



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 19 No. 1

Marzo de 2016

EL CONTAGIO EMOCIONAL CONLLEVA UN DETERIORO DE LA SALUD EN POBLACIÓN NO CLÍNICA

Cristina del Rey Gómez¹, Nicolás Ruiz Robledillo², Miguel Bellosta-Batalla³,
Patricia Sariñana-González⁴ y Luis Moya Albiol⁵
Facultad de psicología.
Universitat de València
España

RESUMEN

La empatía es fundamental tanto para el desarrollo moral como para la supervivencia del individuo en el contexto social. Empatizar implica ponerse en el lugar de los demás, reconocer e interpretar sus sentimientos y pensamientos, pero sin llegar a sentir lo mismo. Así, cuando el estado emocional del otro induce en nosotros la misma emoción se produce el contagio emocional o simpatía. El objetivo del presente trabajo es determinar si existe una asociación entre la empatía –en su componente cognitivo y emocional- y la salud. Esta última fue evaluada a través de indicadores autoinformados, incluyendo la percepción de salud general y la sintomatología somática y depresiva. Se llevó a cabo un análisis descriptivo transversal en población no clínica (n=54). Los resultados indican que tanto la subescala de malestar personal del componente emocional de la empatía como la de fantasía del componente cognitivo se asocian a un peor estado de salud. Estos hallazgos marcan un punto de partida para investigaciones más minuciosas que analicen la relación entre los componentes cognitivo y

¹ Psicóloga General Sanitaria. Correo electrónico: Crisdrg4589@gmail.com

² Doctor en Psicología de la Salud. Investigador Post-Doctoral en la Universitat de València. Departamento de Psicobiología. Correo electrónico: Nicolas.Ruiz@uv.es

³ Psicólogo General Sanitario. Correo electrónico: Bellostabatalla@gmail.com

⁴ Investigadora predoctoral en la Universitat de València. Departamento de Psicobiología. Correo electrónico: Patricia.Sarinana@uv.es

⁵ Profesor Titular Acreditado a Catedrático de Psicobiología de la Universitat de València. Correo electrónico: Luis.Moya@uv.es

emocional de la empatía y la salud. Ello podría ser aplicado tanto a nivel preventivo como en las intervenciones psicoterapéuticas llevadas a cabo en el ámbito de la salud.

Palabras clave: *Empatía, simpatía, contagio emocional, salud autoinformada.*

EMOTIONAL CONGATION IS RELATED TO DETERIORATING HEALTH IN GENERAL POPULATION

ABSTRACT

Empathy is essential to both moral development and survival of the individual in the social context. Empathizing means put yourself in other person's shoes, recognize and interpret their feelings and thoughts, but not feeling exactly the same. Thus, sympathy or emotional contagion occurs when the emotional state of another induces the same emotion in us. The aim of this study is to determine whether an association exists between empathy –in both cognitive and emotional components– and health. The latter was assessed by self-reported indicators, including perception of general health, and somatic and depressive symptoms. For this purpose, a transversal descriptive study was conducted in non-clinical population (n = 54). Results indicate that both personal distress (subscale of emotional empathy) and fantasy (subscale of cognitive empathy) are associated with poor health status. These findings suppose a starting point to develop detailed research in order to analyze the relationship between cognitive and emotional empathy and health. This could be applied for both preventive and psychotherapeutic interventions conducted in the health context.

Keywords: *empathy, sympathy, emotional contagion, self-reported health.*

INTRODUCCIÓN

La empatía puede ser definida como “un conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y las respuestas tanto afectivas como no afectivas que resultan de esos procesos” (Davis, 1994). En este sentido, resulta fundamental para el desarrollo moral y la supervivencia del individuo en el contexto social, ya que cuanto más empática sea una persona, más hará por comprender y ayudar a los demás, y utilizará en menor medida la violencia como forma de resolver los conflictos (Moya-Albiol, 2014). La empatía consta de dos componentes: el cognitivo, o la capacidad de adoptar la perspectiva del otro y

atribuirle un estado mental, y el emocional, que consiste en la respuesta emocional ante el estado afectivo de los demás. Al empatizar, se reconocen e interpretan los sentimientos, pensamientos y puntos de vista de los demás, expresando esa comprensión en una respuesta de aceptación, pero sin llegar a sentir lo mismo. Sin embargo, cuando lo que siente y expresa otra persona induce en el observador la misma emoción, se produce la simpatía o contagio emocional. En este caso, nos ponemos en el lugar del otro haciendo nuestras sus emociones (Moya-Albiol, 2014), y pudiendo llegar a sentir tristeza, malestar o ansiedad como consecuencia de la observación del malestar de otros y su contagio (Eisenberg, 2002). En esta línea, diversos estudios han relacionado el contagio emocional o simpatía con mayores problemas psicológicos (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste y Plumb, 2001; Skwerer, Verbalis, Schofield, Faja y Tager-Flusberg, 2006). A pesar de que no existen estudios previos que traten específicamente la relación entre la empatía e indicadores de salud física, sí los hay en relación a la salud mental, como en el caso de la depresión. En un estudio se halló una asociación positiva entre la gravedad de los síntomas depresivos y la tendencia a experimentar malestar personal en respuesta al sufrimiento de los demás (O'Connor, Berry, Lewis, Mulherin y Crisostomo, 2007). De este modo, la depresión se puede considerar como un “trastorno de preocupación por los demás”, donde los niveles anormalmente altos de simpatía podrían provocar un exceso de autculpa por el dolor de otras personas (O'Connor, Berry, Weiss y Gilbert, 2002). En la misma línea, otra investigación describió mayores puntuaciones en malestar personal en pacientes depresivos que en controles no deprimidos (Thoma et al., 2011). Por ello, la simpatía o contagio emocional puede considerarse un marcador de vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología depresiva, habiéndose descrito una mayor tendencia a la depresión en personas predispuestas a un mayor contagio emocional (Gawronski y Privette, 1997; Schieman y Turner, 2001). Así mismo, la fantasía o tendencia de las personas a identificarse con personajes ficticios es parte del componente cognitivo de la empatía y ha mostrado correlacionar en positivo con la depresión (Lee, 2009). Además, diversos estudios apuntan a que la fantasía podría mediar la relación

entre neuroticismo y depresión (Calvert, Strouse y Murray, 2006; Eisenberg et al., 1991; Hoekstra, Harris y Helmick, 1999; Ishikawa y Uchiyama, 2000; Tangney, 1991).

Los resultados acerca del sentido de la relación entre la empatía en sus diferentes componentes y el afecto tanto positivo como negativo son inconsistentes (Nezlek, Feist, Wilson y Plesko, 2001). De este modo, la empatía ha sido relacionada tanto con el afecto positivo (Mehrabian, Young y Sato, 1988) como con la ansiedad rasgo (Eysenck y Eysenck, 1978; Eysenck y McGurk, 1980; Rim, 1974; Sheldon, 1996). No obstante, otros estudios ya clásicos describieron una asociación negativa entre empatía y ansiedad, tanto estado como rasgo (Deardorff, Kendal, Finch y Sitarz, 1977; Hogan, 1969). Más concretamente, la alta empatía cognitiva ha sido relacionada con una menor ansiedad ante la observación del malestar de otros, mientras que la asociación se produce en sentido contrario en el caso de la empatía emocional (Negd, Mallan y Lipp, 2011). Sin embargo, muchos de estos estudios no evaluaban aspectos más concretos del componente cognitivo y emocional, sino que ambos son considerados en su conjunto.

Hasta la actualidad, no se ha analizado la relación entre empatía y salud utilizando marcadores de salud física, que incluyan síntomas relativos a los diferentes sistemas fisiológicos. Con todo lo expuesto, el objetivo general del presente trabajo es analizar la relación entre aspectos específicos de los componentes cognitivo y emocional de la empatía y la salud mental y física. Se espera hallar una asociación positiva entre el malestar personal o contagio emocional y un estado de salud deteriorado, mientras que la fantasía podría tener el mismo efecto ejerciendo un papel modulador de algunas variables de personalidad (Hustvedt, 2010; O'Connor et al., 2002; Thoma et al., 2011; Gawronski y Privette, 1997; Schieman y Turner, 2001).

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo formada por 54 participantes de la población general, de los cuales 30 eran mujeres y 24 hombres, con edades comprendidas entre los 31 y

los 52 años. Todos ellos participaron de manera voluntaria, firmando un consentimiento informado que siguió las normas éticas de la investigación en humanos (Declaración de Helsinki).

Procedimiento

En primer lugar, se llevó a cabo una reunión para explicar el objetivo de la investigación y los criterios para participar en ella. A continuación, se realizó una entrevista en la que se recogieron los datos socio-demográficos y se administró una batería de cuestionarios para evaluar los diferentes aspectos de la empatía y el estado de salud. Finalmente, se seleccionó la muestra definitiva del estudio, de forma que aquellos participantes que consumían cualquier tipo de psicofármaco o sustancia de abuso fueron excluidos del mismo.

Instrumentos

Índice de Reactividad Interpersonal (IRI, Davis, 1980).

El índice de reactividad interpersonal es un instrumento que permite medir las diferencias individuales en la empatía desde un punto de vista multidimensional, incluyendo factores cognitivos y emocionales. Consta de 28 ítems distribuidos en cuatro subescalas, que miden dimensiones separadas: Toma de Perspectiva (TP), Fantasía (FS), Preocupación Empática (PE) y Malestar Personal (MP), con siete ítems cada una de ellas. Presenta un formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta (0= No me describe bien; 4= Me describe muy bien). La subescala de Toma de perspectiva se basa en los intentos espontáneos de la persona por adoptar la perspectiva del otro ante situaciones reales de la vida cotidiana, es decir, la habilidad para comprender el punto de vista de la otra persona. La subescala de Fantasía evalúa la tendencia a identificarse con personajes del cine y de la literatura, es decir, la capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias. La subescala de Preocupación empática mide los sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar de otros (se trata de sentimientos «orientados al otro»). Por último, la subescala de Malestar personal evalúa los sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás (se trata de sentimientos «orientados al yo») (Davis, 1983; Mestre, Pérez-Delgado, Frías y

Samper, 1999). La versión española del IRI posee características psicométricas similares a las de la versión original, con unos coeficientes alfa que varían de 0,69 a 0,80 (Pérez-Albéniz, de Paúl, Etxebarria, Mostes y Torres, 2003).

Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R, Sandín y Chorot, 1995).

La escala de síntomas somáticos revisada contiene 90 ítems con formato de respuesta tipo Likert, divididos en 9 subescalas, que evalúan la presencia de síntomas somáticos de diferentes sistemas fisiológicos: inmunológico general, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurosensorial, musculoesquelético, piel-alergia, genitourinario, reproductor femenino (en el caso de las mujeres), y escala general de síntomas somáticos totales. Esta última se obtiene de la suma de las puntuaciones en cada una de las subescalas. En cuanto a sus propiedades psicométricas, el coeficiente de fiabilidad oscila entre el 0,79 y 0,84, y posee una alta validez predictiva (en relación con otros indicadores de salud física, tales como autoinformes sobre enfermedades graves y leves y criterios externos de salud, como diagnósticos clínicos).

Cuestionario de Salud General (GHQ-28, Goldberg y Hillier, 1979).

El cuestionario de salud general fue concebido como método de screening para la identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico, utilizándose en población general para la evaluación de la percepción de salud. Consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). También se puede obtener una puntuación total de percepción general del estado de salud. Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas tipo Likert de 0 (mejor de lo habitual) a 3 (peor de lo habitual), con un aumento progresivo en la severidad de los síntomas. Todas las subescalas obtienen un alfa de Cronbach mayor a 0,92.

Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck, 1972).

El inventario de depresión de Beck es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple, referidas a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los ítems evalúan la intensidad y la gravedad de los síntomas y puntúan de 0 a 4, donde 4

representa la severidad máxima. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos (como la desesperanza e irritabilidad), cogniciones (por ejemplo, la culpa) o sentimientos (como estar siendo castigado), así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Este instrumento tiene un coeficiente de fiabilidad de 0,83.

Análisis estadísticos

La relación entre las subescalas del IRI y los indicadores de salud se analizaron mediante análisis de correlación tipo Spearman. Además, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal utilizando las escalas del IRI como variables independientes y los síntomas somáticos totales (ESS-R total), la percepción general de salud (GHQ total o síntomas negativos) y la sintomatología depresiva (BDI) como variables dependientes.

Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el programa SPSS 21.0 para Windows.

RESULTADOS

Relación entre empatía y salud

Las correlaciones entre la empatía y la salud autoinformada se presentan de forma resumida en la Tabla 1.

	TP	FS	PE	MP
ESS-R				
Inmunológico	r=-.03 p=.839	r=.26 p=.063	r=.20 p=.144	r=.30* p=.030
Cardiovascular	r=-.02 p=.906	r=.24 p=.086	r=.01 p=.940	r=.30* p=.028
Respiratorio	r=.13 p=.356	r=.34* p=.012	r=.20 p=.153	r=.39** p=.004
Gastrointestinal	r=-.05 p=.734	r=.08 p=.549	r=-.09 p=.540	r=.10 p=.472

Neurosensorial	r=.07 p=.605	r=.39** p=.003	r=.30* p=.030	r=.42** p=.002
Músculo- Esquelético	r=.05 p=.737	r=.42** p=.002	r=.30* p=.035	r=.39** p=.004
Piel-Alergia	r=.22 p=.113	r=.30* p=.029	r=.30* p=.028	r=.27* p=.046
Genito- Urinario	r=-.05 p=.702	r=.28* p=.044	r=.14 p=.306	r=.40** p=.003
Reproductor- Femenino	r=.10 p=.461	r=.19 p=.176	r=.21 p=.121	r=.22 p=.107
Total	r=.08 p=.562	r=.40** p=.003	r=.24 p=.073	r=.42** p=.002
GHQ				
Síntomas Somáticos	r=-.04 p=.763	r=.32* p=.020	r=.25 p=.072	r=.50** p=.001
Ansiedad e Insomnio	r=-.09 p=.529	r=.35 p=.011	r=.24 p=.080	r=.38** p=.004
Disfunción Social	r=.01 p=.931	r=.25 p=.074	r=.26 ^t p=.053	r=.19 p=.177
Depresión Grave	r=.03 p=.815	r=.15 p=.282	r=.28* p=.039	r=.47** p=.001
Síntomas Negativos (Total)	r=-.06 p=.691	r=.33* p=.016	r=.24 p=.077	r=.46** p=.001
BDI				
Sintomatología Depresiva	r=.23 p=.097	r=.51** p=.001	r=.30** p=.023	r=.49** p=.001

TP: Toma de perspectiva
 FS: Fantasía
 PE: Preocupación empática
 MP: Malestar personal

*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

† . La correlación es significativa al nivel 0.06

Tabla 1. *Correlaciones entre las 4 subescalas del IRI y la salud autoinformada (ESS-R, GHQ y BDI)*

El análisis de regresión (Tabla 2) pone de manifiesto que tanto la fantasía como el malestar personal predicen los síntomas somáticos y la sintomatología depresiva, mientras que únicamente el malestar personal lo hace con la percepción general de salud.

	R ²	F	B			
			TP	FS	PE	MP
ESS-R Total	0.24	F(4,49)=5.07, p=0.002	0.01 p=0.958	0.35 p=0.019	-0.05 p=0.723	0.34 p=0.013
GHQ-28	0.22	F(4,49)=4.83, p=0.002	-1.18 p=0.210	0.17 p=0.241	0.13 p=0.382	0.39 p=0.004
BDI	0.34	F(4,49)=7.86, p=0.000	-0.03 p=0.835	0.43 p=0.002	0.01 p=0.984	0.34 p=0.008

TP: Toma de perspectiva

F: Fantasía

PE: Preocupación empática

MP: Malestar personal

Tabla 2. *Regresión lineal entre las escalas totales del ESS-R, GHQ-28, BDI*

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que las personas con mayores puntuaciones en contagio emocional o simpatía presentan mayor número de síntomas somáticos y depresión, junto a una peor percepción general de salud, tal y como apunta la literatura científica previa (Hustvedt, 2010). En este sentido, se ha obtenido una relación significativa entre el malestar personal y la salud autoinformada, en consonancia con estudios previos (Gawronski y Privette, 1997; Schieman y Turner, 2001; Thoma et al., 2011). Tal y como apuntan los análisis de regresión, la relación es significativa para el malestar personal pero no para la

preocupación empática. Ello resalta la importancia de diferenciar entre simpatía y empatía a la hora de evaluar sus efectos sobre la salud y de programar intervenciones que puedan ayudar a gestionar la forma de experimentar las emociones propias ante los estados afectivos de otros. Además, nuestros resultados ratifican los ya descritos en cuanto a la relación positiva entre contagio emocional y salud mental, concretamente con la depresión, pero extienden el alcance de los mismos a la salud física, en concreto a un espectro amplio de sintomatología, incluyendo los sistemas inmunológico, cardiovascular, respiratorio, neurosensorial, músculo-esquelético, dermatológico y alérgico y genito-urinario. Por otra parte, la fantasía puede ejercer un papel negativo en la salud, en concreto en los estados depresivos y en la sintomatología física. Algunas investigaciones previas apuntaron resultados en sentido contrario, aunque se había considerado como un todo el componente cognitivo de la empatía (Grau, Suñer y García, 2005; Ansoleaga, Toro, Godoy, Stecher y Blanch, 2011), sin diferenciar entre fantasía y toma de perspectiva. Un estudio previo, sin embargo, ha descrito resultados similares a los aquí descritos, sugiriéndose que la fantasía o tendencia de las personas a imaginarse como personajes de las obras ficticias también pueden contagiarse de las emociones negativas de los demás (Lee, 2009). De este modo, la fantasía puede ser un componente cognitivo de la empatía precursor del contagio emocional. Aunque utilizar una estrategia de afrontamiento evitativa, basada en imaginarnos como si fuésemos otra persona, podría actuar como un factor protector en algunas circunstancias concretas, dicha habilidad podría predisponer a un mayor contagio emocional y, por tanto, ser perjudicial para la salud (Hoekstra et al., 1999; Ishikawa y Uchiyama, 2000; Tangney, 1991). Futuros estudios tendrían que profundizar en la relación entre fantasía y salud, ya que no se trata de una relación clara. Las variables de personalidad o la elaboración mental de las situaciones podrían incidir directamente en que la capacidad de fantasear sea beneficiosa o perjudicial para la salud.

El presente trabajo ratifica la existencia de una relación entre el contagio emocional y un peor estado de salud autoinformado, tanto en indicadores psicológicos, como la depresión y la ansiedad, como en la sintomatología

fisiológica. Además, apunta a la fantasía como variable mediadora que, en función de otras variables, puede llevar a mejorar o deteriorar la salud. A pesar de que la presente investigación supone un avance en el estudio de la relación entre la empatía y la salud, no está exenta de limitaciones. Así, las medidas de salud autoinformada tienen un componente subjetivo que puede influir en la validez de los resultados. El estudio es transversal-descriptivo, por lo que no se puede establecer causalidad en los resultados obtenidos. Otro de los aspectos a considerar es el reducido tamaño de la muestra, lo que conlleva una limitación en la generalización de los resultados. Sin embargo, se debe destacar que se trata de un trabajo innovador, ya que hasta el momento no se han llevado a cabo estudios para evaluar el rol de aspectos concretos de la empatía sobre la salud física y mental.

En función de lo expuesto, se abre una importante línea de investigación para determinar hasta qué punto la empatía cognitiva y/o emocional modulan las consecuencias sobre la salud en diversas poblaciones. Para ello, es necesario comprender los factores que influyen en el desarrollo del malestar personal, con el fin de crear modelos de intervención destinados a la optimización de la empatía fomentando la gestión de las emociones propias ante las necesidades de los demás. Ello podría realizarse a través de programas psicoeducativos que ayuden a procesar el punto de vista de otras personas sin que su estado emocional llegue a contagiarnos, de tal manera que podamos aprovechar todos los beneficios que aporta la empatía descartando los inconvenientes que pudiese conllevar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ansoleaga, E., Toro, J., Godoy, L., Stecher, A. y Blanch, J. (2011). Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. **Revista médica de Chile**, **139** (9), 1185-1191.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. y Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high functioning autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, **42** (2), 241-251.
- Beck, A. (1972). Measuring depression: The depression inventory. **Recent advances in the psychobiology of the depressive illnesses**, 299-302.
- Calvert, S., Strouse, G. y Murray, K. (2006). Empathy for adolescents' role model selection and learning of DVD content. **Journal of Applied Developmental Psychology**, **27** (5), 444-455.
- Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. **JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology**, **10**, 85.
- Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, **44** (1), 113-126.
- Davis, M. (1994). **Empathy: a Social Psychological Approach**. Boulder, CO: Westview Press.
- Deardorff, P., Kendall, P., Finch, A. y Sitarz, A. (1977). Empathy, locus of control and anxiety in college students. **Psychological reports**, **40** (3c), 1236-1238.
- Eisenberg, N., Fabes, R., Schaller, M., Miller, P., Carlo, G., Poulin, R., Shea, C. y Shell, R. (1991). Personality and socialization correlates of vicarious emotional responding. **Journal of personality and social psychology**, **61** (3), 459-471.
- Eisenberg, N. (2002). Empathy-related emotional responses, altruism, and their socialization. En R. Davidson y A. Harrington (Eds.), **Visions of compassion: Western scientists and Tibetan Buddhists examine human nature** (pp.131-164). London: Oxford University Press.
- Eysenck, S. y Eysenck, H. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. **Psychological Reports**, **43** (3f), 1247-1255.

- Eysenck, S. y McGurk, B. (1980). Impulsiveness and venturesomeness in a detention center population. ***Psychological Reports***, **47** (3f), 1299-1306.
- Gawronski, I. y Privette, G. (1997). Empathy and reactive depression. ***Psychological Reports***, **80** (3), 1043-1049.
- Goldberg, D. y Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. ***Psychological medicine***, **9** (1), 139-145.
- Grau, A., Suñer, R. y García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. ***Gaceta sanitaria***, **19** (6), 463-470.
- Hoekstra, S., Harris, R. y Helmick, A. (1999). Autobiographical memories about the experience of seeing frightening movies in childhood. ***Media Psychology***, **1** (2), 117-140.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, **33** (3), 307-316.
- Hustvedt, S. (2010). ***La mujer temblorosa o la historia de mis nervios***. Barcelona: Anagrama.
- Ishikawa, T. y Uchiyama, I. (2000). Relations of empathy and social responsibility to guilt feelings among undergraduate students. ***Perceptual and Motor Skill***, **91** (3f), 1127-1133.
- Lee, S. (2009). Does empathy mediate the relationship between neuroticism and depressive symptomatology among college students? ***Personality and Individual Differences***, **47** (5), 429-433.
- Mehrabian, A., Young, A. y Sato, S. (1988). Emotional empathy and associated individual differences. ***Current Psychology***, **7** (3), 221-240.
- Mestre, V., Pérez-Delgado, E., Frías, D. y Samper, P. (1999). Instrumentos de evaluación de la empatía. En E. Pérez-Delgado y V. Mestre (Eds.), ***Psicología moral y crecimiento personal*** (pp. 181-190). Barcelona: Ariel.
- Moya-Albiol, L. (2014). ***La empatía: entenderla para entender a los demás***. Barcelona: Plataforma Actual.
- Negd, M., Mallan, K. y Lipp, O. (2011). The role of anxiety and perspective-taking strategy on affective empathic responses. ***Behaviour research and therapy***, **49** (12), 852-857.

- Nezlek, J., Feist, G., Wilson, F. y Plesko, R. (2001). Day-to-day variability in empathy as a function of daily events and mood. ***Journal of Research in Personality***, **35** (4), 401-423.
- O'Connor, L., Berry, J., Weiss, J. y Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. ***Journal of affective disorders***, **71** (1), 19-27.
- O'Connor, L., Berry, J., Lewis, T., Mulherin, K. y Crisostomo, P. (2007). Empathy and depression: the moral system on overdrive. En T. Farrow y P. Woodruff (Eds.), ***Empathy in mental illness*** (pp. 49-75). Cambridge: Cambridge University Press.
- Pérez-Albéniz, A., de Paúl, J., Etxeberria, J., Montes, M. y Torres, E. (2003). Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. ***Psicothema***, **15** (2), 267-272.
- Skwerer, D., Verbalis, A., Schofield, C., Faja, S. y Tager-Flusberg, H. (2006). Social-perceptual abilities in adolescents and adults with Williams syndrome. ***Cognitive Neuropsychology***, **23** (2), 338-349.
- Rim, Y. (1974). Correlates of emotional empathy. ***Scientia Paedagogica Experimentalis***, **11** (2), 197-202.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). ***Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R)***. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Schieman, S. y Turner, H. (2001). "When feeling other people's pain hurts": The influence of psychosocial resources on the association between self-reported empathy and depressive symptoms. ***Social Psychology Quarterly***, **64** (4), 376-389.
- Sheldon, K. (1996). The Social Awareness Inventory: Development and applications. ***Personality and Social Psychology Bulletin***, **22**, 620-634.
- Tangney, J. (1991). Moral affect: The good, bad, and the ugly. ***Journal of Personality and Social Psychology***, **61** (4), 598-607.
- Thoma, P., Zalewski, I., Von Reventlow, H., Norra, C., Juckel, G. y Daum, I. (2011). Cognitive and affective empathy in depression linked to executive control. ***Psychiatry research***, **189** (3), 373-378.