

9) ¿Cuántas días al mes trabaja?

---

10) ¿Realiza actividades recreativas? En caso de que la respuesta sea afirmativa, especifique.

---

## Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. CERQ

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de Residencia: \_\_\_\_\_

Generalmente todos hemos tenido que afrontar ahora o en el pasado sucesos negativos o displacenteros. Cada persona responde de una forma característica y propia antes estas situaciones. Por medio de las siguientes preguntas tratamos de conocer en qué piensas cuando experimentas sucesos negativos o desagradables.

<b>Regulación Emocional Cognitiva</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	Casi Nunca	Un poco	Medianamente	Bastante	Casi Siempre
1.- Siento que yo soy el culpable de lo que pasó					
2.- Pienso que tengo que aceptar lo que pasó					
3.- Normalmente pienso en cómo me siento acerca de lo que he sentido					
4.- Pienso en cosas más agradables que lo que me ha pasado					
5.- Pienso qué cosas podría haber hecho mejor					
6.- Pienso que puedo aprender algo de la situación					
7.- Pienso que podría haber sido mucho peor					
8.- Pienso en que lo que me ha pasado es mucho peor que lo que le pasa a otros					
9.- Pienso que otros son culpables de lo que me pasó					
10.- Sigo pensando en lo terrible que es lo que me ha pasado					
11.- Pienso que otras personas pasan por experiencias mucho peores					
12.- Pienso que puedo convertirme en una persona más fuerte					
13.- Pienso cómo puedo afrontar mejor la situación					
14.- Pienso en cosas positivas que no tienen nada que ver con lo que he vivido					
15.- Estoy preocupado por lo que siento y pienso acerca de lo que me ha pasado					
16.- Pienso que tengo que aceptar la situación					

17.- Siento que soy el responsable de lo que ha pasado					
18.- Quiero entender por qué me siento de esa manera					
19.- Pienso en cómo cambiar la situación					
20.- Pienso que no ha sido tan malo comparado con otras cosas					
21.- Pienso en los fallos que otros han cometido en esa situación					
22.- Normalmente pienso que lo que me ha pasado a mí es lo peor que le puede pasar a alguien					
23.- Pienso que esa situación tiene también partes positivas					
24.- Pienso en algo agradable en lugar de lo que ha ocurrido					
25.- Pienso que no puedo cambiar nada al respecto					
26.- Pienso en los errores que he cometido					
27.- Me sumerjo en los sentimientos que la situación me ha generado					
28.- Pienso en experiencias agradables					
29.- Pienso que otros son responsables de lo que ha ocurrido					
30.- Pienso un plan para que en un futuro me vaya mejor					
31.- Miro las partes positivas del problema					
32.- Pienso que tengo que aprender a vivir con ello					
33.- Pienso que fundamentalmente la causa recae en mí mismo					
34.- Me digo a mí mismo que hay cosas peores en la vida					
35.- Continuamente pienso en lo horrible que ha sido la situación					
36.- Pienso que fundamentalmente la causa recae en otros					

### Test de Empatía Cognitiva y Afectiva. TECA

Por favor, indique en qué medida la frase lo describe adecuadamente. Si está totalmente en desacuerdo con la descripción encierre el número correspondiente. Si esta algo en desacuerdo encierre el número 2, si no está ni en desacuerdo ni de acuerdo encierre en número 3, si esta algo de acuerdo el número 4 y finalmente si está totalmente de acuerdo encierre el número 5.

1= Totalmente en desacuerdo – 2= Algo en desacuerdo – 3= Neutro – 4= Algo de acuerdo 5= Totalmente de acuerdo

01. Me resulta fácil darme cuenta de las intenciones de los que me rodean.	1	2	3	4	5
02. Me molesta que los demás se diviertan.	1	2	3	4	5
03. No me pongo contento sólo porque un amigo lo esté.	1	2	3	4	5
04. Si un amigo consigue un trabajo muy deseado, me entusiasmo con él.	1	2	3	4	5
05. Me afectan demasiado los noticieros por TV	1	2	3	4	5
06. Antes de tomar una decisión intento tener en cuenta todos los puntos de vista.	1	2	3	4	5
07. Casi siempre me doy cuenta cómo se siente una persona con sólo mirarla.	1	2	3	4	5
08. Me afecta poco escuchar desgracias sobre personas desconocidas.	1	2	3	4	5
09. Me encanta ver que un amigo nuevo se encuentra a gusto en nuestro grupo.	1	2	3	4	5
10. Me resulta fácil entender cómo se siente una persona ante una situación que no he vivido.	1	2	3	4	5
11. Cuando un amigo se ha portado mal conmigo intento entender sus motivos.	1	2	3	4	5
12. Lloro con gran facilidad por los problemas que otros me cuentan	1	2	3	4	5
13. Reconozco fácilmente cuándo alguien está de mal humor.	1	2	3	4	5
14. Casi siempre me doy cuenta cuando la persona que tengo al lado se siente mal.	1	2	3	4	5
15. Intento ponerme en el lugar de los demás para saber cómo actuarán.	1	2	3	4	5
16. Cuando a alguien le sucede algo bueno siento alegría.	1	2	3	4	5
17. Estoy dispuesto a cambiar mi opinión frente a los argumentos de quienes no piensan como yo.	1	2	3	4	5
18. A veces sufro más con las desgracias de los demás que ellos mismos.	1	2	3	4	5
19. Me siento feliz sólo con ver felices a otras personas.	1	2	3	4	5
20. Cuando alguien tiene un problema intento imaginarme cómo me sentiría si estuviera en su piel	1	2	3	4	5

21. Siento alegría si alguien me cuenta que ha tenido un golpe de suerte.	1	2	3	4	5
22. Cuando veo que alguien recibe un regalo no puedo reprimir una sonrisa.	1	2	3	4	5
23. No puedo evitar llorar con los testimonios de personas desconocidas.	1	2	3	4	5
24. Cuando conozco gente nueva me doy cuenta de la impresión que se han llevado de mí.	1	2	3	4	5
25. Cuando mis amigos me cuentan que les va bien, me hace muy feliz.	1	2	3	4	5
26. Me resulta muy fácil ver las cosas desde el punto de vista de otras personas.	1	2	3	4	5
27. Entender cómo se siente otra persona es algo muy fácil para mí.	1	2	3	4	5
28. Usualmente me deprimó con los problemas ajenos.	1	2	3	4	5
29. Intento comprender mejor a mis amigos mirando las situaciones desde su perspectiva.	1	2	3	4	5
30. Me considero una persona emotiva, porque los problemas ajenos siempre me conmueven.	1	2	3	4	5
31. Me doy cuenta cuando las personas cercanas a mí están especialmente contentas sin que me hayan contado el motivo.	1	2	3	4	5
32. Siempre puedo ponerme en el lugar de las personas con las que no estoy de acuerdo.	1	2	3	4	5
33. Me doy cuenta cuando alguien intenta esconder sus verdaderos sentimientos.	1	2	3	4	5