



LA FALTA DE EMPATÍA: ¿UN SÍNTOMA ESPECÍFICO DE LA ESQUIZOFRENIA?

VISITACIÓN ALCALÁ, MANUEL CAMACHO, SAMUEL L. ROMERO Y NURIA BLANCO

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Resumen: La empatía es definida como la capacidad del individuo para reaccionar ante las experiencias de los otros. La investigación sobre empatía en la enfermedad mental es limitada. El autismo y las psicopatías clásicas han sido los más estudiados. Los objetivos fueron dos: analizar la empatía en pacientes diagnosticados de esquizofrenia (ESQ) y compararlos con pacientes diagnosticados de trastorno límite de personalidad (TLP). Se estudian 90 sujetos (30 ESQ, 30 TLP y 30 controles sanos) mediante el Índice de Reactividad Interpersonal. Los resultados ponen de manifiesto que los ESQ y los TLP tienen menor nivel de empatía que los controles sanos, sin diferencias entre ambos grupos de pacientes. El déficit empático se debe al componente cognitivo de la empatía, mientras el componente emocional no se modifica. Dicho déficit no permite diferenciar entre ESQ y TLP, lo que apoyaría la hipótesis de que los TLP serían formas mitigadas de esquizofrenia.

Palabras clave: Empatía; esquizofrenia; trastorno límite de personalidad.

Lack of empathy: A specific symptom of schizophrenia?

Abstract: Empathy is defined as the individual's ability to react to the experiences of others. Research on empathy in mental illness is limited. Autism and classical psychopathy have been most studied. We had two objectives: to analyze empathy in patients diagnosed with schizophrenia (SCH) and to compare with patients diagnosed with borderline personality disorder (BPD). We assessed 90 subjects (30 SCH, 30 BPD and 30 healthy controls) using the Interpersonal Reactivity Index. The results manifested that both SCH and BPD had lower levels of empathy than healthy controls, without differences between the two groups of patients. The empathic deficit is due to the cognitive component of empathy, while the emotional component is not modified. This deficit does not permit differentiation between SCH and BPD, which would support the hypothesis that BPD would be an attenuated form of schizophrenia.

Keywords: Empathy; schizophrenia; borderline personality disorder.

INTRODUCCIÓN

El término empatía fue introducido a principios del siglo XX en el vocabulario psicológico a partir de la noción de Lipps referida a las vivencias estéticas (Gallese, 2003). Se quería señalar con ella la relación entre un material gráfico y el observador, que imaginativamente proyecta su propio yo al observar el objeto. Sin

duda, la evolución del término lo ha alejado de su sentido primigenio.

La empatía se ha definido, de forma muy general, como la reacción que un individuo tiene al observar las experiencias del otro (Davis, 1983). Se considera un proceso cognitivo social, mediante el cual el sujeto es capaz de penetrar en los sentimientos de los otros y tener una respuesta emocional apropiada a su situación. Es un factor importante en la adquisición de comportamientos acordes con las normas sociales, presentando variaciones en función del género (Bora, Gökçen y Veznedaroglu, 2008; Garaigordobil y García de Galdeano, 2006).

Recibido: 10 abril 2012; aceptado: 15 noviembre 2012

Correspondencia: Visitación Alcalá Pérez, Hospital Universitario Virgen Macarena, Departamento de Psiquiatría, Avda. Sánchez Pizjuán s/n, Patio Santiago Ramón y Cajal, 41009 Sevilla. Correo-e: valcala@us.es

El término empatía ha venido siendo utilizado para referirse a tres constructos diferentes, como rasgo de personalidad, como estado situacional cognitivo-afectivo y como un proceso experiencial. La perspectiva de la empatía como estado cognitivo-afectivo es la que permite estudiar la influencia de diferentes contextos en la práctica clínica de la empatía (Mateu, Campillo, Gonzalez y Gómez, 2010).

Más allá de las múltiples definiciones que se han venido dando de empatía (Guilera, 2008), retomamos aquí la perspectiva cognitivo-afectiva, que permiten destacar dos componentes en la empatía (Jackson, Meltzoff y Decety, 2005). En primer lugar está el componente cognitivo o capacidad cognitiva para tomar la perspectiva de la otra persona, mientras que mantiene al sujeto y al otro diferenciados. La empatía cognitiva es descrita, pues, como la capacidad para captar en el proceso cognitivo el punto de vista psicológico que adopta la otra persona (Davis y Franzoi, 1991).

En segundo lugar está el componente afectivo o la respuesta afectiva hacia el otro, que conlleva el compartir su estado emocional. Esta empatía afectiva se ha descrito como la habilidad para tener reacciones afectivas al observar las experiencias de los otros (compartir los sentimientos). Se trata de un componente diferente al cognitivo. Mientras que para tener una reacción empática ante los sentimientos de otra persona es necesario percibir o inferir la emoción del otro (empatía cognitiva), para que se produzca una reacción empática verdadera es esencial una respuesta fisiológica y autónoma (empatía emocional) (Bora et al., 2008). La diferencia esencial entre ambos componentes empáticos radica en que la empatía cognitiva implica una comprensión del punto de vista de la otra persona, mientras que la empatía emocional abarcaría sus sentimientos (Shamay-Tsoory et al., 2007a).

Son escasos los trabajos que han prestado atención al estudio de la empatía en la enfermedad mental. Uno de los trastornos que ha sido objeto de atención es el síndrome de Asperger, junto con las psicopatías (Blair, 2005; Blair, 2008) Se considera que un déficit de empatía es lo nuclear en el autista, especialmente de la empatía cognitiva. Por el contrario en las psico-

patías se mantiene intacta la empatía cognitiva, y se encuentra afectada la empatía emocional. Se ha descrito un déficit en la empatía en los psicópatas y delincuentes violadores (Martínez, Redondo, Pérez y García, 2008), aunque se ha estudiado poco sobre sus correlatos neuronales (Kirsch y Becker, 2007; Soderstrom, 2003).

Se viene estudiando en los últimos años el deterioro en la relación interpersonal de los pacientes con TLP, como elemento discriminante para el diagnóstico (Gunderson, 2007). Este déficit estaría causado por la dificultad para la empatía (Dziobek et al., 2011). Se señala también que parece existir una disociación entre la empatía cognitiva y emocional en estos trastornos (Harari, Shamay-Tsoory, Ravidy Levkovitz, 2010).

Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia han sido considerados clásicamente como deficitarios en su capacidad empática. Desde la descripción del autismo como núcleo esencial de la esquizofrenia (Minkowski, 1980), hasta la «falta de resonancia afectiva» recogida como ítem en las escalas psicopatológicas PANSS (Kay, 1987) y SANS (Andreasen, 1989), la falta de empatía se considera un elemento esencial en la esquizofrenia (Gallese, 2003). Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia tienen grandes dificultades con la atribución de emociones. Esta dificultad afecta a su capacidad para deducir las percepciones, los pensamientos y las emociones de los otros (Bota y Ricci, 2007). Respecto a la empatía en pacientes diagnosticados de esquizofrenia se presume que existe una disfunción, aunque la evidencia directa es escasa (Shamay-Tsoory et al, 2007a; Lee, Farrow, Spence y Woodruff, 2004). Se ha tratado de relacionar los déficits en diferentes ámbitos de la cognición en estos pacientes con la pérdida de la capacidad empática (Soderstrom, 2003; Brüne, 2005). Los trabajos realizados con población esquizofrénica vienen a demostrar que efectivamente existe una disminución de los niveles de empatía, en comparación con la población normal (Achim, Ouellet, Roy y Jackson, 2011). El déficit empático se ha encontrado también en la esquizotipia, asociado a un pobre funcionamiento social y a un incremento de la afectividad negativa (Henry, Bailey y Rendell, 2008).

No se ha publicado hasta el momento ningún trabajo sobre empatía en pacientes diagnosticados de esquizofrenia en nuestro país.

En el presente estudio hemos querido abordar la empatía en el paciente con esquizofrenia, en comparación con un grupo control sano, siguiendo una metodología similar a la de los escasos trabajos publicados. Como novedad hemos incluido también un grupo comparativo de pacientes diagnosticados de trastorno límite de personalidad, que siempre han sido considerados como deficitarios en la capacidad empática (Dziobek et al., 2011).

Los objetivos trazados en nuestro estudio fueron los siguientes: (1) Confirmar la existencia de un déficit en la capacidad de empatía en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia en nuestro medio, frente a la población normal. (2) Analizar las diferencias en cuanto a la empatía de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia frente a los trastornos límites de personalidad.

MÉTODO

Participantes

Se ha estudiado una muestra de 90 sujetos, distribuidos en tres grupos: 30 pacientes diagnosticados de esquizofrenia (grupo ESQ), 30 pacientes diagnosticados de trastorno límite de personalidad (grupo TLP) y 30 controles sanos (grupo CON). Los pacientes del grupo ESQ y los del grupo TLP fueron estudiados a nivel ambulatorio y diagnosticados por dos de los autores, mediante entrevista clínica. Como criterios de inclusión para el grupo ESQ se requería cumplir criterios DSM-IV para esquizofrenia y no comorbilidad con otros trastornos del Eje I. Para el grupo TLP se requería cumplir criterios DSM-IV para Trastorno límite de personalidad. Los sujetos del grupo CON fueron escogidos de una población normal, sin antecedentes de enfermedad psíquica. Los tres grupos fueron apareados en cuanto a edad y sexo (Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos para los tres grupos

	CON	ESQ	TLP	
Hombres (<i>n</i>)	18	18	17	$\chi^2 = 0,92$ (n.s.)
Mujeres (<i>n</i>)	12	12	13	
Edad (<i>M</i>)	36,87	35,87	32,03	ESQ vs. CON; $t = 0,38$; n.s. TLP vs. CON; $t = 1,94$; n.s.
Edad (<i>DT</i>)	11,10	9,52	7,92	ESQ vs. TLP; $t = 1,69$; n.s.

Nota: CON=grupo control, ESQ=grupo esquizofrénicos, TLP=grupo trastorno límite de personalidad

Instrumentos de evaluación

Se utilizó como instrumento de medida de la empatía el *Índice de Reactividad Interpersonal* (IRI; Davis, 1980). Ha sido adaptada a la población española (Pérez-Albéniz, de Paúl, Etxeberria, Montes y Torres, 2003) y validada en la misma (Mestre, Frías y Samper, 2004).

Este instrumento permite medir las diferencias individuales en las tendencias empáticas desde un punto de vista multidimensional. Consta de 28 ítems distribuidos en cuatro subescalas que miden cuatro dimensiones separadas del concepto global de empatía: Toma de perspectiva (TP), Preocupación empática (PE), Malestar personal (MP) y Fantasía (F), con siete

ítems cada una de ellas. El formato de respuesta es de tipo Likert con cinco opciones de respuesta puntuables de 0 a 4, donde a mayor puntuación, mayor presencia del constructo medido.

La subescala TP mide los intentos espontáneos del sujeto por adoptar la perspectiva del otro ante situaciones reales de la vida cotidiana y ver las cosas desde el punto de vista del otro, sin experimentar necesariamente una respuesta afectiva. En la subescala PE se mide la respuesta del sujeto en relación a sentimientos de compasión y cariño por los otros. En la subescala MP se miden los sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás. Finalmente, en la subescala F el objetivo es medir la

tendencia del sujeto a identificarse con personajes del cine, de la literatura, es decir, recoge la capacidad imaginativa que tiene el sujeto de ponerse en el lugar de personajes de ficción.

Las subescalas TP y F miden los aspectos más cognitivos de la empatía, mientras que las subescalas MP y PE recogen los aspectos más emocionales de la misma (Shamay-Tsoory, Tmer, Goldsher, Berger y Aaron-Perez, 2004; Shamay-Tsoory et al., 2007a).

Se ha comparado el IRI con otras medidas de empatía, como la HES (Hogan Empathy Scale) (Hogan, 1969) y la QMEE (Questionnaire Measure of Emocional Empathy) (Mehrabian y Ebstein, 1972), observándose una buena correlación (Cliffordson, 2002). En un análisis comparativo del IRI con las otras dos escalas, se llega a la conclusión de que el IRI es la que ofrece mejores propiedades psicométricas (Blake y Gannon, 2008).

El IRI ha sido utilizado en estudios sobre empatía, tanto en pacientes psiquiátricos sin diagnóstico de esquizofrenia (Blair, 2005; Guttman y Laporte, 2000; O'Connor, Berry, Weiss y Gilbert, 2002), como en pacientes diagnosticados de esquizofrenia (Shamay-Tsoory et al. 2007a; Montag, Heinz, Kunz y Gallinat, 2007; Derntl et al., 2009; Fuyiwara et al., 2009).

Procedimiento

Los pacientes de los grupos ESQ y TLP fueron reclutados por el Equipo de Salud Mental Comunitario, donde acudieron para revisión periódica. Todos los pacientes diagnosticados de esquizofrenia estaban recibiendo medicación antipsicótica de mantenimiento. Los pacientes del grupo TLP recibían un tratamiento más heterogéneo con antipsicóticos y/o benzodiazepinas. Todos los pacientes firmaron el consentimiento voluntario para participar en el estudio. Posteriormente se les administraba la escala IRI. El grupo CON se obtuvo de los familiares de pacientes que acudían a la consulta de Atención Primaria, obteniéndose así mismo su consentimiento informado. Previamente fueron entrevistados por dos de los autores para descartar patología psiquiátrica presente o en el pasado.

Análisis de los datos

Los datos obtenidos se han analizado estadísticamente mediante el programa estadístico SPSS.15. Se ha utilizado la *t* de Student para la comparación de las medias de las variables cuantitativas y la χ^2 para las variables cuantitativas.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se recogen las puntuaciones medias obtenidas por los distintos grupos evaluados respecto a la variable empatía en las diferentes subescalas del IRI. Se han incluido además la puntuación media de la escala total (Total) y las puntuaciones medias obtenidas en la empatía Cognitiva (subescalas TP + F) y en la empatía Emocional (subescalas PE + MP).

El grupo ESQ se caracteriza, frente al grupo CON, por obtener unos valores significativamente inferiores en la escala TOTAL de empatía. Respecto a las subescalas, obtienen valores significativos inferiores en la TP y superiores en la MP. No existen diferencias en cuanto a las subescalas PE y F. Al analizar las subescalas Cognitiva y Emocional, encontramos que la primera también arroja valores significativamente inferiores, a expensas de la TP, mientras que la segunda no refleja diferencias.

Por su parte el grupo TLP se caracteriza, frente al grupo CON, por obtener unos valores significativamente inferiores en la escala Total. En la comparación de las subescalas se obtienen valores inferiores significativos la subescala TP y superiores en la MP. No existen diferencias estadísticas en las subescalas PE y F. Finalmente, la comparación respecto a las subescalas Cognitiva y Emocional pone de manifiesto que el grupo TLP es significativamente diferente respecto al grupo CON, obteniendo valores inferiores en la empatía cognitiva y superiores en la emocional.

Al analizar las diferencias entre los grupos ESQ y TLP, el grupo ESQ obtiene valores significativamente superiores en la subescala TP, e inferiores en la subescala MP. No existen diferencias significativas entre ambos grupos en las restantes subescalas, ni en la escala Total. Tampoco se reflejan diferencias entre ambos grupos en las subescalas Cognitiva ni Emocional.

Tabla 2. Valores medios (*DT*) obtenidos en las diferentes escalas y subescalas del IRI en cada grupo de estudio

Subescalas IRI	Grupos estudio			Comparación de los grupos de estudio		
	ESQ	TLP	CON	ESQ vs CON (<i>t</i>)	TLP vs CON (<i>t</i>)	ESQ vs TLP (<i>t</i>)
Toma de perspectiva (TP)	12,80 (4,89)	9,67 (5,83)	16,83 (5,17)	3,10**	5,05***	2,26*
Preocupación empática (PE)	17,10 (5,60)	18,17 (5,21)	19,23 (4,34)	1,65	0,86	0,76
Malestar personal (MP)	14,83 (5,86)	16,43 (5,68)	9,97 (4,60)	3,59***	4,84***	1,07
Fantasia (F)	9,77 (4,54)	12,73 (4,87)	11,63 (3,98)	1,69	0,96	2,44*
IRI-Total	24,83 (12,08)	24,13 (12,91)	37,73 (11,04)	4,32***	4,38***	0,22
Cognitiva	22,57 (6,97)	22,40 (7,67)	28,47 (7,60)	3,13**	3,08**	0,88
Emocional	31,93 (8,76)	34,60 (7,06)	29,20 (6,90)	1,34	2,99**	1,29

Nota: ESQ=Esquizofrenia; TLP=Trastorno límite de personalidad; CON=Control. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

DISCUSIÓN

Los hallazgos encontrados en los estudios realizados en pacientes diagnosticados de esquizofrenia con el IRI, sobre el déficit en la empatía de estos pacientes frente a la población normal, son muy similares a los del presente estudio (Shamay-Tsoory et al. 2007a; Montag et al., 2007; Derntl et al., 2009; Fuyiwara et al., 2008; Haker y Rössler, 2009;).

El dato más constante es el aumento de los niveles en la subescala MP, recogido en todos los trabajos, excepto en los de Shamay-Tsoory et al. (2007a) y Shamay-Tsoory y Shur, (2007b). Además, en tres de ellos se recoge una disminución en los niveles de TP. Por último otro dato que se repite en tres de los estudios realizados es la disminución de los valores en la subescala F, que en nuestra investigación no se replica.

Achim, Ouellet, Roy y Jackson (2011) han realizado una valoración estadística de los resultados recogidos en estos trabajos que venimos citando. Concluyen que el tamaño del efecto fue de moderado a grande en las subescalas TP y MP, moderado en la subescala F y pequeño en la subescala PE.

La disminución en los valores de la Empatía Cognitiva (TP+F), pero no en la Empatía emocional (PE+MP), encontradas en nuestro estudio, concuerdan con los resultados de otros autores (Tabla 3).

Tan sólo en dos de los estudios analizados (Derntl et al., 2009 y Fuyiwara et al., 2008) no encuentran diferencias entre los pacientes con

esquizofrenia y los controles sanos en los componentes emocionales y cognitivos de la empatía, si bien están alteradas algunas de las subescalas (MP y F).

Por el contrario, cuatro de los estudios analizados encuentran resultados similares a los del presente estudio.

Así Shamay-Tsoory et al. (2007a) y Shamay-Tsoory y Shur (2007b) ponen de manifiesto este hallazgo, señalando que no intervienen factores como la edad, género o nivel educacional. Sin embargo, no entran a discutir el dato, centrándose en la relación estrecha entre la disminución del componente cognitivo de la empatía y los síntomas negativos de la enfermedad.

Montag et al. (2007) también encuentran esta afectación del componente cognitivo de la empatía, manteniéndose preservado el componente emocional. Confiesan su sorpresa por este hallazgo y apelan a otros estudios en que se señala que los pacientes con esquizofrenia mantienen habilidades empáticas básicas debido a fenómenos de contagio emocional. Por otra parte, hacen referencia a la limitación del paciente con esquizofrenia para poder realizar una correcta mentalización sobre sus propios estados mentales. Esta limitación ha sido puesta de manifiesto por Bora et al. (2008), demostrando que los valores obtenidos sobre empatía mediante el EQ por los pacientes diagnosticados de esquizofrenia son más elevados que los que referían sobre ellos sus propios familiares (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004). Las limitaciones del IRI como único instrumento en la

Tabla 3. Comparación de estudios realizados con el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) en la esquizofrenia

	N		subescalas IRI				Empatía cognitiva (TP+F)	Empatía emocional (PE+MP)
	ESQ/CON	TP	PE	MP	F			
Nuestro estudio	30/30	(-)		(+)			(-)	
Derntl et al. (2009)	24/24			(+)	(-)		NC	
Fujiwara et al. (2008)	24/20			(+)	(-)		NC	
Haker y Rössler (2009)	43/45	(-)		(+)	(-)		(-)	
Montag et al. (2007)	45/45	(-)		(+)			(-)	
Shamay-Tsoory et al. (2007a)	22/55	(-)	(-)				(-)	
Shamay-Tsoory et al. (2007b)	26/31	(+)					(-)	

Nota: (+) Aumento significativo vs. Control; (-) Diminución significativa vs. Control; NC = No constan datos; TP = Toma de perspectiva; PE = Preocupación empática; MP = Malestar personal; F = Fantasía.

valoración de la empatía en pacientes diagnosticados de esquizofrenia ha sido comentada también en otras publicaciones (Shamay-Tsoory et al. 2007a; Fujiwara et al., 2008).

Finalmente Haker y Rössler (2009), aunque encuentran esta misma diferencia, no se pronuncian sobre ella, si bien recalcan que los hallazgos no están influenciados por variables educacionales.

Pero, soslayando esta posible limitación, se plantea el dato contradictorio entre la valoración clínica de que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia carecen de empatía y los datos observados mediante la utilización de instrumentos objetivos. A pesar de la impresión clínica de que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia tienen seriamente afectada la empatía, como se recogía en la introducción, los datos de investigación arrojan una evidencia contraria. Si bien es verdad que el componente cognitivo está alterado, el componente emocional, más ligado a la concepción clínica de la empatía, se encuentra indemne.

Por consiguiente, el primer objetivo de nuestro trabajo viene a confirmar los datos obtenidos en las escasas publicaciones realizadas con el IRI en pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

El hallazgo más relevante de nuestro trabajo lo aporta el segundo objetivo, es decir, la comparación de la empatía entre los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y los TLP. Según nuestros datos, ambos grupos no se diferencian entre sí en cuanto a la empatía cognitiva ni emocional, aunque un análisis más pormenorizado

de sus componentes pone de manifiesto una TP más elevada en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y una F más baja. Un déficit en la capacidad empática ha sido un elemento esencial en el concepto clásico de las psicopatías desde Kurt Schneider (1997). Los datos de que se disponen confirman que los psicópatas carecen de la empatía emocional, conservando la empatía cognitiva (Blair, 2005). Ocurre lo contrario que en el autismo, que tienen conservada la empatía emocional y alterada la cognitiva (Blair, 2008; Rogers, Dziobek, Hassensstab, Wolf y Convit, 2006).

La confrontación de nuestros resultados con los encontrados en la bibliografía, realizados con el IRI (Tabla 4), corroboran la existencia de un déficit en la empatía cognitiva (Dziobek et al., 2011; Harari et al., 2010), mientras que se mantiene la empatía emocional (Harari et al., 2010). Esta disociación entre empatías cognitiva y emocional, lleva a pensar que son distintos fenómenos y posiblemente están relacionados con diferentes circuitos neurocognitivos (Harari et al., 2010; Singer, 2006). En el caso de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia también se ha apuntado la existencia de esta disociación (Shamay-Tsoory y Shur, 2007b). Sin embargo, no es objeto de este trabajo profundizar sobre este aspecto.

Al no existir referencias sobre trabajos realizados con el IRI, en que se comparen pacientes diagnosticados de esquizofrenia y pacientes con TLP, hemos de plantear aquí algunas de las interrogantes que nosotros mismos nos hemos hecho.

Tabla 4. Comparación de estudios realizados con el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) en el TLP

	N		subescalas IRI				
	TLP/CON	TP	PE	MP	F	Emp. Cognitiva (TP+F)	Emp. Emocional (PE+MP)
Nuestro estudio	30/30	(-)		(+)		(-)	
Dziobeek et al. (2011)	21/21			(+)		(-)	(-)
Harari et al. (2010)	47/22					(-)	

Nota: (+) Aumento significativo vs. Control; (-) Diminución significativa vs. control; TP=Toma de perspectiva; PE=Preocupación empática; MP=Malestar personal; F=Fantasía.

En primer lugar, si el instrumento de medida utilizado resulta fiable, ya que muestra sus deficiencias al no discriminar entre dos poblaciones que hipotéticamente deberían comportarse de forma diferente en cuanto a la empatía. El análisis realizado con los 28 ítems que componen el IRI no ha reflejado diferencias esenciales entre ambos grupos. Esto quiere decir que el instrumento no puede discriminar cualitativamente las diferencias, si es que hipotéticamente deberían de existir, entre los déficits de empatía del esquizofrénico y el TLP.

En segundo lugar, es posible que la empatía, considerada por los clínicos como un síntoma importante para el diagnóstico de la esquizofrenia, no esté aún suficientemente operativizado, hasta el punto de que no permita una discriminación entre pacientes diagnosticados de esquizofrenia y otras patologías, como los TLP.

En tercer lugar, si consideramos que los datos son incuestionables, habría que plantearse lo que ya se ha apuntado por otras vías (Franco et al., 2005), a saber, que los TLP podrían ser considerados como un grupo heterogéneo de pacientes en los que quedarían incluidas formas mitigadas de esquizofrenia o límites con ella.

Los datos obtenidos en este trabajo ofrecen nuevas interrogantes al estudio de la empatía en los trastornos mentales, así como un argumento más a la escasa consistencia de nuestra nología actual.

REFERENCIAS

Achim, A.M., Ouellet, R., Roy, M., y Jackson, Ph. (2011). Assessment of empathy in first-episode psychosis and

meta-analytic comparison with previous studies in schizophrenia. *Psychiatry Res., Dec 4.*

Andreasen, N. (1989). Scale for de assessment of negative symptoms (SANS). *British Journal of Psychiatry, 155*, 49-53.

Baron-Cohen, S., y Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 34*, 163-175.

Blair, R. (2005). Responding the emotions of the others: dissociating the forms of Empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition, 14*, 698-718.

Blair, R. (2008). Fine cuts of empathy and the amygdala: Dissociable deficits in psychopathy and autism. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 61*, 157-170.

Blake, E., y Gannon, T. (2008). Social perception deficits, cognitive distortions, and empathy deficits in sex offenders: a brief review. *Trauma, violence, and abuse, 9*, 34-55.

Bora, E., Gökçen, S., y Veznedaroglu, B. (2008). Empathic abilities in people with schizophrenia, *160*, 23-29.

Bota, R.G., y Ricci, W.F. (2007). Empathy as a method of identification of the debut of the prodrome of schizophrenia. *Bulletin of the Menninger Clinic, 71*, 312-24.

Brüne, M. (2005). Emotion recognition, theory of mind and social behaviour in schizophrenia. *Psychiatry Research, 133*, 135-147.

Cliffordson, C. (2002). The hierarchical structure of empathy: dimensional organization and relations to social functioning. *Scandinavian Journal of Psychology, 43*, 49-59.

Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology, 10*, 1-17.

Davis, M.H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 113-126.

Davis, M.H., y Franzoi, S.I. (1991). Stability and change in adolescent self-consciousness and empathy. *Journal of Research in Personality, 25*, 70-87.

- Derntl, B., Finkelmeyer, A., Toygar, T., Hülmann, A., Schneider, F., Falkenberg, D., y Habel, U. (2009). Generalized deficit in all core components of empathy in schizophrenia. *Schiz Research*, *108*, 197-206.
- Dziobek, I., Preisler, S., Grozdanovic, Z., Heuser, I., Heekeren, H., y Roepke, S. (2011). Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *Neuroimage*, *59*, 539-548.
- Franco, M.D., Alcalá, V., Mojarro, M.D., Camacho, M., Casas, N., y Giner, J. (2005). Trastornos de personalidad y esquizofrenia: ¿comorbilidad o artificio diagnóstico? *Psiquiatría Biológica*, *12*, 225-231.
- Fuyiwaru, H., Shimizu, M., Hirao, K., Miyata, J., Namiki, Ch., Sawamoto, N., et al. (2008). Female specific anterior cingulate abnormality and its association with empathic disability in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharm & Biol Psychiatry*, *32*, 1728-34.
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, *36*, 171-80.
- Garaigordobil, M., y García de Galdeano, P. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, *18*, 180-186.
- Guilera, T. (2008). Empatía. Conceptualización y bases neurobiológicas. *Anales de Psiquiatría*, *24*, 216-222.
- Gunderson, J.G. (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, *164*, 1637-1640.
- Guttman, H.A., y Laporte, L. (2000). Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Family Process*, *39*, 345-58.
- Haker, H., y Rössler, W. (2009). Empathy in schizophrenia: impaired resonance. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, *259*, 352-61.
- Harari, H., Shamay-Tsoory, S., Ravid, M., y Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psych Research*, *175*, 277-279.
- Henry, J.D., Bailey, Ph.E., y Rendell, P.G. (2008). Empathy, social functioning and schizotypy. *Psychiatry Research*, *160*, 15-22.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*, 307-316.
- Jackson, Ph.L., Meltzoff, A.N., y Decety, J. (2005). How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. *NeuroImage*, *24*, 771-779.
- Kay, S. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANNS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *13*, 261-276.
- Kirsch, L., y Becker J. (2007). Emotional deficits in psychopathy and sexual sadism: Implications for violent and sadistic behavior. *Clinical Psychology Review*, *27*, 904-922.
- Lee, K.H., Farrow, T.F.D., Spence, S.A., y Woodruff, P.W.R. (2004). Social cognition, brain networks and schizophrenia. *Psychological Medicine*, *34*, 391-400.
- Martínez García, M., Redondo Illescas, S., Pérez Ramírez, M., y García Forero, C. (2008). Empatía en una muestra española de delincuentes sexuales. *Psicothema*, *20*, 199-204.
- Mateu, C., Campillo, C., González, R., y Gómez, O. (2010). La empatía psicoterapéutica y su evaluación: una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *15*, 1-18.
- Mehrabian, A., y Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, *40*, 525-543.
- Minkowski, E. (1983). *La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los diagnosticados de esquizofrenia*. Buenos Aires: Paidós.
- Mestre, V., Frías, M.D., y Samper, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, *16*, 255-260.
- Montag, C., Heinz, A., Kunz, D., y Gallinat, J. (2007). Self-reported empathic abilities in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *92*, 85-89.
- O'Connor, L.E., Berry, J.W., Weiss, J., y Gilbert P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, *71*, 19-27.
- Pérez-Albéniz, A., de Paúl, J., Etxeberria, J., Montes, M.P., y Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, *15*, 267-272.
- Rogers, K., Dziobek, I., Hassenstab, J., Wolf, O.T., y Convit, A. (2006). Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome. *J of Autism and Developmental disorders*, *37*, 709-715.
- Schneider, K. (1997). *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Triacastela.
- Shamay-Tsoory, S.G., Tomer, R., Goldsher, D., Berger, D.B., y Aharon-Peretz, J. (2004). Impairment in Cognitive and Affective Empathy in Patients with Brain Lesions: Anatomical and Cognitive Correlates. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *26*, 1113-1127.
- Shamay-Tsoory, S., Shur, S., Barcai-Goodman, L., Medlovich, S., Harari, H., y Levkovitz, Y. (2007a). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, *149*, 11-23.
- Shamay-Tsoory, S., y Shur, S. (2007b). Neurocognitive basis of impaired empathy in schizophrenia. *Neuropsychology*, *21*, 431-8.
- Singer, T. (2006). The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: review of literature and implications for future research. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, *30*, 855-63.
- Soderstrom, H. (2003). Psychopathy as a disorder of empathy. *European child & adolescent psychiatry*, *12*, 249-252.