

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**Caracterización de Empatía en Personas Adictas a Sustancias Psicoactivas
Institucionalizadas en Colombia.**

Malory Monroy

Adriana Sosa Cortés

Universidad de la Sabana

Nota del Autor

**Malory Monroy Monroy, Adriana Sosa Cortés, Facultad de Psicología, Universidad de
la Sabana**

**La información correspondiente a este documento deberá ser enviada a: Facultad de
Psicología, Universidad de la Sabana, Puente del Común, Chía, Cundinamarca. E-Mail:**

malorymonroymonroy@gmail.com, adri_blue93@hotmail.com.

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo caracterizar la empatía en adictos a sustancias psicoactivas institucionalizadas en Colombia. Para esto se realizó un estudio exploratorio en primera instancia bajo la modalidad de encuesta semi estructurada a 4 pacientes para conocer sus comprensiones frente al concepto empatía y luego con la aplicación del Test TECA a una muestra de 28 sujetos, 14 mujeres y 14 hombres de la Fundación Génesis de Bogotá. El estudio concluye que las mujeres presentan una menor empatía entre pares que los hombres, abriéndose la oportunidad de mejora al enfoque de los tratamientos de rehabilitación para adictos, a partir del aporte y oportunidad que brinda la empatía dentro de estos procesos.

Abstract

This research aims to characterize empathy in addicts to institutionalized psychoactive substances in Colombia. For this, an exploratory study was conducted in the first instance under the semi-structured survey modality of 4 patients to know their understandings regarding the empathy concept and then with the application of the TECA test to a sample of 28 subjects, 14 women and 14 men of the Genesis Foundation of Bogotá. The study concludes that women have less empathy between peers than men, opening up the opportunity to improve the approach to rehabilitation treatments for addicts, based on the contribution and opportunity offered by empathy within these processes.

Contenido

Introducción.....	9
1. Planteamiento de problema	11
1.1. Contexto	11
1.2. Formulación del problema.....	11
1.3. Objetivo general.....	12
1.4. Objetivos específicos	12
2. Justificación	13
3. Marco teórico.....	19
3.1. Enfoque afectivo de la empatía	21
3.2. Enfoque cognitivo de la empatía.....	22
3.3. Desarrollo de la Empatía.....	23
3.4. Fases de la empatía.....	24
3.5. Instrumentos para medir empatía	25
3.6. Empatía y adicciones.....	27
4. Marco metodológico	35
4.1. Diseño	35
4.2. Participantes.....	35
4.3. Instrumentos	35
4.4. Procedimiento	37
5. Resultados.....	40
6. Discusión.....	63
7. Conclusiones.....	70
8. Recomendaciones	72
9. Referencias	75
10. Anexos.....	83

Lista de tablas

Tabla 1.....40

Lista de figuras

Figura 1. Categorías del TECA, cognitiva vs afectiva. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.	44
Figura 2. Categorías del teca vs variable de género. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.	45
Figura 3. Género y edad promedio vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.	46
Figura 4. Género y edad promedio de 24 vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.	47
Figura 5. Género y edad promedio 35 años vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.	48
Figura 6. Mujeres de edad promedio 44 Vs. Categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.	49
Figura 7. Género y edad promedio de 68 años vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.	50
Figura 8. Comportamiento de la empatía frente a la edad en hombres y mujeres.	51
Figura 9. Género y estrato dos vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.	51
Figura10. Hombres y Estrato 3 vs categoría TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.	52
Figura 11. Género y estrato 4 vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.	53
Figura12. Género y estrato 6 vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.	54
Figura13. Géneros y tiempo de consumo de 2 años vs categorías de TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.	55
Figura 14. Género y tres años de consumo vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.	56
Figura 15. Género y 4 años de consumo vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.	57
Figura 16. Género y 5 años de consumo vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.	58

Figura 17. Hombres, 6 y 9 años de consumo vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.....	58
Figura 18. Mujeres con 10 años de consumo vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.....	59
Figura 19. Género y 11 años de consumo vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.....	60
Figura 20. Géneros y 43 años de consumo vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.....	61
Figura 21. Empatía con los años de consumo.....	62

Anexos

Anexo 1. Validación de evaluación de rasgos de empatía	83
Anexo 2. Declaración de consentimiento informado.....	84
Anexo 3. Estímulos perceptuales generados de empatía.....	86
Anexo 4. Entrevista Semi-Estructurada	89
Anexo 5 Categorías y sub-categorías del análisis del estudio	92

Introducción

En la mayoría de países del mundo, según la Dirección Nacional de Estupefacientes DNE y el Ministerio de la Protección Social (2013) la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo en Colombia. El 11.5% de las personas encuestadas dice haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida, con un 17.6% entre los hombres y 5.6% entre las mujeres. Por otra parte se detectó un aumento significativo en el uso de cualquier sustancia ilícita (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis o heroína), tanto en la prevalencia de uso alguna vez en la vida (de 8.8% el 2008 a 12.2% el 2013), como en uso del último año (de 2.6% a 3.6%). Este último incremento se explica por el aumento en consumo entre los hombres (de 4.2% a 5.8%), en el grupo de 18 a 24 años (de 5.8% a 8.7%) y en los estratos 1 (2.4% el 2008 y 3.3% el 2013), 2 (2.4% y 3.5% respectivamente) y 3 (2.7% y 3.8%).

El consumo de drogas se ha incrementado aceleradamente en todo el mundo, el fácil acceso, el inicio de la vida universitaria, la disponibilidad económica, el exceso de tiempo libre, la subvaloración de los efectos de la droga, el maltrato y la relación con otros consumidores son los principales motivos de consumo. No existe una relación directa entre los factores de riesgo para promoción del uso de drogas, sin embargo, se sabe que la unión de varios de estos factores como depresión, abandono, fácil acceso a sustancias, entre otros, puede aumentar la vulnerabilidad de las personas a iniciar consumo de sustancias, situación que puede generar una predisposición favorable a dicho consumo (Tirado, Álvarez, Velásquez, et al, 2012).

Según lo expuesto por el Observatorio de Drogas de Colombia [ODC] y el Ministerio de Justicia del Derecho [Min. Just.] en su Reporte de Drogas en el 2015, la drogadicción es una problemática nacional que ha sido atacada desde la perspectiva del control de la oferta, es decir, en busca de la erradicación del cultivo de marihuana y del narcotráfico, sin embargo, actualmente el gobierno ha considerado la perspectiva de la

demanda, es decir, el control de los ya adictos, las cifras estudiadas a lo largo del presente trabajo y la investigación realizada frente a los procesos y características de herramientas para el control y tratamiento de rehabilitación abren la puerta a la oportunidad que tiene la academia de ahondar, investigar y estudiar los diferentes aspectos que harán efectivos los tratamientos de rehabilitación, la re inclusión de los rehabilitados a la sociedad y así la erradicación y control de la problemática causada por la adicción, desde la perspectiva de la demanda, de los consumidores.

El presente trabajo expone el contexto actual del control de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, la determinación del gobierno frente al ataque de esta problemática con inclusión de investigación, estudios sistemáticos y apoyo multidisciplinario, el concepto de empatía dentro del desarrollo de herramientas y programas de rehabilitación y la importancia de este singular concepto como factor clave de éxito para el tratamiento de pacientes adictos a sustancias psicoactivas.

1. Planteamiento de problema

1.1. Contexto

Tomando en consideración el conjunto de indicadores de consumo, la situación de Colombia en el ámbito latinoamericano es intermedia, con niveles de consumo inferiores a los de Argentina, Chile y Uruguay, aunque superiores a los de Ecuador y Perú. OEA (s.f.) Citado por ECOS Latinoamérica (2015).

Tradicionalmente, Colombia ha constituido un referente primordial en los esfuerzos hacia la reducción de la oferta. Colombia ha sido reconocida, en el marco de la denominada “guerra contra las drogas”, como una nación productora y líder en el comercio ilegal de sustancias como la marihuana, la heroína (más recientemente) y como el principal productor mundial de cocaína: no sorprendentemente, los mayores esfuerzos por parte del Estado, durante gran parte del siglo XX y la primera década del siglo XXI, se han dirigido hacia la lucha interna contra el narcotráfico. (Larreamendy y Vence 2011. p. 4).

Colombia tiene liderazgo internacional en término de activar el debate que permita revisar y ajustar las políticas de drogas en procura de mayor eficacia y mejores resultados. Su gestión ha insistido en la necesidad de nuevos enfoques que surjan de consensos globales, tanto en la OEA, como en las Naciones Unidas, ha alentado la deliberación y el análisis basado en evidencias, sin sesgos ideológicos. (Observatorio de Drogas de Colombia [ODC] y Ministerio de Justicia del Derecho [Min. Just.] 2015).

1.2. Formulación del problema

Una de las consecuencias que presenta la adicción a drogas es la exclusión social, para atacar esta exclusión es necesario el trabajo de inclusión a partir de los pares adictos, una

herramienta de ayuda a promover dicha inclusión y que debe ser estudiada para ser usada en pro de este objetivo es la empatía, por ello se hace necesario conocer las características de esta capacidad necesaria para generar inclusión social del adicto, necesidad que da paso a nuestra pregunta de investigación ¿Qué caracteriza la empatía en la población consumidora de sustancias psicoactivas?

1.3. Objetivo general

Caracterizar la empatía en personas adictas a sustancias psicoactivas institucionalizadas en Colombia, a partir de la aplicación del test TECA a una población de 28 internos de la Fundación Génesis.

1.4. Objetivos específicos

Identificar los elementos diferenciadores de la empatía por género edad y clase socio económica

Establecer los componentes de la empatía más desarrollados en la población

2. Justificación

Botvin et al (2003) afirma que el “El consumo y la adicción dependen de determinantes farmacológicos, genéticos, cognitivos, actitudinales, sociales, de personalidad y de desarrollo”. (Larreamendy y Vence, 2011, p 3).

La crítica situación actual del consumo de drogas ha sido determinante para comprender que los esfuerzos no pueden seguir girando alrededor de los tradicionales problemas de producción y exportación de drogas ilícitas, sino que es imprescindible dirigir la atención al consumo interno de sustancias psicoactivas. (Observatorio de Drogas de Colombia [ODC] y Ministerio de Justicia del Derecho [Min. Just.] 2015b).

Según la última encuesta nacional de consumo de drogas liderada por los Ministerios de Salud y Justicia – Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), el porcentaje de personas que recurrieron por lo menos una vez en la vida al empleo de sustancias ilícitas como marihuana, bazuco, éxtasis o heroína, pasó de 8.6% en el año 2008 a 12.17% en el 2013. Un estudio similar, focalizado en estudiantes universitarios, indica que el consumo de marihuana alguna vez en la vida, pasó de 11.21% en el año 2009 a 15.01% en el 2012.

La nueva perspectiva de la política pública en materia de drogas y la actual situación del consumo de sustancias en el país, llevó a la formulación del “Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención del Consumo de SPA 2014-2021”, que tiene por objeto reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido enfocado en la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, prevención del consumo y atención de las personas y comunidades afectadas. El Plan a su vez permite operativizar la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto MSPS (2007) Citado por Observatorio de Drogas de Colombia [ODC] y Ministerio de Justicia del Derecho [Min. Just.] (2015).

Desde la perspectiva de salud pública se entiende la dependencia a las drogas como una enfermedad crónica, que debe ser tratada como cualquier otra condición de salud crónica.

En este marco, el Gobierno Nacional ha realizado avances importantes en el desarrollo de instrumentos normativos y técnicos para garantizar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud en cuanto a la atención de personas con consumo problemático de drogas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Entre los avances se destacan:

Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud – CRES, para la inclusión del tratamiento por consumo de drogas en menores de edad en el Plan Obligatorio de Salud – POS según el cual en su art. 76 estableció que “todo menor de 18 años que use sustancias psicoactivas tendrá derecho a recibir atención psiquiátrica y psicológica ambulatoria y con internación.

Expedición de la Ley 1566 de 2012 (o Ley Galán), Ley 1566 de 2012, “Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional” entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción de sustancias psicoactivas”. Esta Ley reconoce que el consumo, el abuso y la adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública. Entre otros logros del nuevo plan, sin embargo, a nivel de tratamiento, el plan presenta obstáculos como la cobertura insuficiente de las acciones de prevención, el financiamiento a corto plazo, el desbalance de la inversión entre la reducción de la oferta y la demanda de drogas. De acuerdo con el estudio de Min Justicia y DNP (2012) se evidencia un fuerte desequilibrio en términos del gasto antidroga, teniendo en cuenta que solo el 4.74% se enfoca en la reducción de la demanda. Observatorio de Drogas de Colombia [ODC] y Ministerio de Justicia del Derecho [Min. Just.] 2015c).

Para potenciar la solidez de los logros, es importante trabajar desde la inclusión social y la reducción de las vulnerabilidades, en las que se encuentran las causas más profundas del consumo problemático. Según Mejía (2014) en su artículo ¿Por qué ha fracasado la prevención en Colombia?, la mayor vulnerabilidad de todas sería “la exclusión social de los jóvenes y la falta de oportunidades para su futuro”.

Además de precisar los procedimientos de las autoridades frente a los consumidores y los traficantes, es necesario sensibilizar a la sociedad para forjar una mirada diferente al consumidor. El estigma y la discriminación, contribuyen a la marginación de la persona usuaria de drogas y lo distancia de los servicios sociales y de salud. Un estudio realizado por Corpovisionarios encontró que las personas prefieren ser vecinos de una persona “narcotraficante” antes que de una “drogadicta”. Mejía (2015), Citado por Observatorio de Drogas de Colombia [ODC] y Ministerio de Justicia del Derecho [Min. Just.] (2015).

De acuerdo al Observatorio de Drogas de Colombia [ODC] y el Ministerio de Justicia del Derecho [Min. Just.] (2015), el conocimiento y visibilización del problema es un campo en el que siempre es posible mejorar e innovar con nuevos enfoques y metodologías de investigación que faciliten el acceso a ciertas poblaciones clave o a consumos particulares.

Las modalidades de tratamiento difieren en sus estrategias específicas, en los enfoques que las inspiran y en sus metas. Las metas pueden variar desde la desintoxicación hasta el logro de la abstinencia total o, por el contrario, de un consumo funcional. Por su parte, las estrategias específicas pueden implicar el uso de drogas para moderar los síntomas de abstinencia, el uso de técnicas cognitivo- conductuales (e.g, habilidades de afrontamiento, entrenamiento para el manejo del estrés, entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, retroalimentación, entrenamiento para la asertividad y el manejo de la ira). La participación del paciente en comunidades terapéuticas o grupos de apoyo, y la intervención en parejas, familias e incluso comunidades. La efectividad de estas estrategias, que pueden

desarrollarse en las modalidades residencial o ambulatoria o en modelos mixtos (como es el caso de los hospitales noche), depende de su adaptación a las características y necesidades del paciente y su entorno, así como del tipo específico de droga en cuestión (e.g. alcohol, marihuana, cocaína, drogas sintéticas). (Larreamendy y Vence. 2011. p. 15).

En los Estados Unidos, en particular, existe un consenso creciente alrededor de algunos tipos de tratamiento que han demostrado efectividad en experimentos clínicos bien diseñados. Algunos de ellos son, en el ámbito de los tratamientos no farmacológicos, la terapia sistémica, la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de mejoramiento motivacional, los grupos de autoayuda de 12-pasos (como es el caso de los Alcohólicos Anónimos), y la terapia familiar multidimensional, para el caso de adolescentes consumidores. Algunos principios subyacentes a estas y otras intervenciones efectivas incluyen la idea de que ningún tratamiento es universalmente efectivo, la necesidad de proveer tratamientos prolongados en el tiempo y fácilmente accesibles, la conveniencia de combinar intervenciones comportamentales y medicación, y la necesidad de evaluar con frecuencia las necesidades cambiantes del paciente. Naturalmente, estas buenas prácticas deben tomarse con beneficio de inventario, no como dogmas, sino como hipótesis de trabajo que deben pasar, en todo caso, la prueba de la adaptación cultural. Cunningham (1999) Citado por Larreamendy y Vence (2011, p 15).

Según Larreamendy y Vence (2011), se destacan tres hallazgos dentro de su investigación respecto al tratamiento dentro de Colombia de personas adictas a drogas, el primero de ellos está relacionado con el incremento en años recientes y la prevalencia en Colombia de programas basados en la teoterapia, programas sin mayor estructura y con precarias, cuando no inexistentes bases teóricas. El segundo hallazgo es el carácter marginal de los tratamientos, o más generalmente dicho, de las intervenciones destinadas a la reducción del daño, es decir, a metas terapéuticas que no implican abstinencia total.

Finalmente destacan la fragilidad financiera de la mayoría de instituciones, lo cual repercute negativamente en la calidad de los profesionales, las estrategias de actualización y, en general, en la calidad de los servicios ofrecidos (que, por ejemplo, no incluyen, en la mayoría de los casos, evaluaciones integrales de los usuarios o atención a mujeres o grupos minoritarios). La carencia de profesionales idóneos, sumada a la implementación de estrategias de intervención de dudosa (o cuando menos, no probada) efectividad, hacen que el frente del tratamiento sea, en conjunto, precario en relación con los retos que se le imponen.

Por último, los autores Larreamendy y Vence (2011) afirman que la carencia de estudios sistemáticos y comparables durante los últimos veinte años ha creado lagunas fundamentales en la información sobre la naturaleza, evolución y efectividad de los programas de prevención y las acciones en el campo del tratamiento y la rehabilitación. Ello, a su vez, ha resultado en falta de definición de políticas públicas pertinentes, acordes con un fenómeno que muestra transformarse en el tiempo. La necesidad de centralizar información y de llevar a cabo investigación evaluativa rigurosa es, en realidad, un aspecto de la necesidad más amplia de que el fenómeno del consumo de drogas sea objeto de indagación y consideración en la academia, ello implica, que el consumo deje de ser patrimonio exclusivo o preferente de la psicología y sea materia de estudio en disciplinas como la antropología, la historia, la economía, la ciencia política y la sociología, para mencionar algunas.

El consumo y las adicciones son fenómenos de relativo reciente estudio en las ciencias sociales y las ciencias de la salud. Aun así, en las últimas décadas, se han hecho avances decisivos en la explicación de los mismos, al margen de formas de comprensión (y, en ocasiones, de justificación) basadas en discursos morales, religiosos o discriminatorios. El reto del Estado colombiano, al igual que el de los Estados modernos es trazar políticas basadas en la investigación sistemática y el debate académico y velar, a través de evaluaciones periódicas y comparables metodológicamente, por la calidad de los programas y

las intervenciones adelantadas. Lo anterior, por supuesto, requiere que la prevención y el tratamiento o dicho de manera general, la reducción de la demanda sean tan prioritarios como los esfuerzos por controlar la oferta. (Larreamendy y Vence. 2011. p. 23).

A partir del fuerte y arduo trabajo que ha ido de a pocos re enfocando el gobierno nacional, dejando de afectar la fabricación de sustancias psicoactivas y enfocándose y preocupándose por el tratamiento a personas ya adictas, los profesionales en las áreas inherentes a la atención de esta población, dentro de los cuales se encuentra la psicología, se enfrentan a un reto frente a la investigación, evaluación y estudio de nuevos enfoques, propuestas y profundización en elementos claves del tratamiento, siendo el problema de la exclusión uno de los factores prevalentes que presenta el gobierno nacional, cuánto más no debe ser estudiada la empatía y la inclusión entre pares adictos, ya que a partir de esta convivencia se genera la empatía y relación con el exterior.

3. Marco teórico

La empatía ha sido producto de estudio hace décadas, el concepto ha tenido una historia difícil ya que esta se ha visto marcada por desacuerdos e incompatibilidad entre teóricos. Moya, Herrero y Berna (2010) indican que el estudio de la empatía corresponde a ramas interdisciplinarias como por ejemplo: filosofía, teología, psicología, etiología, y recientemente a la neurociencia.

La empatía no solo tiene relación con otras ciencias sino que conserva una relación estrecha con conceptos que han sido estudiados e investigados desde teorías desarrollistas, por ello, es importante entender la relación que existe entre la empatía y conceptos como la conducta pro social. La conducta pro social es el comportamiento voluntario que busca el beneficio de los otros independiente de nuestro propio beneficio pero sin la afectación física o moral propia. (Caicedo, 2014).

Existen teóricos que al iniciar el estudio de la empatía inician con una investigación teórica sobre la conducta pro social para así entender el desarrollo y origen de una conducta empática.

Por ejemplo Redondo, Rueda y Amado (2013) en su estudio experimental recopilaban información de teóricos que años anteriores han desarrollado e investigado el concepto de la empatía, estos autores concluyen que el impulsar conductas pro sociales en edades tempranas es de vital importancia ya que permite potenciar la solidaridad, tolerancia, cooperación y además ayuda a prevenir comportamientos violentos, xenofóbicos o agresivos, comportamientos desadaptativos. Así mismo, los autores anteriores al hablar del marco de comportamiento frente a conductas pro sociales en niños y adolescentes mencionan dos factores importantes para la ejecución de dicha conducta, empatía y razonamiento moral.

Por otro lado, Garaigordobil y García (2006) en su estudio investigativo exploratorio encontraron que los niños y adolescentes con altos niveles de empatía tienen mayor estabilidad

emocional, concluyendo en su estudio que altos niveles de empatía muestran en sus participantes un buen auto concepto y autoestima.

El presente trabajo investigativo tendrá una mirada desarrollista de la empatía, para esto utilizaremos varios estudios realizados por el doctor Decety quien en el (2010) partiendo de una mirada desarrollista afirma que la empatía no es innata pero se evidencia el desarrollo de ésta aproximadamente a las 10 semanas de nacer el sujeto, existe una amplia evidencia que demuestra que la conducta del componente afectivo de la empatía se empieza a desarrollar antes del componente cognitivo y que ésta (empatía) implica un sentir hacia el otro ejemplificado en el llanto contagioso de un neonato a otro.

Desde el momento en que el ser humano nace se ve expuesto a un constante contacto social, el cual se intensifica con el pasar del tiempo y obliga a la persona a desarrollar habilidades que le permitan relacionarse con los otros de manera adecuada. La empatía es una de las habilidades esenciales para facilitar y garantizar el éxito en la interacción social o interacción con el entorno (Hoffman, 2001).

Decety, Greg y Norman (2015) explican el proceso empático desde la neurociencia en donde la excitación empática es el primer bloque de construcción ontogenética de la empatía, el desarrollo de ésta se asocia con la capacidad para diferenciar entre el yo y el otro, que es un aspecto crítico de la capacidad empática madura la que facilita la comprensión de estados mentales de los otros.

La empatía es la habilidad de comprender los estados emocionales de otros, esto se da por medio de su aprendizaje vicario en cuanto al reconocimiento de emociones y la lectura de estas en diversas situaciones (Meiring, 2014).

Teniendo en cuenta lo anterior Decety, Echols & Correll (2010) definen ésta como un proceso de inducción intersubjetivo a través del cual lo cognitivo y las experiencias afectivas de otro vienen a ser compartidas, sin perder de vista la fuente original de la experiencia.

A partir de estos planteamientos, ponerse en el lugar del otro, no es simplemente centrar la atención en un sujeto y su situación, se trata de imaginar cómo esa persona se ve afectada por su situación sin sentir confusión entre las sensaciones experimentadas por la exposición a sentimientos experimentados por otros (Ruby & Decety, 2004). Investigaciones realizadas demuestran que los seres humanos tienen la capacidad de adoptar intencionalmente la perspectiva subjetiva de los demás, poniéndose en la situación del otro e imaginando lo que este siente, para que esto suceda se requiere que la persona mentalmente simule la perspectiva del otro mediante la maquinaria neural propia (Decety & Jackson, 2006).

Sin embargo el ser humano no necesita de un estímulo sensorial para comprender la dificultad en la que se encuentra otra persona, solo con imaginar la angustia de un individuo es suficiente para despertar sentimientos hacia otro (Paz, 2015).

La empatía en el procesamiento emocional, para Decety (2014) es un fenómeno interpersonal necesario en la interacción social. El desarrollo de la empatía permite vivir en grupos, cooperar y socializar, también desarrolla el razonamiento moral y motiva la conducta prosocial (Chenga, Chena y Decety, 2014).

3.1. Enfoque afectivo de la empatía

Alude a la capacidad de sentir lo que los protagonistas sienten, implicarse afectivamente de forma vicaria o sentirse preocupado por sus problemas (empathic concern). Posibilitará que el sujeto sea capaz de experimentar los mismos sentimientos que vivencian las personas («sentir con los personajes»). También permitirá que el sujeto se sienta preocupado por el destino o situación de dichas personas («sentir por los personajes»), lo que se asocia a sentir emociones como la compasión, la tensión o el suspenso (Garaigordobil, & Maganto, 2011).

3.2. Enfoque cognitivo de la empatía

La psicología y la neurociencia entre otras ramas disciplinarias frente al estudio de la empatía han propuesto modelos o enfoques para entender y trabajar este concepto de una manera más estructurada (Roel, 2014). Dentro del concepto empatía se puede diferenciar dos componentes: cognitivo y afectivo, el componente cognitivo entiende los pensamientos y sentimientos del otro y es capaz de adoptar su perspectiva, así mismo permite atribuir a la otra persona un estado mental, una actitud para inferir pensamientos y sentimientos y predecir así su comportamiento; el componente afectivo es la respuesta emocional apropiada de un observador al estado emocional de otra persona (García, González y Maestú, 2011).

Moya, Herrero y Berna (2010) aclaran que el componente cognitivo incluye las áreas de procesamiento de emociones, percepción social, el conocimiento de las reglas sociales, el estilo atribucional y la teoría de la mente; la cognición es un concepto que hace referencia al conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales, y que incluyen los procesos implicados en la percepción, interpretación y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de otros.

Fernández, López y Márquez (2008) al hablar del enfoque cognitivo se refieren a Köhler como uno de los investigadores pioneros en el estudio de la empatía, para Köhler la empatía consiste en la comprensión de los sentimientos de los otros; años más tarde Mead en el año de 1934 añade que la empatía es adoptar la perspectiva del otro, comprendiendo sus sentimientos; así mismo Fenichel en 1947 habla de la empatía como identificación con el otro.

Partiendo de lo anterior, se debe aclarar que dentro del modelo cognitivo se ha utilizado para el estudio de la empatía la conocida Teoría de la Mente la cual fue desarrollada por David Premack y Guy Woodruff en 1978, quienes la definieron como la habilidad para atribuir pensamientos, intenciones, comportamientos y estados mentales a otras personas o individuos (Muzio, 2013).

Durante el transcurso de la vida las personas han intentado identificar los estados mentales que les permiten explicar y predecir sus conductas. El concepto de teoría de la mente además de explicar la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos y creencias, permite entender cómo un individuo desde su propio sistema cognitivo realiza una representación de los contenidos de otro sistema cognitivo (Gómez, Molina y Arana, 2013).

Gómez, Molina y Arana (2013) menciona a dos autores Eisenberg y Miller quienes en 1987 plantearon que unos de los aspectos fundamentales de la teoría de la mente es la empatía, ya que esta permite un adecuado funcionamiento social e interpersonal a través de la expresión de sentimientos; también la empatía por sí misma es inhibidora del comportamiento violento.

La teoría de la mente habilita al individuo para actuar sin dificultades en sus relaciones interpersonales, ya sean íntimas o profesionales, pero aún más importante le permite anticipar o predecir, y establecer relaciones afectivas (Téllez, 2006).

3.3. Desarrollo de la Empatía

Según Decety (2010) la empatía suele surgir cuando el niño tiene mayor conciencia de la existencia de otros, lo cual se da durante el segundo y tercer año de vida en un contexto de una interacción social. Este autor explica que la maduración de la empatía y preocupación por otros dependen de la integración funcional que se establece en la conducta social dirigida a un objetivo teniendo en cuenta los componentes de la empatía como activación afectiva, la comprensión emocional y la regulación emocional.

Existen pruebas convincentes de que las conductas pro sociales surgen en la infancia temprana. Los bebés de 12 meses de edad comienzan a consolar el llanto y angustia de otros, y los niños de 14 a 18 meses de edad muestran comportamientos espontáneos ayudando a los demás sin esperar ser recompensados (Svetlova, Nichols, & Brownell, 2010).

Adicionalmente, es importante tener en cuenta que los factores genéticos y ambientales contribuyen en el desarrollo de la empatía y la pro socialidad (Knafo, Zahn., Van Hulle, Robinson, & Rhee, 2008).

Existe una amplia evidencia que demuestra que el componente afectivo de la empatía se desarrolla antes que los componentes cognitivos. Antes de la aparición del lenguaje, el medio principal por el cual los niños pueden comunicarse con otros en su medio ambiente es por la lectura de las expresiones faciales. La capacidad de respuesta afectiva se sabe que está presente en una edad temprana, es involuntaria, y se basa en la imitación (Leppanen & Nelson, 2009).

Sin embargo, los componentes cognitivos que dan paso a la comprensión empática tienen un curso más prolongado de desarrollo que los componentes afectivos, a pesar de que muchos precursores ya están en marcha desde muy temprano en la vida. La emoción tiene contenido el cual es a la vez afectivo (agradable o desagradable) y conceptual (una representación de la relación individual con el mundo circundante) (Barrett, Mesquita, Ochsner & Gross, 2007). La emoción es también, sin embargo, un sistema de comunicación interpersonal que provoca la respuesta de los demás. Por lo tanto, las emociones pueden ser vistos tanto como estados intrapersonales e interpersonales, y la construcción de la empatía implica ambas dimensiones.

3.4. Fases de la empatía

Las características que se deben resaltar al hablar de empatía son: capacidad para tomar la perspectiva ajena, sentimiento de preocupación o interés por el otro y emociones relacionadas con el malestar al compartir situaciones tensas con otros (Prieto, 2011).

Autores como Batson en 1991 distingue entre dos tipos de empatía: centrada en el otro; el sujeto es capaz de sufrir con el que sufre y alegrarse con el que está contento, al tiempo que comprende su situación, y centrada en uno mismo; favorece la conducta de ayuda

porque ésta reduce el malestar propio producido por la situación deplorable en la que se encuentran los otros (Chóliz y Gómez, 2002).

Los seres humanos deben pasar por tres fases distintas para desarrollar la empatía: la primera fase es la actitud de apertura, en la cual se extiende parte del ser más allá de los límites usuales, se interesa en la existencia y en el destino de la otra persona pero no por sentimientos de envidia o interés personal, para alcanzar esta primera fase se debe abandonar ideas preconcebidas sobre aquella persona y se debe sintonizar con ella; la segunda fase consiste en derribar las barreras que nos impiden hacer un contacto más directo y espontáneo con el otro, sin confundirnos con él; y tercera fase, retornan a la parte de nosotros mismo que dejamos atrás mientras encontrábamos a otra persona (Cesar, s.f.).

3.5. Instrumentos para medir empatía

A continuación se mencionan algunos de los instrumentos y test más comunes y viables para medir empatía en diferentes edades y poblaciones, hay que aclarar que de los siguientes a nombrar pueden ser utilizados como soporte de otros dentro de una batería de aplicación.

Olivera, Braun y Roussos (2011) explican los siguientes instrumentos:

La escala de empatía de Hogan, instrumento de auto-administración que consta de 64 ítems que responden a cuatro sub-escalas: autoestima, temperamento, sensibilidad y no conformismo (ausencia de conformidad); escala de Meherabian y Epstein, escala de empatía emocional cuenta con un cuestionario auto-administrativo de 33 ítems; la escala de empatía emocional (EES) creada por Meherabian y Epstein en 1972, es un cuestionario auto-administrado. A lo largo de sus 33 ítems el cuestionario, evalúa dos dimensiones de la empatía: ausencia de agresividad hacia el otro y la conducta de ayuda; cuestionario de Reactividad Interpersonal de Davis (IRI), cuestionario de auto-administración que cuenta con

28 ítems y 4 sub-escalas: toma de perspectiva, preocupación empática, sufrimiento personal y fantasía.

Caruso y Mayer en 1998 crearon una medida de empatía emocional mediante la complementación de la definición de mehrabian. (Fernández, Lopez y Márquez, 2008).

Cociente Empático (Empathy Quotient) este instrumento fue diseñado por Barón y Wheelwright (2004) como instrumento diagnóstico del autismo de alto funcionamiento y síndrome de Asperger en adultos con inteligencia normal; Test de empatía cognitiva y afectiva (TECA) este test fue creado por López-Pérez, Fernández- Pinto y Abad en 2008 y es el único de este grupo que fue elaborado en español originalmente, consiste en un cuestionario con 33 ítems subdivididos en 4 escalas: Adopción de perspectivas, comprensión emocional, estrés empático y alegría empática; Lectura de la mirada (Reading the Mind in the Eyes) este instrumento se utiliza para medir Teoría de la Mente en adultos, los resultados que brinda pueden leerse como inherentes al estudio de ambos conceptos, el test estudia la capacidad de comprender los sentimientos/ pensamientos de los otros a través de la lectura de la mirada. (Olivera, Braun y Roussos, 2011).

Los anteriores instrumentos son algunos de los mecanismos utilizados para la evaluación y medición de la empatía más conocida por las ciencias dedicadas al estudio de la empatía, es importante aclarar que estos test suelen ser complementados por mapeos cerebrales para revisar activaciones por áreas.

Para el presente estudio el TECA resulta ser el instrumento adecuado para evaluar la empatía debido a que, además de incluir el componente cognitivo y afectivo de la empatía, considera sus vertientes positiva y negativa aportando una visión más integradora y completa del constructo. De este modo, para evaluar la empatía cognitiva, el TECA tiene en cuenta no solo la comprensión de los puntos de vista ajenos (Adopción de perspectivas), sino también la comprensión de las emociones de los demás (Comprensión emocional). A su vez, para

evaluar la empatía afectiva, considera no solo la capacidad de compartir las emociones negativas de las otras personas y sintonizar emocionalmente con ellas (Estrés empático), sino también la capacidad de sintonizar con las alegrías y éxitos ajenos (Alegría empática).

3.6. Empatía y adicciones

Por otro lado, hablando de empatía y adicciones, es clave explicar que según Servín (2010) el paciente adicto vive a cada momento la experiencia de ser dependiente a una droga, lo que determina una serie de actos, decisiones, comportamientos y actitudes ante los demás y ante sí mismo.

Según lo planteado por Moya, Herrero & Bernal (2010) el desarrollo de las técnicas de neuroimagen ha hecho posible que se produzca un espectacular avance en el conocimiento de las estructuras neuronales implicadas en diversos procesos psicológicos y comportamientos complejos. De esta forma, en los últimos años ha habido un incremento considerable en el número de estudios focalizados en analizar y comprender el funcionamiento de los circuitos cerebrales implicados en la empatía. En este sentido, se han llevado a cabo diversas estrategias experimentales para tratar de reproducir en el laboratorio diversas situaciones que podrían producir empatía de manera similar a como ocurre en la vida cotidiana (Moya, Herrero & Bernal, 2010).

En el ámbito de los trastornos debidos al uso de drogas, la investigación neuropsicológica ha demostrado la existencia de múltiples alteraciones cognitivas a medio y largo plazo (atencionales, amnésicas y ejecutivas) (Tziraki, 2012); sin embargo, la investigación sobre las alteraciones emocionales y sociales asociadas a la adicción a drogas ha sido muy escasa, y se ha centrado, sobre todo, en la percepción y la experiencia emocional. Estos déficits podrían influir en la percepción, interpretación y respuesta emocional hacia estímulos sociales y emocionales, lo que tendría una importancia crítica en

la adaptación personal, laboral y social, áreas nucleares en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de pacientes adictos (Fernández, Lozano, Pérez, & Verdejo, 2010).

Otro aspecto evaluado en algunos estudios sobre presentación de estímulos emocionales es el papel de las diferencias de género en la regulación, experimentación y expresión de la empatía. Las mujeres muestran frecuentemente mayores puntuaciones en los cuestionarios de empatía, de sensibilidad social y de reconocimiento de las emociones que los hombres (Han, Fan & Mao, 2008). Recientemente, se ha llevado a cabo un estudio con la finalidad de analizar si esas diferencias de género están asociadas a mecanismos neuronales específicos implicados en la cognición emocional social. Con esta finalidad se ha empleado una tarea de atribución de emociones en la que los participantes se centraban en sus propias respuestas emocionales ante la presentación de rostros que expresaban una emoción concreta, o evaluaban el estado emocional expresado por otros rostros (Han, Fan & Mao, 2008). En ambos géneros, tanto la expresión emocional centrada en ellos mismos como en los otros activó el circuito neural formado por la corteza prefrontal medial y lateral, la corteza temporal y regiones parietales implicadas en la toma de perspectiva emocional. Durante el procesamiento de las propias emociones, las mujeres mostraron una mayor activación en la corteza frontal inferior derecha y en el surco temporal superior, mientras que en hombres la activación fue mayor en la encrucijada temporoparietal izquierda. Cuando evaluaban el estado emocional de otras personas, las mujeres mostraban una activación incrementada en la corteza frontal inferior derecha, mientras que no se registró mayor activación en ninguna estructura cerebral en hombres (Schulte-Ruther, Markowitsch, Shah, Fink & Piefke, 2008).

Estos hallazgos se han interpretado en el sentido de que las mujeres emplean, en mayor grado que los hombres, áreas cerebrales que contienen neuronas espejo en las interacciones empáticas cara a cara, lo que podría explicar los mecanismos neurobiológicos subyacentes que facilitan el ‘contagio emocional’ (Moya, Herrero & Bernal, 2010). Por otra

parte, se ha observado una activación del hemisferio derecho tanto en hombres como en mujeres al llevar a cabo una tarea de reconocimiento de rostros, pero una correlación positiva entre esa activación y las puntuaciones en un cuestionario de empatía únicamente en el caso de las mujeres. Ello podría indicar la existencia de diferencias de género en los sustratos neuronales que regulan la empatía, que irían fundamentalmente ligadas al hemisferio derecho (Schulte-Ruther, et al., 2008).

Respecto a la influencia del género sobre la empatía, de acuerdo con el estereotipo cultural, la empatía definida como la respuesta afectiva vicaria a los sentimientos de otra persona es más relevante en las mujeres que en los hombres. Las mujeres tienen una tendencia mayor a imaginarse en el lugar del otro/a, mientras que los hombres tienden más a acciones instrumentales. Hoffman, (1977), citado por Retuerto, (2004, p. 333).

Retuerto (2004) concluye que las diferencias de grupo con respecto a la edad y sexo son en general congruentes con hallazgos previos: las mujeres expresan más empatía en sus respuestas afectivas vicarias que los hombres. Con la edad las mujeres incrementan significativamente la respuesta empática hacia personas de su mismo sexo, mientras que los hombres disminuyen su respuesta empática hacia otros.

Mestre, et al, (2001) han encontrado diferencias de género en todas las dimensiones de empatía evaluadas mediante el IRI de Davis, siendo las mujeres las que obtienen puntuaciones significativamente más altas en todos los factores de la empatía.

Para la Fundación Atenea Grupo GID (2008), las mujeres drogodependientes cargan con un peso social referido a vergüenza y miedo que se suma a cuestiones atribuidas al hecho de “ser mujer”, el nacer en una sociedad machista marca a la mujer en aspectos importantes por ejemplo el tener que ser más cuidadosas y precavidas que los hombres, en contextos hostiles como la maltratos psicológicos y físicos las mujeres tienden a no acudir a lugares

para denunciar ellas optan por no contar por miedo a la reacción de la sociedad y del peso que esa les da. Así mismo esta autora dice que el contexto hostil y el aprendizaje que este le otorga a la mujer forjan temperamentos fuertes e insensibles en las mujeres, lo que podría generar baja empatía en éstas.

Por su parte Rey (2003) encontró que tanto hombres como mujeres tendían a atribuir a la mujer una serie de características asociadas con la habilidad empática, mientras que al hombre una serie de características que pueden, en un momento dado, ser opuestas a la misma. Por ejemplo, para la mujer, atribuyen las siguientes características: "Deseosa de consolar al que se siente lastimado", "Dulce", "Tierna" y "Sensible a las necesidades de los demás", mientras que al hombre le asignaron los siguientes rasgos: "Rudo", "Dispuesto a mantener su postura", "Agresivo", "Dominante", "De personalidad fuerte", "Rebelde", "Usa malas palabras", "Egoísta" y "Frío".

Según Moral (2009) se consideran factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas la disponibilidad y el acceso a éstas, las discusiones familiares; modelos paternos de consumo de drogas, la identificación con pares y el consumo por imitación; el consumo para satisfacer curiosidad, utilizar la droga como alternativa para aliviar sintomatología de origen mental, para expresar independencia y rebeldía, adquirir un estado superior de conocimiento o mejorar la capacidad creativa; conseguir una sensación de bienestar, comodidad, y la necesidad de evadir situaciones. De igual manera, se considera que el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y otros trastornos mentales son factores de riesgo para el consumo y dependencia a drogas (Moral, 2009).

Según la OMS, la adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios

continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. Para poder hablar de dependencia física y psicológica las personas presentan tres o más de los siguientes criterios en un período de 12 meses:

Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia (adicción).

Dificultades para controlar dicho consumo.

Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.

Tolerancia.

Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia. (Inversión de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia).

Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

Esta organización define como droga a “toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones alterando los pensamientos, emociones, percepciones y conductas en una dirección que pueda hacer deseable repetir la experiencia, pudiendo provocar mecanismos de tolerancia y dependencia” (OMS, 2013).

Londoño & Ruiz (2010) dentro de la caracterización de los consumidores destaca bajas habilidades sociales, baja conducta prosocial, conducta delictivas, problemas familiares, no resolución de problemas, etc. Estas personas se adaptan a su entorno generando conductas desadaptativas y agresivas, conllevando a problemas de seguridad.

Por su parte Becoña y Oblitas (2002) argumenta que los adictos o dependientes a las sustancias psicoactivas carecen de la capacidad de afrontar la vida sin el uso de drogas y/o alcohol. Por lo tanto se puede decir que el historial de vida de estas personas es el trampolín principal para el inicio de una vida de desesperanza sumido en el consumo de sustancias.

Adicionalmente, Richaud (2009) ha observado que los individuos empáticos son menos agresivos por su sensibilidad emocional y su capacidad para comprender las consecuencias negativas potenciales para él mismo y los otros que se pueden derivar de la agresión; por tanto, la empatía aparece negativamente relacionada con la conducta agresiva y positivamente relacionada con la conducta prosocial.

Aparicio (2012) menciona la investigación realizada por Simona Amenta, donde muestra que varones alcohólicos sufren de disfunción en la empatía sin discriminación de edad, ellos tienen dificultad para reconocer el componente emocional de la ironía, muestra que los hombres alcohólicos al mostrarles frases irónicas las reconocen como emociones positivas. Esto se asocia a altos índices de alexitimia lo que significa déficit en el reconocimiento y verbalización de la emoción y produce dificultades para distinguir y comprender los estados emocionales de las personas. Estos procesos se ven afectados por los efectos neurotóxicos del alcohol que son particularmente dañinos en la corteza prefrontal, área que juega un rol en el procesamiento de la comprensión de estados emocionales.

Estudios previos han encontrado que los drogodependientes sobrestiman la intensidad de las expresiones faciales de felicidad, ira y asco son menos eficaces reconociendo las expresiones de tristeza, y presentan más dificultades para discriminar la ira y el asco. Sin embargo, otros estudios no han encontrado diferencias entre grupos en la discriminación de emociones (Aguilar, Montañez, Gómez, Arráez, Pérez- García, 2011).

Respecto a la experiencia emocional, los estudios demuestran que los drogodependientes presentan una experiencia emocional peculiar que depende, en muchas ocasiones, de la sustancia consumida. En general, los estímulos agradables tienen menos valor y los desagradables toman más relevancia en la población adicta (Aguilar, et.al, 2011)

De acuerdo con Becoña y Oblitas (2002), las personas con dependencia a las sustancias que se encuentran en tratamiento, realizan psicoterapia en estrategias de

control de la ira y la agresividad, además de un entrenamiento asertivo y en solución de problemas. También el entrenamiento en habilidades sociales es enseñado para mejorar sus competencias sociales, ya que al carecer de habilidades interpersonales e intrapersonales adecuadas, los adictos carecen de capacidad para controlar su estado emocional sin acudir al consumo de sustancias.

Es vital para la investigación mostrar estudios realizados sobre adicción y empatía ya que nos sirve como guía de nuestra investigación y sustento de la misma, por eso mismo se utilizara este artículo que bajo un rastreo cuidadoso fue rescatado. Sanchez y Berjano (1996) realizaron una investigación de características de personalidad en sujetos adictos y quedo demostrado que la variable que aparece como más importante en dicho estudio, es la que considera que los sujetos adictos son más inestables emocionalmente, toleran menos la frustración y tienden con más frecuencia a evadir todo tipo de responsabilidad, cuando son comparados con sujetos que no presentan trastornos por dependencia de sustancias.

Según Pérez (2009) el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia se ha incrementado de manera significativa durante los últimos años. Dicho incremento se ha dado tanto en el género femenino como masculino, todas las edades, estratos y profesión u ocupación. Según investigaciones los hombres de estratos altos que consumen asiduamente alcohol y cigarrillos y que están entre los 18 y los 24 años de edad son los más propensos a consumir drogas. De igual forma los consumidores de sustancias psicoactivas se ven mayormente involucrados en problemas con familiares y amigos que en otro tipo de problemas. Finalmente la dinámica del consumo a lo largo de los últimos treinta años y la comparación entre países latinoamericanos y entre ciudades colombianas sugieren, conjuntamente, que la despenalización del consumo de drogas no fue un factor preponderante en el aumento del consumo (Camacho, Gaviria & Rodríguez, 2010).

Las siguientes declaraciones del ex presidente Uribe son representativas de la postura oficial: “el tema del consumo hoy no es solamente un tema de los países industrializados. En nuestro medio está creciendo mucho el consumo. Aquí tenemos muchos problemas y eso está atado a la criminalidad”. Mejía, (2009).

Como también lo son las declaraciones del entonces Ministro de Protección Social, Diego Palacio: “Todos los estudios muestran que a partir de la sentencia de la Corte Constitucional, que autoriza y despenaliza el consumo, se incrementó significativamente el consumo de drogas ilícitas en el país”. El Tiempo, (2009).

4. Marco metodológico

4.1. Diseño

Se llevó a cabo un estudio descriptivo con el fin de describir todas las dimensiones y características de la empatía a partir de la recolección de información obtenida con la aplicación de una entrevista semi estructura y el test TECA a una población de personas en proceso de rehabilitación.

4.2. Participantes

14 Hombres y 14 Mujeres con edades entre los 16 y 68 años, en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas y/o alcohol, que se encuentran internos en la Fundación Génesis de Colombia.

4.3. Instrumentos

Formato para evaluadores: Instrumento mediante el cual, el equipo de psicólogos que apoyan la investigación, revisan y formulan el enfoque de la encuesta semiestructurada para dirigirla a ser un instrumento de medición de la empatía.

Entrevista semi- estructurada: Dentro de la investigación es un instrumento de acercamiento inicial a los participantes del estudio con el objetivo específico de conocer sus percepciones e interacciones previas con el concepto empatía, para así poder aterrizar la aplicación del test TECA a partir de las variables elicitadores de la empatía.

Consentimiento informado pacientes: Explicación del procedimiento a realizar para la participación del paciente dentro de la investigación, donde el paciente es libre de aceptar o no participar de dicho trabajo, al firmar este consentimiento el paciente acepta dicha participación.

Consentimiento informado fundación: Explicación del procedimiento investigativo a realizar, mediante este documento la fundación acepta la aplicación de la investigación a miembros de su población.

Test TECA formato de aplicación 30 hojas: El TECA es una medida global de la empatía compuesta por 33 ítems. En su versión original en castellano, presenta una estructura de cuatro factores. La primera dimensión, **Adopción de perspectivas** hace referencia a la capacidad intelectual o imaginativa de ponerse en el lugar de otra persona (por ejemplo: «Intento comprender mejor a mis amigos mirando las situaciones desde su perspectiva»). **La dimensión Comprensión emocional** se refiere a la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y las impresiones de las otras personas (por ejemplo: «Me doy cuenta cuando alguien intenta esconder sus verdaderos sentimientos»). **El Estrés empático** es la capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona (por ejemplo: «No puedo evitar llorar con los testimonios de personas desconocidas»). Finalmente, **la dimensión Alegría** empática hace referencia a la capacidad de compartir las emociones positivas de otra persona (por ejemplo: «Cuando a alguien le sucede algo bueno siento alegría»). Los ítems se responden en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (Totalmente en desacuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo). El alfa de Cronbach es de ,86 para el TECA global y oscila entre ,70 y ,78 para las cuatro dimensiones. Con respecto a la validez convergente, el TECA presentó correlaciones de ,63 y de ,73 con el Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE; Mehrabian y Epstein, 1972) y con la adaptación española del Interpersonal Reactivity Inventory (IRI; Pérez-Albéniz et ál., 2003).

Cuadernillos de respuesta 30 hojas: Cuadernillos utilizados para la aplicación del test TECA.

Lápices: Instrumento para dar respuesta a los cuadernillos utilizados por los pacientes participantes en la investigación.

4.4. Procedimiento

Inicialmente se llevó a cabo una reunión con el director de la Fundación Génesis de Colombia explicando el objetivo del proyecto e invitando a la participación en el mismo. A su vez se buscaron expertos en conocimiento de empatía y adicciones, se contó con la participación de cuatro profesionales en psicología y especialistas en adicciones quienes estuvieron de acuerdo en participar como evaluadores del formato que buscaba la creación de una entrevista semi-estructurada (ver anexo 1). Al obtener y analizar la tabulación y resultados del formato de evaluación por expertos, se procedió a la validación de ajustes pertinentes en la calificación del ítem y las observaciones propuestas. (Ver anexo 2).

Días antes a la aplicación de la entrevista se asistió regularmente a la fundación sede Sopó donde se realizan los procesos de internado, esto con el objetivo de que la población se familiarice con el equipo de investigación. Simultáneamente las investigadoras seleccionaron a los pacientes a conveniencia, teniendo como criterio de selección: 1.) Pacientes consumidores de sustancias psicoactivas haciendo la salvedad que el alcohol se incluye dentro de estas. 2.) encontrarse en el momento de la aplicación de la entrevista en un proceso de rehabilitación de 45 días internos en la fundación Génesis de Colombia, y 3.) Llevar 20 o más días de proceso y cambio notorio de comportamiento visto y evaluado por el terapeuta. Para la entrevista semi-estructurada se obtuvo una muestra de 4 personas, 2 sujetos mujeres y 2 hombres, con un rango de edad entre los 18 a los 63 años, a dichos pacientes se les explicó el objetivo de esta entrevista y el para qué de los resultados, así mismo se les hace entrega del consentimiento informado (ver anexo 3).

Se realizó la aplicación individual de la entrevista semi-estructurada la cual estuvo a cargo de las investigadoras del presente estudio llevándose a cabo en la Fundación, con una duración aproximada de 40 minutos cada una. La entrevista incluyó preguntas abiertas de situaciones que generan empatía con el fin de detectar las respuestas más frecuentes entre los participantes e identificar los elementos elicitadores de la respuesta empática. La entrevista

incluyó 19 preguntas que se pueden consultar en el anexo 4 del presente trabajo, (ver anexo 4).

Una vez recolectada la información de las entrevistas se procedió a transcribir palabra por palabra para posteriormente realizar el análisis de acuerdo a las categorías presentadas en el anexo No. 5 y así determinar las variables que debían ser manipuladas al momento de la aplicación de la adaptación del test TECA. Estas categorías se seleccionaron a partir de los elementos que componen la empatía referidos por la teoría previamente revisada. De igual forma el análisis de las entrevistas se llevó a cabo en 2 fases. La primera en la cual se identificó la recurrencia entre conceptos, es decir los elementos más referidos por los participantes, y la segunda en la cual se identificaron de manera concreta los estímulos elicitors de la respuesta empática.

Segunda etapa:

Partiendo de la existencia de dos categorías cognitiva y afectiva que describen la empatía dentro de nuestra investigación, se procede a utilizar el test de empatía cognitiva y afectiva TECA que arroja los niveles de empatía total y por categorías para individuos de toda clase, edad y género. Esta prueba no fue diseñada para población de personas consumidoras de sustancias psicoactivas pero se realizó una adaptación al contexto de estas personas para hacer la prueba comprensible.

Se contó con la colaboración de la fundación y los pacientes internos para la aplicación del test TECA, la aplicación contó con dos fases; la primera explicación del procedimiento a realizar y lectura del consentimiento informado y dos aplicación en grupo pero cada persona responde de manera individual su cuestionario. El tiempo que se utilizó para esta parte fue de 15 min, 5 de explicación y 10 de aplicación.

El cuestionario se anexa con su respectiva hoja de respuestas para sacar el resultado en percentiles, este procedimiento se realiza con ayuda del manual del TECA prestado por la universidad del Bosque en Bogotá.

En cuanto a la prueba seleccionada esta se ha desarrollado para población de habla hispana el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA, López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008). Esta escala muestra una adecuada fiabilidad y validez. Además, dentro de las subescalas cognitivas contempla la Comprensión Emocional, recogiendo la distinción de Eisenberg y Strayer (1987) de adopción de perspectiva afectiva. Dentro de las facetas emocionales tiene en cuenta la empatía como respuesta emocional positiva ante un suceso vicario positivo, aspecto no contemplado previamente en otras escalas de empatía.

5. Resultados

En cuanto a la aplicación de la entrevista semi estructurada en la primera etapa de la investigación, se obtuvieron las siguientes respuestas, las cuales posteriormente son analizadas para la adaptación del test TECA.

Tabla 1.

Aplicación entrevista semiestructurada.

PREGUNTAS	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	ANALISIS 1
<p>Recuerde momentos en los cuales haya sentido que se puso en los zapatos del otro. ¿En esta situación estuvieron involucradas personas con las que usted mantiene una relación cercana?</p>	<p>En varias ocasiones he sentido empatía por otro, por ejemplo en una charla de trabajo o viendo un partido, entonces hacemos varios comentarios. He sentido empatía con distintas personas cercanas y no cercanas.</p>	<p>En situaciones como el perder mi matrimonio, problemas laborales en este caso mi padre. Sufrimiento de mi familia, en especial mi madre.</p>	<p>En mi trabajo yo me identificaba con algunos superiores y algunos subalternos. Con mi esposa y mi madre soy empático en cómo pienso.</p>	<p>Una vez con una novia y cuando mi mamá se enteró de mi consumo.</p>	<p>Han sentido empatía con personas con las que comparte un lazo afectivo como mamá principalmente, y familia.</p>
<p>Recuerde una situación puntual en donde un semejante experimento dolor emocional (tristeza) ¿Para usted es fácil sentir sintonizarse con el otro cuando éste experimenta dolor (emocional)? ¿Por qué?</p>	<p>Si se me facilita porque la vida no es tan placentera para todos, no hay igualdad de condiciones y nadie sabe la situación que tiene una persona hasta cuando la siente.</p>	<p>Si me siento identificado en muchas cosas entonces me es más fácil comprender a otro.</p>	<p>Si siento empatía cuando sienten dolor porque son vivencias que se comparten y que llegan a afectarlo a uno así como a la otra persona.</p>	<p>Si se me hace fácil sintonizarme porque muchas veces yo he sentido ese mismo dolor, o hasta peor.</p>	<p>Se pueden sintonizar con los otros debido a que se identifican con los otros en muchas situaciones ya vividas y comprenden el dolor.</p>
<p>Recuerde una situación puntual en donde se haya afectado por el dolor de otro.</p>	<p>Por ejemplo, cuando una persona pierde un ser querido en un momento inesperado.</p>	<p>El no llegar temprano a casa cuando era adolescente y mi mami me esperaba y la angustia de ella. Ahora entiendo esa misma</p>	<p>En las terapias de choque cuando se doblagan y piden ayuda. Esto también me está pasando.</p>	<p>Un día mi terapeuta nos contó una historia de su vida y me cuestiono sobre las cosas que suceden en la adicción.</p>	<p>Angustia Pedir ayuda Cuestionamientos</p>

angustia.

¿Cuándo está disgustado con alguien normalmente intenta calmarse y entender cómo se está sintiendo el otro, que experimenta y porque reacciona así?	Es muy difícil pero a veces trato de entenderlos.	No siempre pero si hay situaciones en las que intento hacerlo aunque no lo logro.	No, soy en esa parte egoísta.	Si, todas la veces trato de no ser grosero y de vivir mi realidad y sentir mi vida como si fuera yo el del problema.	3 de 4 intentan comprender al otro pero es DIFÍCIL.
¿Qué siente usted por una persona que intenta parar de consumir y no puede?	Trato de pensar en cómo se siente y cuáles son sus motivos para poder ayudarlo. Siento ganas de ayudarlo.	Las veo con otros ojos debido a que a la ansiedad que deben sentir es tenaz, yo sé que es complicado entonces trato de no juzgar.	Siento ganas de ayudarla, aunque son decisiones personales el parar de consumir.	Siento su dolor y siento que lo puedo superar, la adicción, si comparto mis sentimientos también.	Comprensión Ayudar Comparten sentimientos
¿En qué situación logra sintonizarse más, al ver que una mujer está siendo maltratada por otra mujer o ver que una mujer está siendo maltratada por un hombre?	Ninguna de las dos.	De ambas maneras me parece algo terrible	En ambas situaciones me puedo sintonizar porque es algo grave.	En ambas porque me parece que las mujeres deben ser respetadas, amadas, valoradas y comprendidas.	Ambas situaciones generan el mismo grado de sintonía.
¿En qué situación logra sintonizarse más, ver que un adulto mayor está siendo agredido verbalmente por un niño o por un adulto?	Ninguna.	Ambas maneras son inconcebibles.	Por un adulto.	Me parece que todos debemos ser amorosos, amigables, respetuosos, compañeritas y muy comprensivos.	Ambas situaciones generan sintonía.
¿Se le facilita entender lo que le pasa a otro cuando este vive una situación extrema (riesgo de perder su familia) o cuando se encuentra en proceso de negación de su enfermedad de adicción?	Si se me facilita y siento cierta preocupación por esa situación.	Si porque yo pienso como sería si yo perdiera a mi familia, son mi todo.	Entiendo más la situación de riesgo de perder a la familia porque son las personas más cercanas a uno.	La situación de riesgo de perder a la familia porque son las principales figuras en la vida de las personas.	Prevalece la situación de riesgo de perder a la familia.
Cuando le cuentan algo personal, ¿Usted puede percibir y aproximarse a lo que está sintiendo el otro en ese	No necesariamente.	Si, dependiendo de la situación y de la forma en que me lo cuentan. Si veo la tristeza en los ojos me puedo	Claro lo siento mucho.	Si me siento conmovido por el otro, y por su confianza y por su fuerza.	Si son capaces de aproximarse al otro cuando le cuentan algo personal, su confianza y mirada lo permiten.

momento?		aproximar más.			
¿Si una persona a la que usted aprecia está pasando por una situación difícil, usted se pone en los zapatos del otro para poder ayudarle o prefiere no involucrarse?	Probablemente, para entender al otro.	Trato de acercarme para poder ayudarla porque me imagino como si fuera yo la que estuviera pasando por esa situación.	Si trato de hacerlo en ocasiones pero no siempre lo logro porque hay situaciones que no me parecen tan difíciles como a otros.	Si porque es muy difícil estar solo en situaciones duras, a mí no me gustaría entonces trato de ponerme en sus zapatos y ser sensible.	Tratan de ponerse en los zapatos del otro para que no este solo, es lo que les gustaría a ellos que los demás hicieran también para no sentirse así.
¿Cuándo usted siente lo que otro vive en determinada situación es porque ya la vivió?	No necesariamente.	Sí, en ocasiones.	Sí, hay veces que son situaciones que ya he vivido o ejemplo de otras personas que conozco.	Si muchas veces, o diría que la mayoría de veces ha sido similar mi situación.	Cuando sienten lo que otros están viviendo es porque ya vivieron una situación similar.
¿Usted podría inferir el estado emocional de una persona con verla u oír la sin que éste le haya contado?	No.	Si a mi manera, es decir trato de entenderlo a mi modo y según mis propios pensamientos.	Si, con mi esposa y mis seres queridos.	Si, con solo su gesto, su forma de comportarse, con su forma de expresarse lo puedo identificar.	Pueden inferir el estado emocional de las personas con su forma de expresarse.
¿Antes de decir algo o concluir, se toma el tiempo para pensar o imaginar cómo se sentiría usted si estuviera viviendo la situación de otro?	Sí.	Si claro, trato de hacerlo para no herir a otras personas.	En ocasiones pero debo reconocer que me cuesta mucho, creo que en la mayoría de veces concluyo primero.	Si porque las palabras pueden herir a otros, el dolor es muy feo y no debemos sembrarlo en otros.	Procuran tomarse el tiempo para pensar antes de hablar para no herir a otros.
¿Si un amigo suyo ha sido grosero y ha herido sus sentimientos, usted intenta entender sus motivos?	A veces, pero es difícil porque lo que yo puedo pensar no es lo mismo que el otro.	Si, nosotros tenemos cosas muy en común y se entienden, como el mal genio y la sensibilidad.	Muy poco, no se trata de entenderlo pero me es difícil comprender sus motivos y razones, es como entrar en la cabeza de otra persona.	Si trato de comprender sus motivos y porque se comportó de esa forma y le doy la solución al conflicto.	Tratan de entender sus motivos debido a que ellos tienen varias cosas en común y se entienden.
¿Cuándo toma decisiones personales lo hace teniendo en cuenta las emociones de los demás?	A veces trato de hacerlo pero también pienso en mis propias emociones y beneficios.	Si procuro hacerlo para no hacer algo que no me gustaría que me hicieran a mí.	No, en mi trabajo las decisiones las tomaba bajo mi riesgo y pensaba muy poco en los demás.	A veces, cuando tomo decisiones lo hago por mi propia iniciativa aunque me cuesta aceptar lo que otros sienten.	Tienen en cuenta las emociones de los demás pero NO siempre, piensan en ellos mismos también.
¿Qué le dice a usted que otra persona necesita ser escuchada y tal vez	Que tenga calma, que analice bien lo que debe hacer y evalué los	Su necesidad de desahogarse que puedo percibir en su estado de	Es un ser que quiera desahogarse de algo o ser	La forma de vida de vida, la forma de sufrir, su comportamiento y manera de vivir, sus	El estado de animo Necesidad de desahogarse

ayudada?	resultados que puede obtener por cada determinación que tome.	ánimo a veces.	escuchado.	sentimientos y hasta su baja autoestima.	Forma de comportarse
¿Que lo conecta más con otra persona cuando ésta habla, su expresión facial o su tono de voz?	Ambas cosas.	Depende de las circunstancias, a veces su expresión fácil ya que es más visible.	La expresión de su rostro.	La expresión en el rostro es lo que más marca en mí ya que puedo ver lo que vive, lo que siente y lo que transmite.	La expresión del rostro
¿Qué entiende por empatía?	Que hay similitud entre una cosa y otra.	Es la situación donde puedo entender o me siento identificado con otra persona en cierta forma.	Es un estado de similitud con lo que le está pasando a otra persona y me identifico con lo que le sucede.	Como ponerse en los zapatos del otro, sentir lo que el otro siente.	Similitud Identificación Ponerse en los zapatos
¿Es importante para usted ser empático? ¿Por qué?	No necesariamente en todas ocasiones porque no todas las personas se prestan para tener alguna charla. Sin embargo, si es importante despertar la empatía.	Si porque de esa forma he podido llevar a cabo mi tratamiento y me he sentido identificado con diversas situaciones.	La empatía con otra persona me ayuda a remover el corazón y sentimientos para mi provecho y es importante en mi tratamiento.	Me parece que a veces si lo es para no hacerle daño a otros.	Si es importante ser empático porque les ayuda en el tratamiento que están llevando a cabo.

Con los resultados obtenidos de la entrevista semi estructurada podemos observar un acercamiento empírico al concepto empatía por parte de los pacientes, así como se evidencia que el concepto es entendido y percibido de manera adecuada, lo que genera un ambiente propicio para la medición de la empatía mediante la aplicación del test TECA.

Luego de analizar los resultados de la entrevista semi estructurada y definir los aspectos elicitadores para la aplicación del test TECA, se realiza el cuestionamiento a los 28 pacientes, obteniendo los siguientes resultados, en principio revisamos los puntajes de empatía frente a sus categorías, luego frente a la edad de los entrevistados, continuando con la comparación frente a su estrato social y finalmente a sus años de consumo:

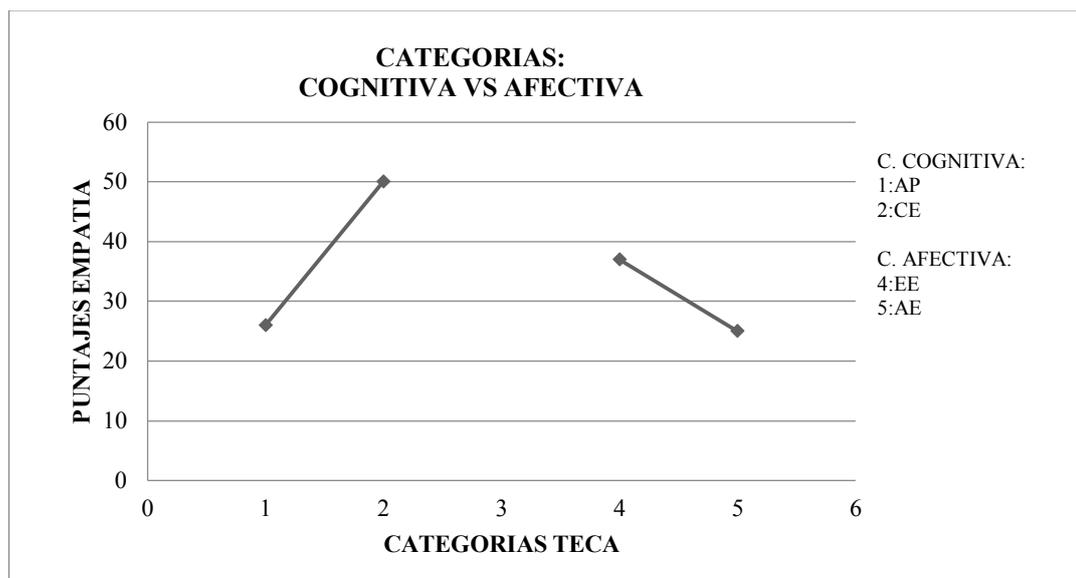


Figura 1. Categorías del TECA, cognitiva vs afectiva. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

En la Figura 1 las categorías del TECA AP adaptación de perspectiva, CE comprensión empática, EE estrés empático y AE alegría empática se agruparon en dos grupos el cognitivo AP Y CE y el afectivo EE Y AE. Se evidencia que la categoría cognitiva específicamente AP puntúa 26 lo que corresponde a baja empatía de acuerdo a la prueba TECA y CE con puntuación de 50 corresponde a empatía media media. En la categoría afectiva se evidencia que EE con puntuación de 37 entra al grupo de empatía media baja y AE con puntuación de 25 evidencia empatía baja.

Lo anterior nos da a entender que los sujetos evaluados presentan mayor empatía afectiva que cognitiva, ya que en los componentes de la empatía afectiva EE y AE obtuvieron

empatía media, mientras que en los componentes de la empatía cognitiva, AP y CE obtuvieron una empatía baja, sin embargo a nivel general la empatía es media baja.

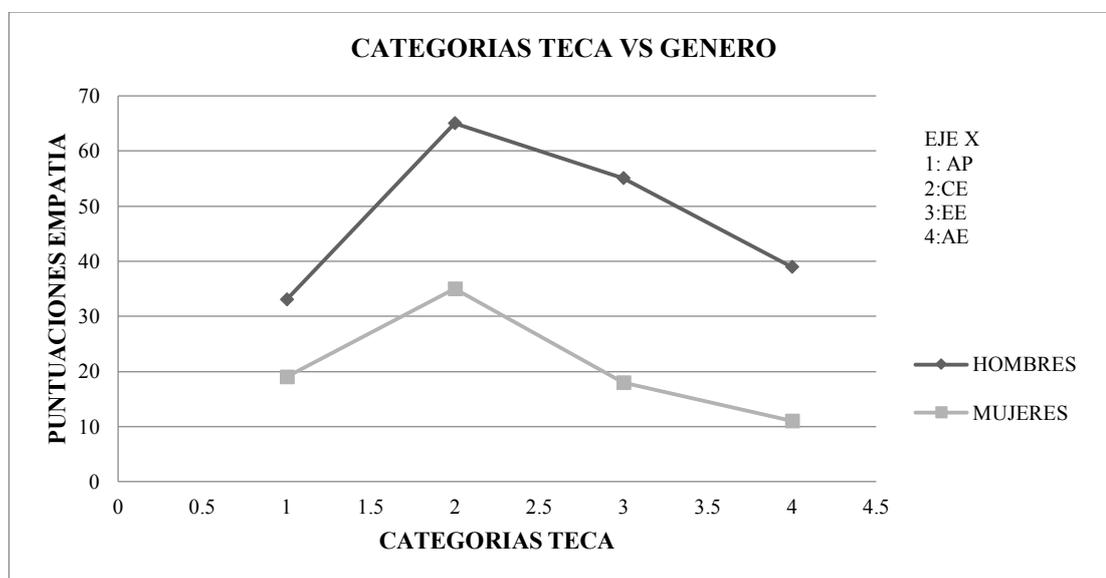


Figura 2. Categorías del teca vs variable de género. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

En la Figura 2 podemos ver que la variable genero se comporta de la siguiente manera, en hombres la puntuación en cada una de las categorías del TECA AP: 33 empatía media baja, CE: 65 empatía media alta, EE: 55 empatía media alta y AE: 39 empatía media baja; lo que corresponde a empatía media en hombres. Para las mujeres AP: 19 empatía baja, CE: 35 empatía media baja, EE: 18 empatía baja y AE: 11 empatía baja.

Estos resultados nos hacen ver como las mujeres presentan una mayor empatía en el aspecto de CE y menor empatía frente a la AE, a pesar de poseer en ambas una baja empatía, mientras que los hombres obtienen una empatía mayor al igual que las mujeres en CE pero menor en AP.

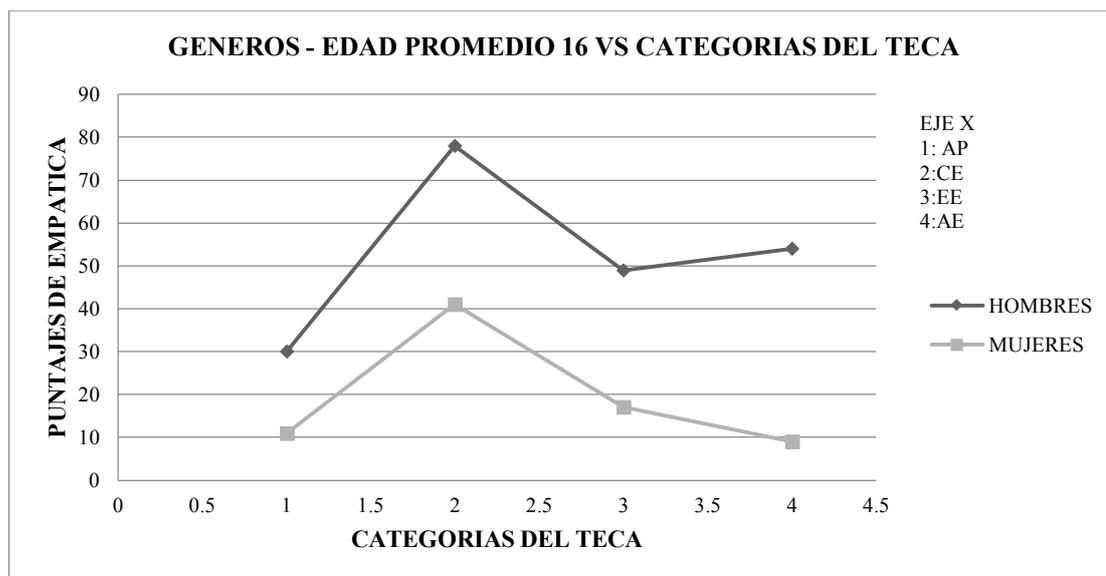


Figura 3. Género y edad promedio vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

En la Figura 3 los hombres reflejan empatía media ya que sus puntuaciones van de la siguiente manera AP: 30 empatía media baja, CE 78 empatía alta baja, EE: 49 empatía media media y AE: 54 empatía media alta. Para mujeres AP: 11 empatía baja, CE: 41 empatía media media, EE: 17 empatía baja y AE: empatía baja. Lo que indica que mujeres en tres de cuatro categorías puntúan empatía baja.

En promedio las mujeres de 16 años de edad presentan a nivel general baja empatía, siendo dentro de estas de mayor empatía el factor CE y menor empatía el factor AE, los hombres de esta misma edad presentan una empatía media, con un factor CE con mayor empatía y el factor AP con menor empatía.

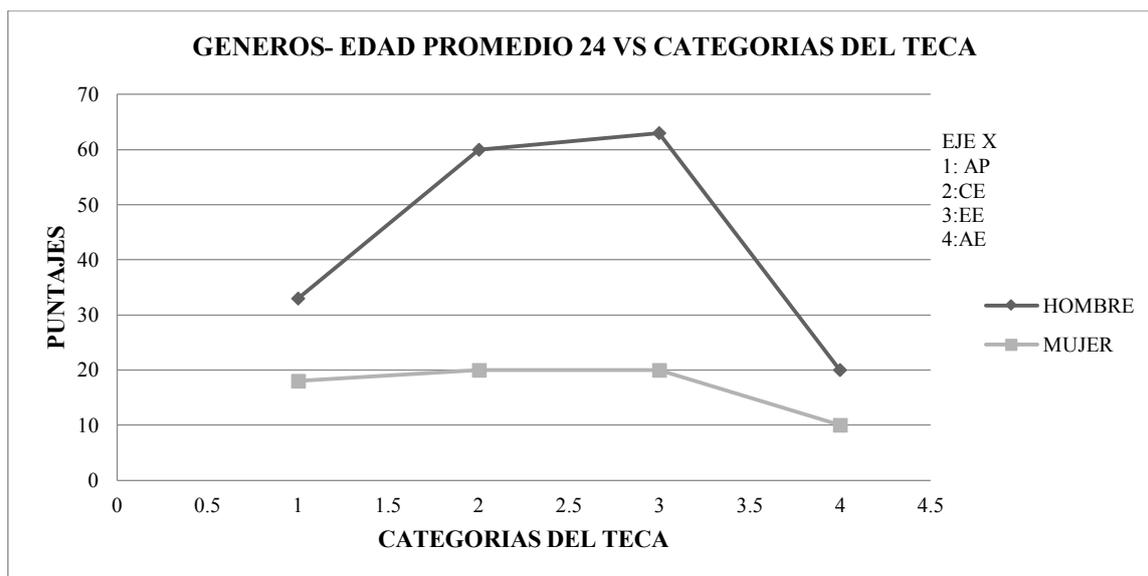


Figura 4. Género y edad promedio de 24 vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

En la Figura 4 hombres obtienen puntajes de empatía por arriba de puntajes de mujeres, siendo para hombres AP: 33 empatía media baja, CE: 60 empatía media alta, EE: 63 empatía media alta y AE: 20 empatía baja. Mujeres AP: 18 empatía baja, CE: 20 empatía baja, EE: 20 empatía baja y AE: 10 empatía baja.

En promedio los hombres de 24 años de edad presentan una empatía alta a nivel general, sin embargo, los factores CE y EE son en mayor medida empáticos frente a los factores AP y AE, siendo AE el de menor empatía, al contrario, las mujeres de 24 años de edad presentan en todos los factores del test TECA una empatía baja, siendo en mayor medida bajo el factor AE.

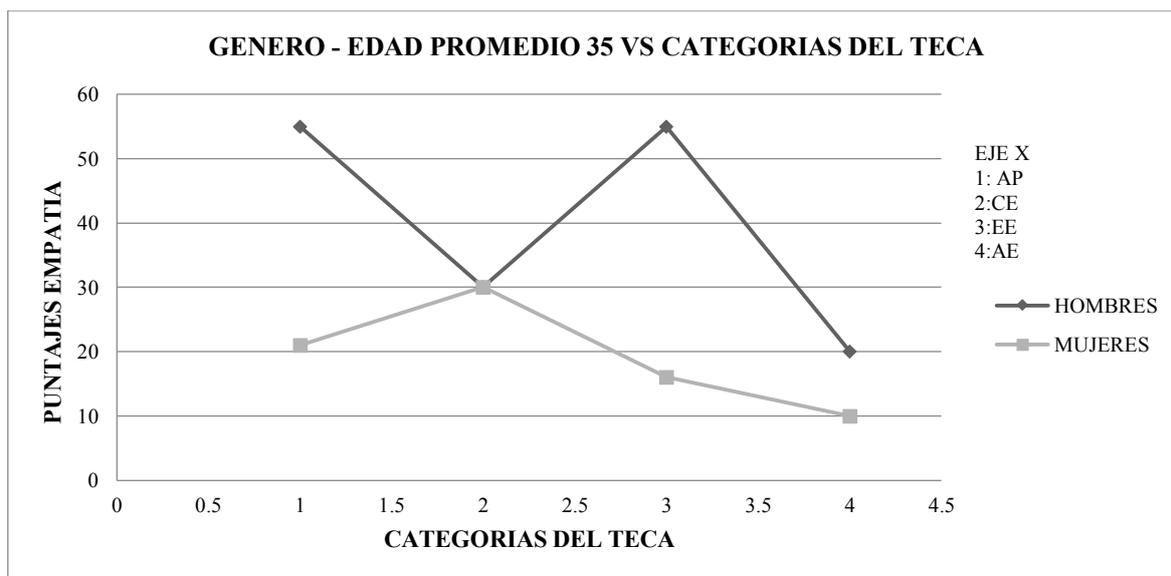


Figura 5. Género y edad promedio 35 años vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

En la Figura 5 que corresponde a la edad promedio de 35 años vemos que los hombres en AP: 55 empatía media alta, CE: 30 empatía baja, EE: empatía media alta y AE: empatía baja. En las mujeres las puntuaciones van de la siguiente manera AP: 21 empatía baja, CE: 30 empatía baja, EE: 16 empatía baja y AE: 10 empatía baja.

Los hombres con edad promedio de 35 años presentan una alta variabilidad frente a los factores que involucra la empatía, siendo los menos valores para los factores CE y AE, y en mayor medida los factores AP y EE, desde el enfoque de las mujeres, estas presentan una empatía en general baja, siendo los factores de menor empatía el EE y AE y de mayor empatía pero con muy poca diferencia el factor CE.

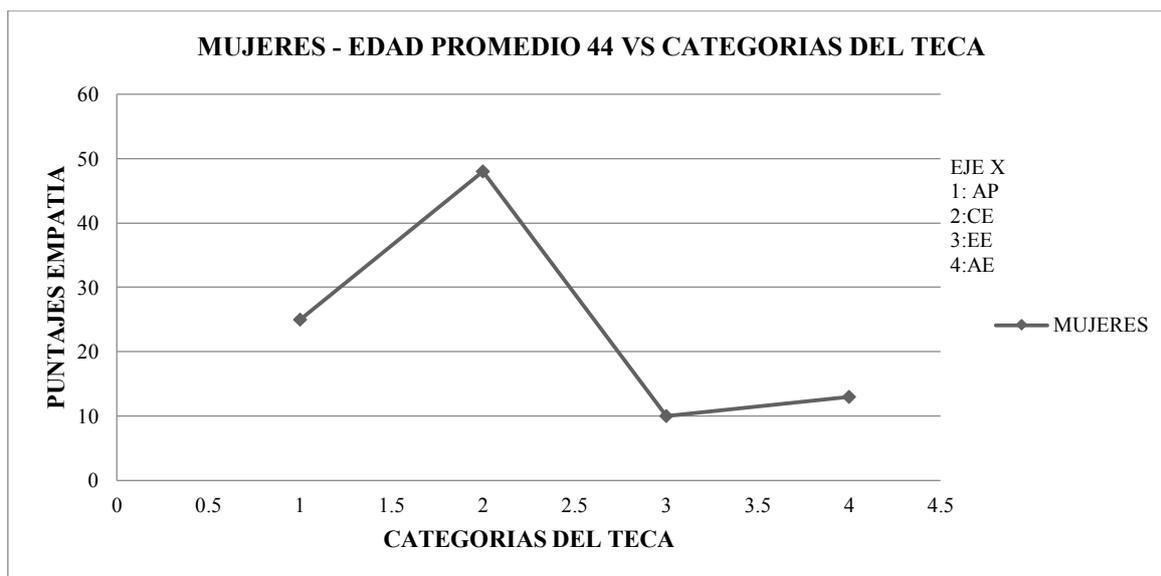


Figura 6. Mujeres de edad promedio 44 Vs. Categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

En la Figura 6 la edad promedio de los participantes es de 44 años siendo población femenina. Se puede decir que para la categoría AP adopción de perspectiva puntúan 25 equivalente a empatía baja, CE la comprensión emocional puntúan 48 empatía medio medio, EE estrés empático se tiene un puntaje de 10 ubicado en empatía baja y por último en AE alegría empática se tiene una puntuación de 13 clasificada en empatía baja.

Las mujeres que tienen en promedio 44 años presentan una variación en los factores de empatía siendo el de menor valor en este caso el factor EE y AE, y el de mayor valor y de hecho el único algo el CE.

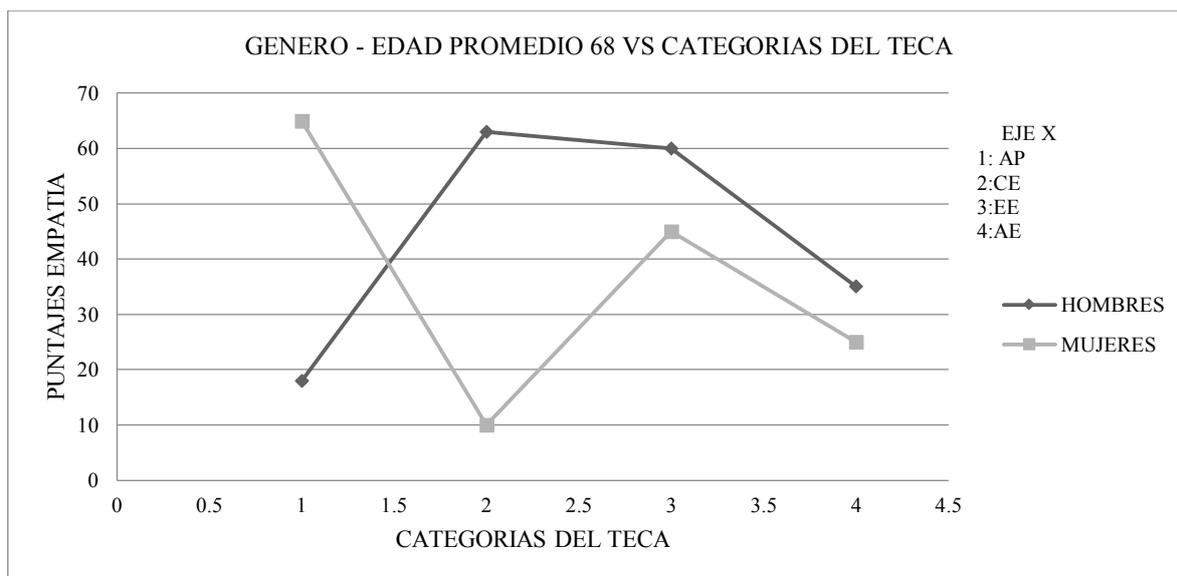


Figura 7. Género y edad promedio de 68 años vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

En la Figura 7 la edad promedio de la población es de 68 años, se muestran dos líneas que corresponden a hombres y mujeres. Hombres puntúan AP: 18 empatía baja, CE: 63 empatía media alta, EE: 60 empatía media alta y AE: 35 empatía media baja. Por otra parte los puntajes de las mujeres muestran AP: 65 empatía media alta, CE: 10 empatía baja, EE: empatía media media y AE: 25 empatía baja.

Los hombres y mujeres de 68 años de edad en promedio presentan una tendencia similar en los factores EE y AE de la empatía, presentándose dentro del rango medio y bajo y siendo de menor valor las puntuaciones de las mujeres, frente a los factores AP y CE se presenta una diferencia marcada entre hombres y mujeres, teniendo una puntuación alta el factor AP y baja el factor CE en mujeres y totalmente contrario para hombres, siendo AP alta y CE baja.

Por último revisamos a manera general el promedio de empatía frente a la edad para mujeres y hombres obteniendo los siguientes resultados.

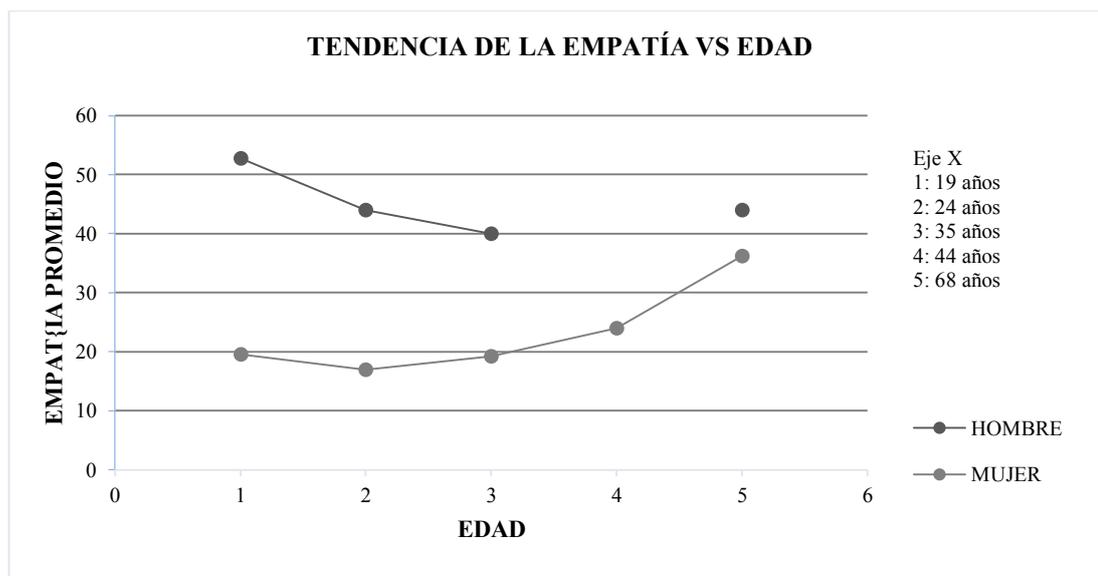


Figura 8. Comportamiento de la empatía frente a la edad en hombres y mujeres.

A manera de conclusión, podemos inferir de los resultados obtenidos que los hombres tienen una tendencia de empatía superior a las mujeres a lo largo de la vida, sin embargo, las mujeres presentan una tendencia a aumentar su empatía con los años, puede ser debido a la experiencia, a las hormonas que marcan una mayor sensibilidad en ciertas épocas de su vida.

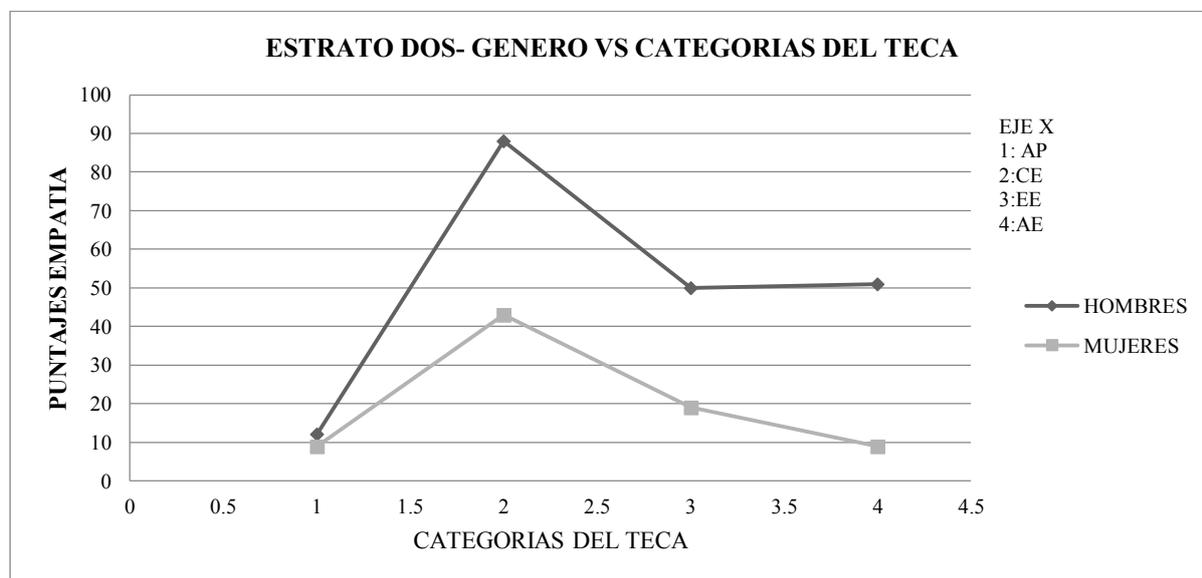


Figura 9. Género y estrato dos vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

En la Figura 9 los hombres de estrato dos puntúan en AP: 12 empatía baja, CE: 88 empatía alta, EE: 50 empatía media media y AE: 51 empatía media media. Mujeres en estrato

dos puntúan AP: 9 empatía baja, CE: 43 empatía media media, EE: 19 empatía baja y AE: 9 empatía baja.

Para el estrato social dos hombres y mujeres manejan la misma tendencia frente a los factores de la empatía, siendo en ambos casos el de menor valor el factor AP, el de mayor valor el factor CE, sin embargo, las mujeres se encuentran en sus cuatro factores dentro de la puntuación de empatía baja.

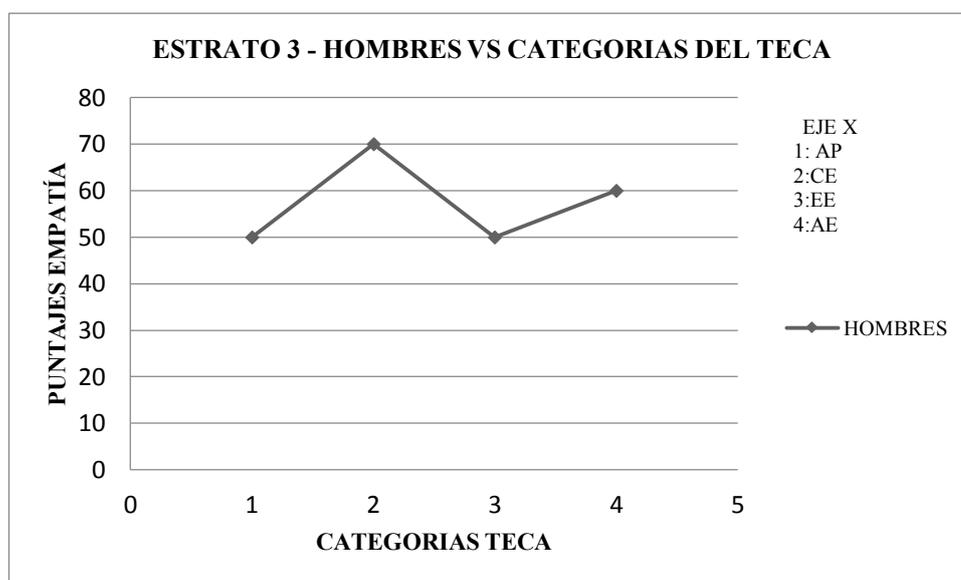


Figura 10. Hombres y Estrato 3 vs categoría TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

Se puede observar en la Figura 10 que en el estrato número 3 la AP adopción de perspectiva puntúa 50 clasificada en el nivel media media de empatía, en CE comprensión emocional se obtuvo una puntuación de 70 alcanzando así el nivel alto de empatía, EE estrés empático tiene 50 puntos lo cual es nivel medio medio de empatía, y por último AE alegría empática cuenta con 60 puntos correspondientes a nivel medio alto de empatía.

Hombres de estrato 3 presentan una puntuación general media alta de empatía, siendo de mayor valor los factores CE y AE y de menor valor los factores AP y EE.

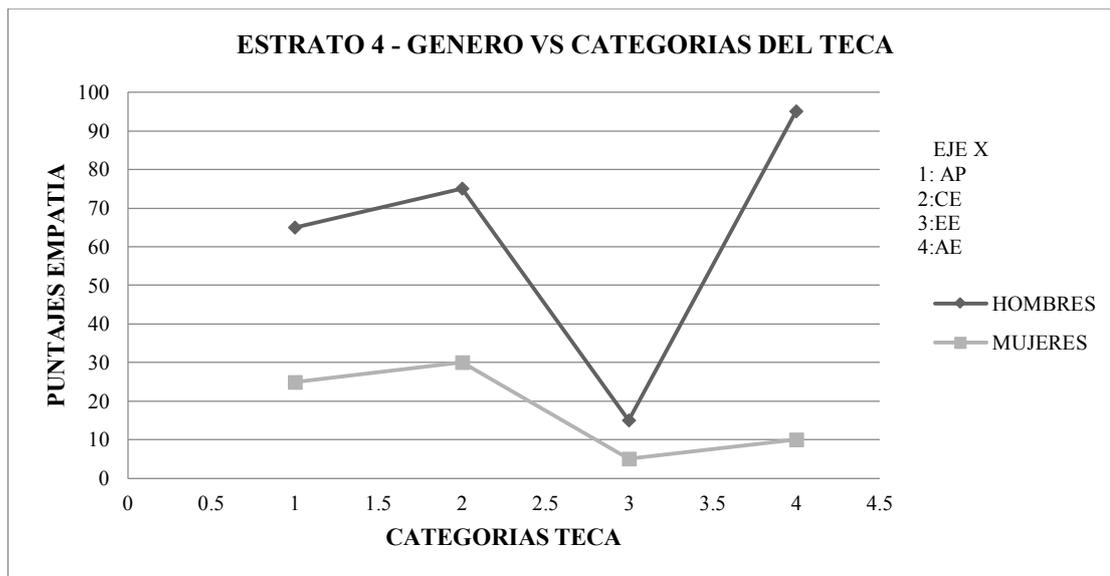


Figura 11. Género y estrato 4 vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

En la Figura 11 podemos ver que hombres y mujeres de estrato 4 obtienen puntajes que contrastan por ejemplo hombres AP: 65 empatía media alta, CE: 75 empatía alta, EE: 15 empatía baja y AE: 95 empatía extremadamente alta. Mujeres AP: 25 empatía baja, CE: 30 empatía media baja, EE: 5 empatía extremadamente baja y AE: 10 empatía baja.

Los hombres de estrato 4 presentan una empatía general alta, con el factor EE baja y el factor AE extremadamente alta, las mujeres de estrato 4 presentan a nivel general todos los factores en empatía baja, sin embargo el de menor valor en muy bajo es el EE.

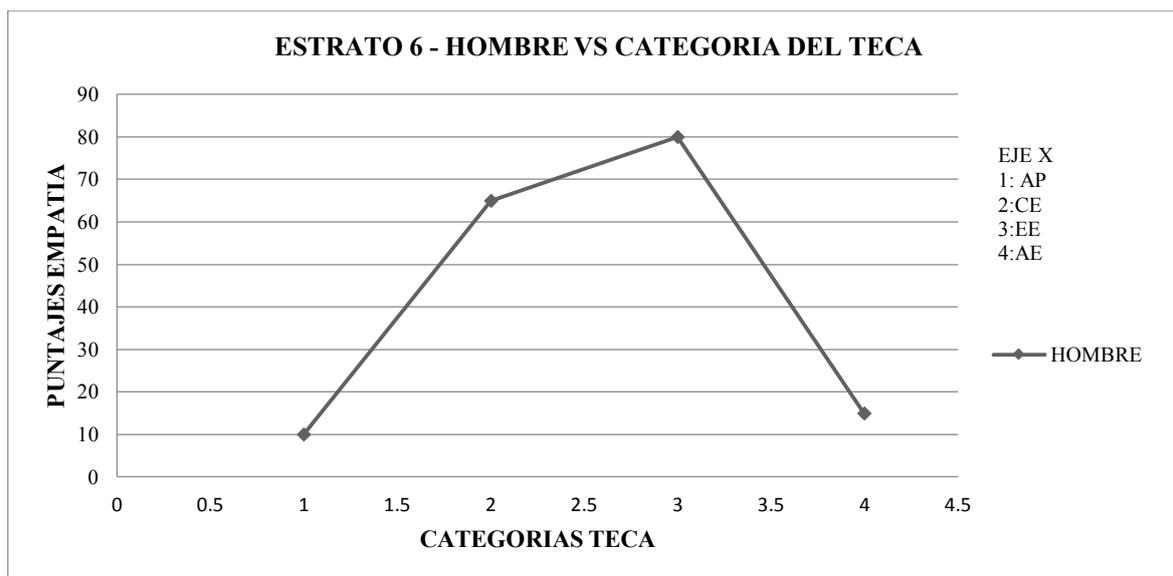


Figura 12. Género y estrato 6 vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

La Figura 12 corresponde al género hombres de estrato 6 donde se puede observar que la AP adopción de perspectiva puntúa 10 clasificada en el nivel bajo de empatía, en CE comprensión emocional se obtuvo una puntuación de 65 alcanzando así el nivel medio alto de empatía, por su parte el EE estrés empático tiene 80 puntos lo cual es nivel extremadamente alto en empatía, y por último la AE alegría empática cuenta con 15 puntos correspondientes a nivel bajo de empatía.

En hombres de estrato 6 los factores AP y AE son muy bajos y los factores CE y EE medios altos.

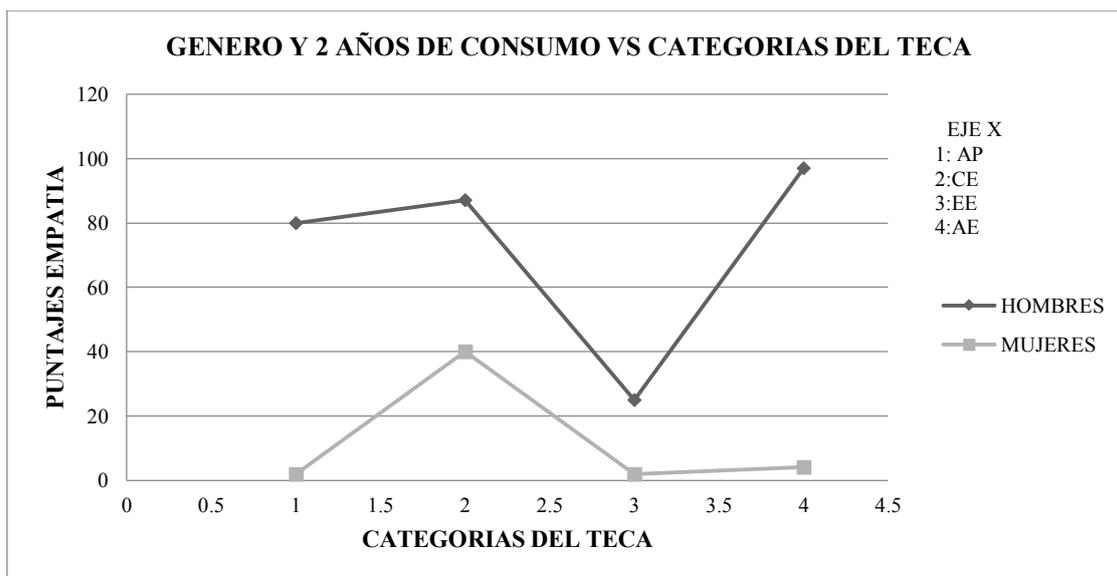


Figura 13. Géneros y tiempo de consumo de 2 años vs categorías de TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

En la Figura 13 encontramos los resultados que corresponden a empatía por tiempo de consumo 2 años seccionados por géneros, en hombres encontramos que AP: 80 indica empatía alta, CE: 87 empatía alta, EE: 25 empatía baja y AE: 97 empatía extremadamente alta. En la mujeres AP: 2 empatía extremadamente baja, CE: 40 empatía media baja, EE: 2 Empatía extremadamente baja y AE: 4 empatía extremadamente baja.

Frente al tiempo de consumo, los hombres con 2 años de consumo presentan una baja empatía en el factor EE y en los demás factores una empatía media alta, mientras que las mujeres con 2 años de consumo presentan mayor empatía en el factor CE, siendo a pesar de

ello bajo, y en los demás factores una muy baja casi nula empatía.

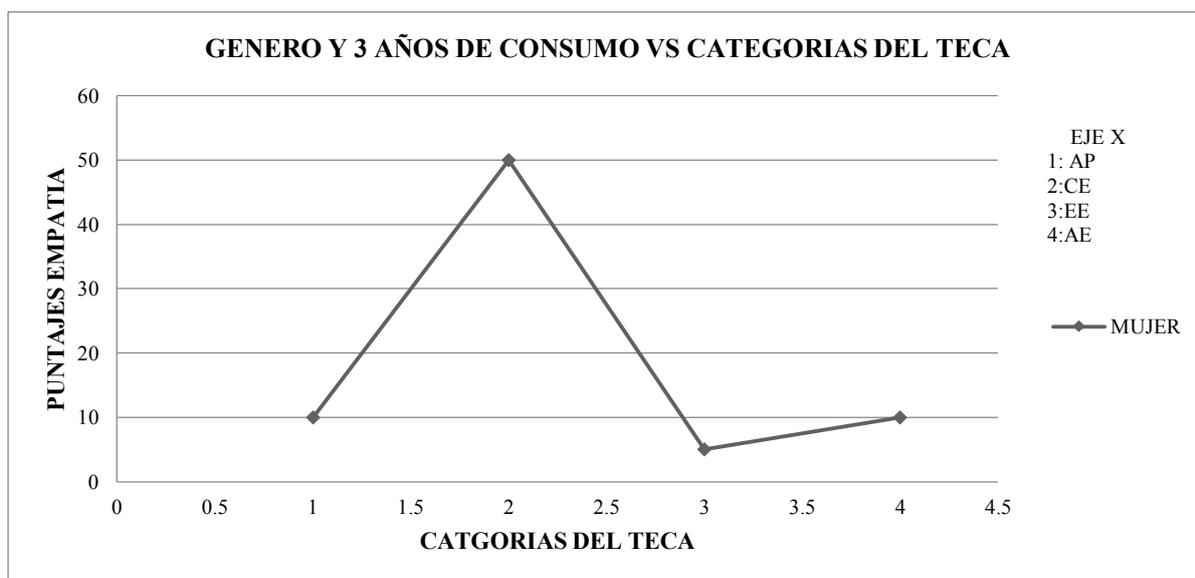


Figura 14. Género y tres años de consumo vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

La Figura 14 corresponde a mujeres con tiempo de consumo de 3 años quienes en AP: 10 empatía baja, CE: 50 empatía media media, EE: 5 empatía extremadamente baja y AE: 10 empatía baja.

Las mujeres con 3 años de consumo presentan una empatía alta en el factor de CE y en los otros tres factores una muy baja empatía.

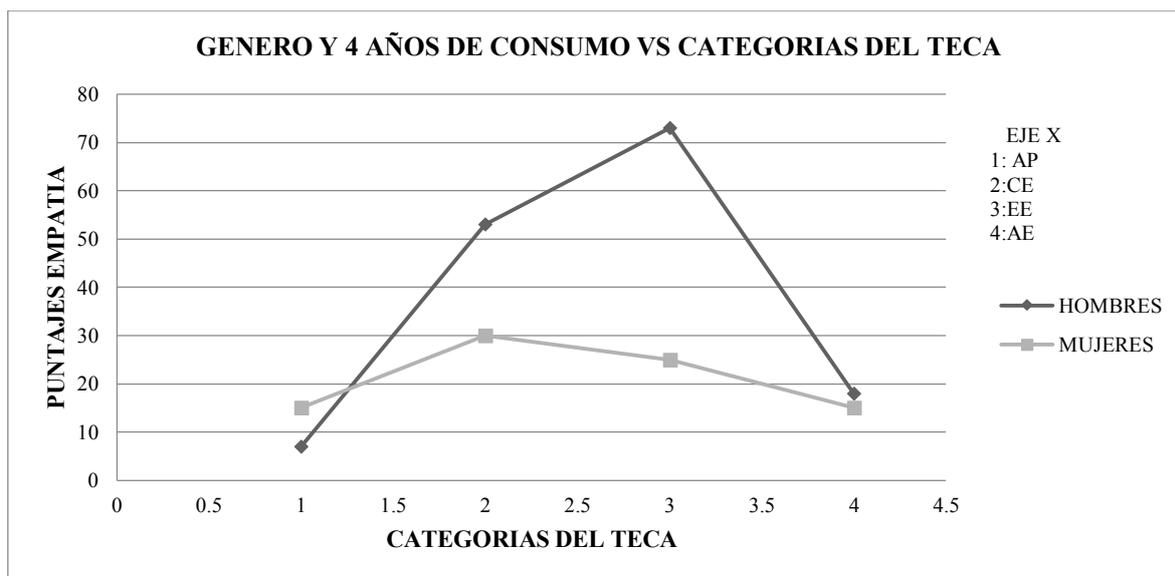


Figura 15. Género y 4 años de consumo vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

La Figura 15 corresponde al tiempo de consumo de 4 años haciendo distinción por género. Hombres AP: 7 empatía baja, CE: 53 empatía media media, EE: 73 empatía alta y AE: 18 empatía baja. Mujeres AP: 15 empatía baja, CE: 30 Empatía baja, EE: 25 empatía baja y AE: 15 empatía baja.

Hombres y mujeres con 4 años de consumo presentan un valor muy bajo de empatía en los factores AP y AE, los hombres por su parte presentan valores de empatía media alta en los factores CE y EE, mientras que las mujeres presentan empatía media baja en estos factores.

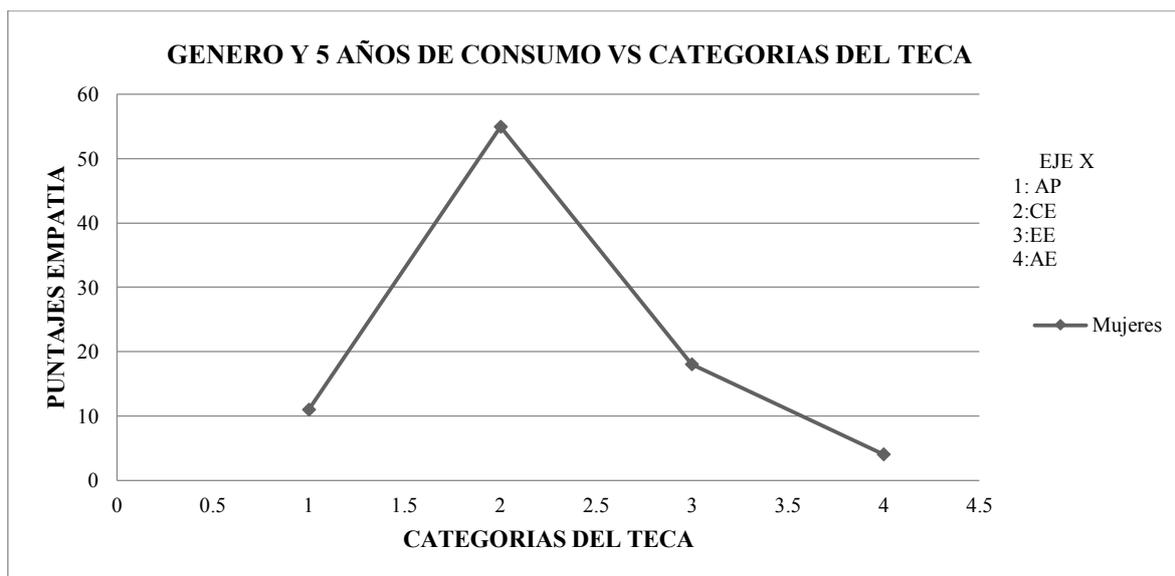


Figura 168. Género y 5 años de consumo vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

La Figura 16 corresponde a mujeres con tiempo de 5 años de consumo, AP: 11 empatía baja, CE: 55 empatía media alta, EE: 18 empatía baja y AE: 4 empatía extremadamente baja.

Las mujeres con 5 años de consumo presentan empatía alta en el factor CE y en los demás media baja.

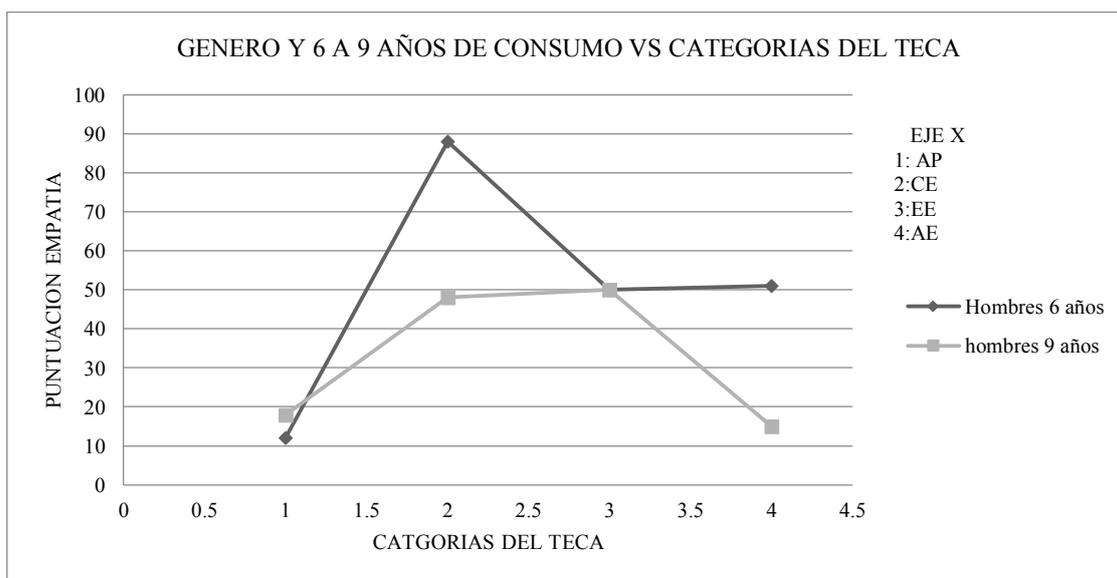


Figura 17. Hombres, 6 y 9 años de consumo vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

La Figura 17 corresponde a hombres con 6 y 9 años de consumo, 6 años de consumo AP: 12 empatía baja, CE: 88 empatía alta, EE: 50 empatía media media y AE: 51 empatía media media. 9 años de consumo AP: 18 empatía baja, CE: 48 empatía media baja, EE: 50 empatía media media y AE: 15 empatía baja.

Los hombres con 6 años de consumo presentan empatía alta en el factor CE, empatía media en los factores EE y AE, y baja empatía en el factor AP, al igual que los hombres con consumo de 9 años presentan con menor empatía el factor AP, sin embargo comparte esta puntuación el factor AE y los factores CE y EE presentan un puntaje medio frente al alto que obtienen los hombres con 6 años de consumo, en el factor EE comparten también la puntuación media.

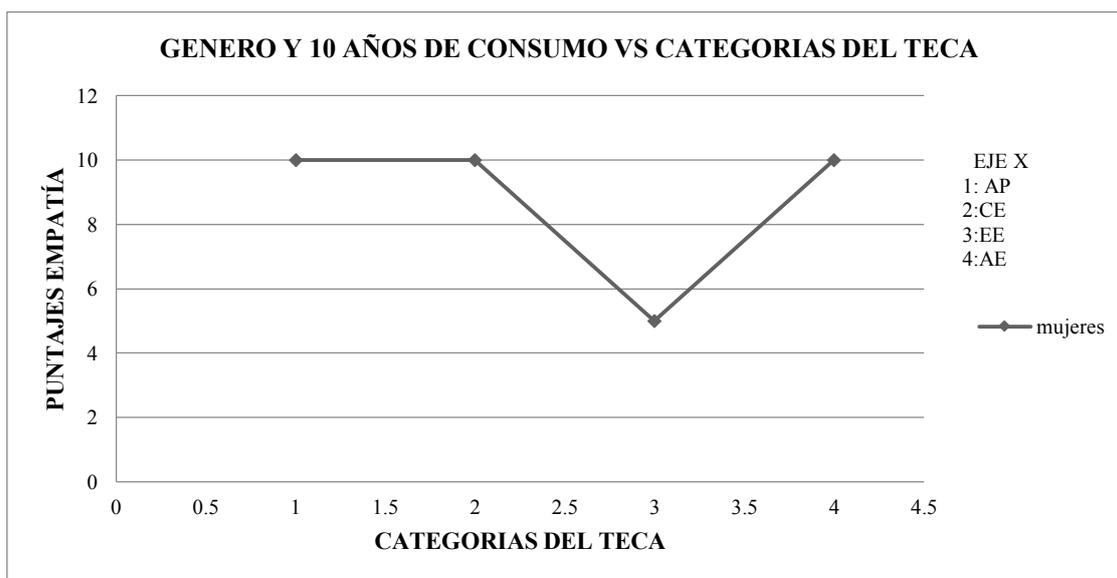


Figura 18. Mujeres con 10 años de consumo vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

En la Figura 18 se encuentran los puntajes de empatía de mujeres con un tiempo de consumo de 10 años AP: 10 empatía baja, CE: 10 empatía baja, EE: 5 empatía extremadamente baja y AE: 10 empatía baja.

Las mujeres con 10 años de consumo presentan una alta empatía en los factores AP, CE y EE mientras que presentan una puntuación media en el factor EE.

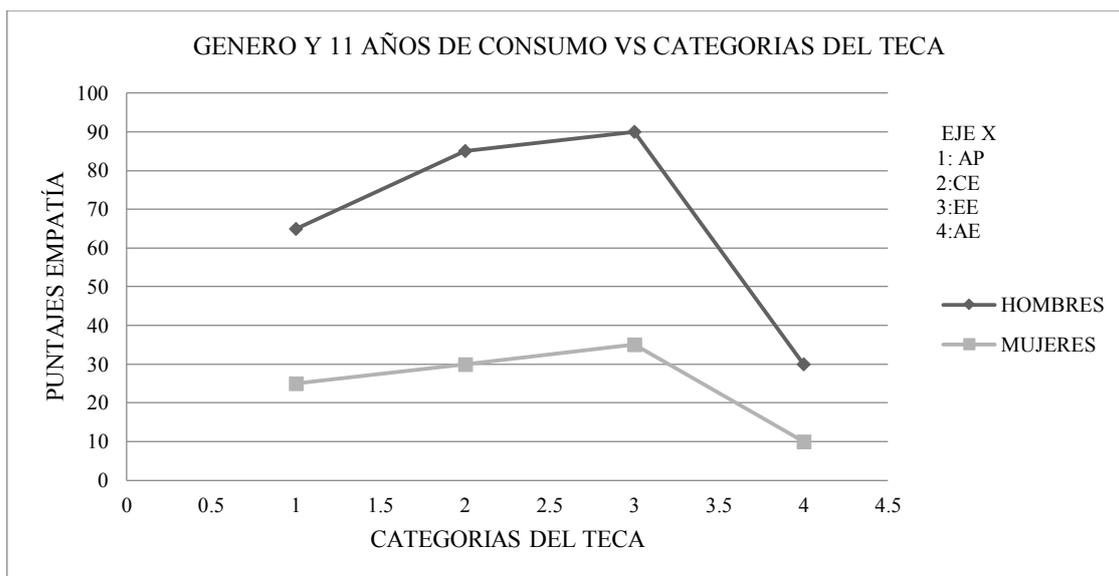


Figura 19. Género y 11 años de consumo vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

En la Figura 19 vemos como en un tiempo de consumo de 11 años los hombres puntúan AP: 65 empatía media alta, CE: 85 empatía extremadamente alta, EE: 90 empatía extremadamente alta, AE: 30 empatía baja. Mujeres con 11 años de consumo AP: 25 empatía baja, CE: 30 empatía baja, EE: 35 empatía media baja y AE: 10 empatía baja.

Los hombres con 11 años de consumo presentan alta empatía en todos los factores, excepto en AE donde presentan media baja empatía, frente a las mujeres con el mismo tiempo de consumo, se observa una empatía media baja, siendo en menor proporción el factor AE y en mayor puntaje, llegando a la franja de medio el factor EE.

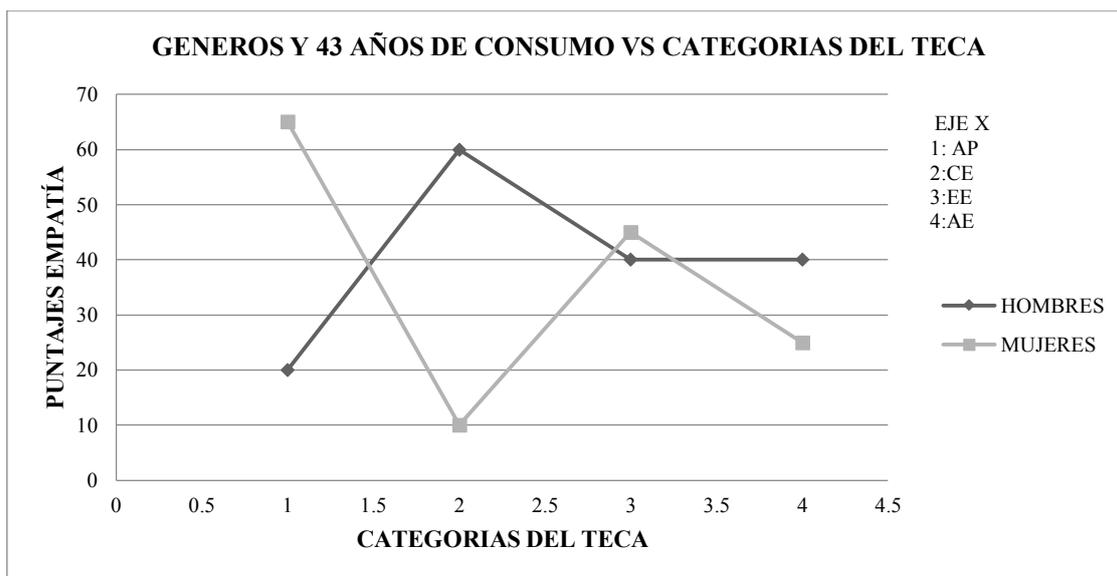


Figura 20. Géneros y 43 años de consumo vs categorías del TECA. AP: Adaptación de perspectiva, CE: Comprensión empática, EE: estrés empático, AE: Alegría empática.

En la Figura 20 existe distinción por géneros donde hombres AP: 20 empatía baja, CE: 60 empatía media alta, EE: 40 empatía media baja, AE: 40 empatía media baja. Mujeres 65 empatía alta, CE: 10 empatía baja, EE: 45 empatía media media, AE: 25 empatía baja.

Con 43 años de consumo, los hombres y las mujeres presentan un comportamiento similar en los factores de la empatía afectiva como son EE y AE, donde los hombres y mujeres presentan empatía media, tocando la franja de media baja el factor AE en mujeres, frente a los factores de empatía cognitiva hay una diferencia marcada entre hombre y mujeres, mientras los hombres presentan muy alta empatía en el factor CE y muy baja empatía en el factor AP, las mujeres presentan muy alta en AP y muy baja en CE.

Finalmente revisamos la tendencia de empatía frente a los años de consumo y evidenciamos que en los hombres es indiferente los años de consumo, ya que la empatía se comporta de manera variable, manteniéndose a pesar de ello en media alta, frente a estos resultados, las mujeres muestran una tendencia en aumento, a mayor cantidad de años de consumo, mayor empatía, lo que evidencia que las mujeres son más sensibles a escuchar el dolor y sentir la

emoción del otro, cuando ella misma lo ha vivido, bajo la percepción de la acumulación de sus experiencias, como se observa en la siguiente gráfica:

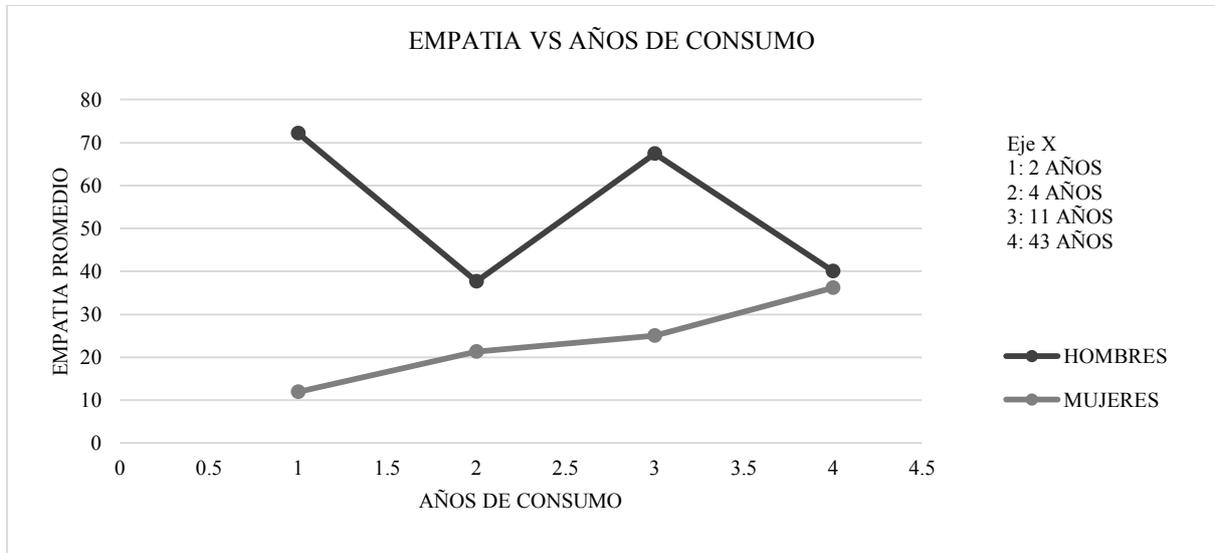


Figura 219. Empatía con los años de consumo.

6. Discusión

En busca de caracterizar la empatía en personas adictas a sustancias psicoactivas institucionalizadas en Colombia con la aplicación del test TECA a una población de 28 internos de la Fundación Génesis, encontramos importantes hallazgos que trascienden a la corriente de los autores estudiados así como complementan la relevancia del tema estudiado.

En Colombia el consumo de sustancias psicoactivas aumenta de manera significativa al pasar de los años, la adicción no discrimina género, la dependencia de mujeres a las drogas ha sido más evidente socialmente desde el siglo XX. Observatorio de Drogas de Colombia [ODC], Ministerio de Justicia [Min. Justicia] y Ministerio de Salud y Protección Social [Min. Salud], (2013).

A partir del siglo XXI los centros de rehabilitación han visto un incremento de la solicitud del servicio en población femenina de todas las edades, esto lo puede aseverar Pérez (2009) donde expresa que el consumo de sustancias y la adicción va en aumento.

En la investigación fue importante contar con la misma cantidad de hombres y mujeres, para así poder realizar una caracterización de la empatía en población adicta partiendo de la diferencia por géneros.

Para la Fundación Atenea Grupo GID (2008) no es novedad hablar de la desigualdad entre hombres y mujeres, y sus roles culturales ya que influyen de manera transversal en diferentes aspectos vitales, personales, sociales y educativos. El género agudiza la vulnerabilidad de las mujeres que ya evidencian algún tipo de factor de exclusión, las mujeres son las personas más subestimadas en cada sociedad así ha sido demostrado en los estudios realizados de la fundación Atenea donde indican que las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas sufren una mayor exclusión y penalización social.

Los resultados de la investigación en la población adicta de la Fundación Génesis de Colombia evidencia que las mujeres poseen bajos niveles de empatía en general, mientras que los hombres su nivel de empatía es medio, esto se encuentra en contra de la postura de Ickes (1977) que argumenta que las mujeres no adictas son más empáticas que los hombres, ya que ellas suele imaginarse en el lugar del otro tendiendo a una conducta pro social mientras que los hombres tienden a tener a acciones más instrumentales.

Es importante recordar que la empatía posee dos componentes, uno cognitivo y uno afectivo, podemos ver que los resultados de estos en la investigación no muestran grandes diferencias, esto significa que en la población de adictos internos de la fundación Génesis de Colombia no hay evidencia de que algunos de los componentes predomine, por lo contrario muestran que cada componente con sus respectivos sub componentes son variables.

Para García, González y Maestú (2011) los componentes cognitivo y afectivo enmarcan lo que es la empatía, se necesita de los dos para el surgimiento de lo que se llamaría el sentimiento empático ya que uno le permite el desarrollo al otro y viceversa.

Por el contrario la variable género sí muestra diferencias que son relevantes para nuestra investigación y más dentro de la caracterización.

Partiendo de la premisa anterior y contrastandola con la información resultante de nuestra investigación, se puede referir que dentro de la caracterización de la población las mujeres muestran baja empatía mostrando que dependiendo del contexto evaluado los niveles de empatía de las mujeres varían así como el de los varones. Nuestro primer argumento para mostrar porqué esto puede pasar se basa en la vulnerabilidad de las mujeres, en el contexto hostil de la vida en mujeres consumidoras de drogas.

En nuestra investigación, tanto en hombres como en mujeres la categoría empática más predominante es CE referida a la comprensión que tiene el sujeto hacia lo que le pasa al

otro en cuanto a sentimientos y emociones, cada género refleja un nivel que indica la presencia de este.

La comprensión empática en los adictos en tratamiento de la fundación se evidencia más en las entrevistas en donde expresan que se conmueven con el dolor del otro al no poder parar el consumo, esto puede deberse a diferentes razones entre ellas el hecho de haber o estar viviendo la situación. Puede que el aprendizaje vicario en ellos funcione para reconocer lo que le sucede al par, de esto se trata la empatía y de esto habla Meiring (2014).

Si hablamos del género femenino como el género vulnerable en la sociedad podemos argumentar que las mujeres drogodependientes cargan con un peso social mucho mayor al del resto de las mujeres, Castaño (2008) dice que el peso social se suma a cuestiones atribuidas al simple hecho de ser mujer como nacer en una sociedad machista donde inicios de la sociedad la mujer ha tenido que luchar por sus derechos y “lograr igualdad”.

Una de las debilidades del adicto es que no conoce otra forma en la cual afrontar la vida que no sea el consumo. Cada vez que el adicto experimenta un dolor o alegría recurre a la adicción para afrontarla, esto se argumenta bajo premisas dichas por Becoña y Oblitas en el 2002. Así mismo consideramos que el historial de vida de estas personas es el trampolín principal para el inicio de una vida de desesperanza sumido en el consumo de sustancias.

Cuando se habla de empatía se hace referencia al reconocimiento de emociones, a lo cual Aguilar, et al (2011) en sus estudios, encontraron que los adictos en general son personas que frente a este reconocimiento se les dificulta la tristeza y dolor del otro, cuando se habla de reconocimiento propio de emociones pueden reconocerlo quizás con facilidad pero la dificultad se encuentra en la acción; en cómo expresarlo.

Es ahí donde la empatía entra a jugar el rol importante en la vida del adicto, el adicto en otras palabras reconoce la emoción propia “dolor, tristeza, rabia” pero el qué hacer con esta sensación sin el uso de sustancias se convierte para él o ella en un reto, la conducta que

genera este después de un reconocimiento es la menos asertiva ya que no sabe cómo afrontar la vida sin una copa o un pase. La empatía puede llegar a generar una conciencia en la persona o tan solo reconocer como “propio” el estado anímico del otro y más si es provocado por el adicto.

En general hablar de edades y categorías del TECA haciendo distinción por géneros nos arroja que la variable género mujeres indican empatía baja y la de los hombres empatía media. En general dentro de las categorías bajas en mujeres y hombres está el EE estrés empático que hace referencia al contagio emocional de una emoción negativa del otro conmigo, esto se puede argumentar por lo dicho por Aguilar, et al (2011), dicen que a los adictos se les dificulta la comprensión del sentimiento negativo de un par luego entonces el que los adictos en tratamiento de la fundación nos indiquen baja empatía en EE solo corrobora hallazgos realizados por este autor en su trabajo. Cuando se compara lo anterior dicho con las entrevistas encontramos que ellos pueden identificarse con el dolor del par cuando estos han vivido una situación similar “cuando ya saben que se siente”.

La categoría AP indica la capacidad intelectual e imaginativa que tiene la persona de ponerse en la situación del otro. A los hombres de edad promedio de 68 se les dificulta mientras que a las mujeres se les facilita el entender la situación negativa o positiva por la que pasa el otro. Retuerto (2004) y Ruiz (2003) hablan sobre el papel que juega la diferencia de género en la empatía afirman que las mujeres son más empáticas que los hombres pero algo muy importante que dice Retuerto (2004) es que las mujeres incrementan significativamente la respuesta empática hacia personas de su mismo sexo, mientras que los hombres disminuyen su respuesta empática. Esto podría explicarnos el porqué los hombres en edad promedio de 68 años nos muestran en adaptación a perspectiva empatía baja y las mujeres sorprenden con una empatía media alta.

Ahora hablaremos de nivel socioeconómico visto desde el estrato, empezaremos hablando que en general se sigue encontrando que las mujeres poseen niveles empáticos más bajos que los hombres sin aseverar como en los resultados por edades que las mujeres puntúan empatía baja, acá solo se evidencia que las mujeres y los hombres fluctúan sus puntajes según las categorías. También encontramos en los resultados que solo hombres hacen parte del estrato 3 y el estrato seis en nuestra muestra. La categoría AP en hombres y mujeres señala empatía baja, al revisar los resultados en la base de datos nos podemos dar cuenta que quienes entran a ser parte de este estrato en su gran mayoría son adolescentes y mujeres, lo cual se puede contrastar nuevamente con lo dicho por Retuerto (2004) donde dice que la empatía incrementa con la edad en el caso de las mujeres, en los hombres adictos se podría argumentar desde el hecho de que estos como dice Rey (2003) suelen ser vistos por otros y percibidos por ellos mismos como seres rudos, dispuestos a mantener su postura, Agresivos, Dominante, De personalidad fuerte, Rebelde, Usa malas palabras, Egoísta y Frío, esto nos indica que los hombres a edades adolescentes tienden a mostrar más lo anterior mencionado dejando de lado la preocupación por el otro.

Con el estrato 4 encontramos que aunque mujeres sigan estando por debajo de los niveles de los hombres, los hombres tienden a llegar a puntuaciones que muestran empatía baja como lo es el caso del EE estrés empático. Por otra parte los hombres nos muestran puntuaciones de empatía alta en CE y extremadamente alta en AE. A nivel cognitivo CE en hombres se incrementó en estrato 4, no podemos decir que el estrato tenga que ver en el incremento de esta variable ya que la investigación no buscamos la causalidad solo se busca una descripción de la población, como se comportan las variables. CE comprender y entender el sentimiento del otro se puede contrastar con las entrevistas realizadas en el primer momento de la presente investigación, los participantes en proceso de rehabilitación describen momentos donde el par hace que estos puedan llegar a movilizarse emocionalmente

con este, lo mismo ocurre con AE alegría empática, compartir con el par sus emociones positivas. AE hace referencia a una alegría sincera, una alegría que siente el sujeto por el otro y la comparte sin envidia, sentimiento más sincero.

Aparicio (2012) en su artículo de prensa medica menciona a la doctora Simona Amenta cuando habla sobre las emociones positivas, esto podemos compararlo quizás con los resultados anteriores de nuestra muestra de adictos donde estos puntúan alto la alegría empática. Cuando se habla de alegría o emociones positivas parece ser confuso en población adicta ya que se demuestra el daño en la corteza prefrontal donde indica que pueden sentir las e identificar emociones, otra cosa es que sea correcto el reconocimiento que se hace de esta en el par.

Por último hablaremos de la empatía en géneros por tiempos de consumo, se sigue evidenciando que los hombres poseen niveles por arriba de las mujeres indicando en casos empatía medias hasta extremadamente altas pero es de suma importancia que los resultados con esta variable de tiempo de consumo fluctúan en géneros indicando que existen casos en donde hombres y mujeres pueden presentar resultados de empatía alta en hombres y baja en mujeres y viceversa indicando que no existe una constante.

Los hombres con dos años de consumo muestran empatía alta y extremadamente alta, mientras que las mujeres a con dos años de consumo muestran empatía extremadamente baja y baja de empatía esto puede deberse a lo dicho por autores anteriores descritos donde hablan que al acumular más años de consumo y más edad los hombres son menos empáticos.

Con cuatro años de consumo las mujeres evidencian empatía baja sin mostrar fluctuaciones, sin embargo los hombres muestran bajos niveles de empatía en categorías como AP Y AE. Como se dice anteriormente los resultados no tienen una constante, las categorías del TECA varían en puntaje y son afectadas por variables seleccionadas como tiempo de consumo, estrato, nivel educativo y categorías cognitivas y afectivas.

Hombres y mujeres con consumo de 6 a 9 años nos muestran que la empatía en varones fluctúa según categorías del TECA y las puntuaciones de las mujeres son más constantes quedando por debajo de los hombres, quienes muestran subidas y bajadas son los hombres. Se puede decir que en general las mujeres siguen mostrando empatía por debajo de los hombres.

Por último, al observar individuos con 43 años de consumo, los resultados nos indican que los hombres en categorías como AP tienen empatía baja y mujeres muestran empatía alta. Esto puede indicarnos que como hemos escrito desde el inicio de la discusión los géneros son una variable que puede mostrarnos cómo la empatía puede variar según si se es hombre o mujer, según el contexto y el aprendizaje vicario que ha tenido el sujeto, al parecer a partir de estos resultados, la empatía en las mujeres se hace mayor con los años de consumo.

7. Conclusiones

El consumo de drogas por parte de mujeres ha crecido desde el siglo XX, en el siglo XXI los centros de rehabilitación incrementaron la solicitud de servicio por parte de esta población, en su mayoría, adolescentes.

Según esta investigación, la empatía varía de acuerdo al género, ya que las mujeres son en mayor medida vulnerables y excluidas en la sociedad a lo largo de la historia, las mujeres presentan un nivel de empatía bajo, mientras que los hombres mostraron un nivel de empatía medio, a nivel general.

Dentro de los hallazgos, tanto el componente cognitivo como el afectivo de la empatía evidencian alta variabilidad sin diferenciarse significativamente el uno del otro.

A las personas adictas a drogas se les dificulta reconocer las emociones del otro, en cuanto a sus propias emociones pueden reconocerlas, pero se les dificulta expresarlas, esto dificulta a su vez que haya empatía.

La empatía puede llegar a generar una conciencia en la persona o tan solo reconocer como “propio” el estado anímico del otro y más si es provocado por el adicto.

En cuanto a la AP adaptación de perspectiva medida con el Test TECA los hombres poseen baja empatía y las mujeres empatía media alta, lo que nos sugiere que a los hombres se les dificulta mientras que a las mujeres se les facilita entender la situación negativa o positiva por lo que el otro está pasando.

Por su parte el Test mostró en las mujeres incrementa significativamente la respuesta empática hacia personas de su mismo sexo, mientras que los hombres disminuyen su respuesta empática.

La empatía no es proporcional al estrato social, siendo los participantes pertenecientes al estrato dos tanto en hombres como mujeres de empatía baja, y hombres del estrato tres y seis también presentan empatía baja, sin embargo, en el estrato 4 en factores como el EE y la AE presentan empatía alta, esta variabilidad nos lleva a concluir que la empatía no es directamente proporcional al estrato.

En esta investigación se encontró que la empatía aumenta con la edad, presentándose empatía baja en adolescentes y media en adultos de 68 años.

En cuanto a las emociones positivas estas pueden ser percibidas por los pares demostrando una empatía alta el factor AE en hombres, pero en mujeres la tendencia es baja para la población trabajada.

Dentro de los resultados de esta investigación se evidencia que, a mayor tiempo de consumo variable empatía en hombre y mayor empatía en mujeres, sin embargo, esto no es una constante, ya que demuestra variabilidad dentro de los resultados obtenidos, sin embargo, se puede argumentar que las mujeres se mantienen constantes en su empatía baja, sin embargo los años de consumo sí presentan un incremento, no tan significativo, pero sí suben sus niveles de empatía.

A lo largo del análisis de resultados de la presente investigación, y bajo el contexto dado por la entrevista semi estructurada, se observan variaciones de empatía respecto al género, al contexto y al aprendizaje vicario, ya que al compartir situaciones de vida similares aumenta la empatía con la edad y entre pares del mismo género.

8. Recomendaciones

Se debe trabajar, la empatía en la población adicta que se encuentra en proceso de rehabilitación ya que esta población adicta presenta bajas habilidades sociales y baja conducta prosocial, Londoño y Ruiz (2010), mientras que los individuos empáticos son menos agresivos por su sensibilidad emocional y su capacidad para comprender las consecuencias negativas potenciales para él mismo y los otros, Richaud (2009). Hay que aclarar que se debería impulsar y desarrollar la empatía en edades tempranas, ya que la empatía suele surgir durante el segundo y tercer año de vida, de hecho, a partir de los 12 meses se genera empatía por imitación, Decety (2010) , Sveltlova et. al. (2010) y Leppanen & Nelson (2009), sin embargo esta investigación nos muestra las falencias y en aquello que se debe tener en cuenta dentro de un proceso de rehabilitación.

Los procesos de rehabilitación se concentran en el trabajo de cambio de conductas e impulsar las conductas pro sociales dejando de lado categorías importantes implícitas, se ha observado en el transcurso de la investigación y observación a la población adicta por parte del equipo terapéutico de la Fundación Génesis de Colombia ubicada en Bogotá y la Unidad Terapéutica El faro ubicada en Cartagena, donde sin evidencia teórica pero con evidencia empírica y vivencial deducen que la empatía en mujeres de todas las edades tiende a ser menor que la de los hombres, y que el trabajo de rehabilitación en mujeres debe ser abordado desde la parte empática y más si hablamos de adolescentes.

Como equipo de investigación quisimos realizar un mapeo de la conducta empática con el interés de poder constatar bajo el análisis de las fuentes teóricas de investigación y las evidencias de la entrevista y el test TECA aplicado en la población en proceso de rehabilitación de la Fundación Atenea, que es de vital importancia trabajar en la población con problemas de adicción la empatía y darle un manejo diferente en tratamiento a las

mujeres, con el objetivo de poder impulsar de una manera correcta y ayudar a esta población al salir de su problema desde la compasión propia y externa.

Una de las grandes falencias con las que nos encontramos en el avanzar del mapeo teórico fue la escases de artículos científicos que hablen de empatía en población consumidora y artículos recientes que hablen sobre la empatía en general. Encontramos que existe numerosos artículos que pudieron ayudarnos en la investigación pero desde una visión neuropsicológica y médica lo cual dificulto de gran manera darle un enfoque más psicológico, conceptual y no neuronal. Por otra parte encontrar una prueba que se ajustara a aquello que requeríamos dentro de la investigación fue complicado por dos razones: pruebas de medición de empatía en población adicta y pruebas que cumplieran con los requerimientos de validez y confiabilidad, en otras palabras pruebas confiables y actuales.

Los centros de rehabilitación conocen empíricamente que la empatía juega un papel fundamental dentro de un proceso de rehabilitación, también pueden asegurar que no existe evidencia teórica de aquello que ellos han evidenciado, de ahí nace la inquietud investigativa que dirige nuestras ganas de conocimiento para aventurarnos a campos no investigados y emprender un recorrido enriquecedor e importante no solo para nosotras como estudiantes sino para aquellas personas interesadas en el trabajo con población consumidora de sustancias psicoactivas.

Se recomienda a la comunidad académica y científica el impulso a la investigación, realización de estudios sistemáticos y evaluación periódica de los tratamientos y metodologías utilizadas para la atención a pacientes drogadictos, es un campo con una gran oportunidad de innovación, emprendimiento y mejora para los profesionales actuales, a la vez es generación de conocimiento en pro de la resolución de una de las principales problemáticas sociales y de salud en nuestro país.

Se recomienda realizar tratamiento de rehabilitación dividiendo los pacientes por géneros, ya que las circunstancias propias de las mujeres, su vulnerabilidad y vida hostil a lo largo de la historia, las hace más sensibles a cerrar sus emociones y sentir auto rechazo, cuando se realizan las intervenciones con hombres al mismo tiempo, en principio puede generar mayor hostilidad ver que se relacionen con mayor facilidad los pares masculinos y así repercuten en mayor aislamiento por parte de las mujeres.

Es importante cultivar y cuidar la empatía dentro del tratamiento de rehabilitación, pues de una adecuada y sana convivencia y empatía dentro del tratamiento depende la adaptación de los pacientes una vez culminado el proceso.

Consideramos de suma importancia incluir el término empatía desde la educación primaria en la comunidad colombiana ya que al aprender y desarrollar la tolerancia y apreciación del sentir el dolor del otro, de ponerse en los zapatos del otro, se puede sembrar la semilla que germinará en tolerancia e inclusión social de los pares, encuentrense o no en nuestra misma situación, solo por el hecho de ser humanos y convivir en el mismo mundo.

9. Referencias

- Aguilar, F., Montañez, M., Gómez, E., Arráez, F, Pérez., M. (2011). Influencia del contenido emocional en la percepción de estímulos visuales en sujetos drogodependientes. *Trastornos Adictivos*; 13: 57-63.
- Aparicio, D. (2012). Déficit en la empatía y la comprensión de la ironía en los hombres alcohólicos. *Psyciencia*. Recuperado de: <https://www.psyciencia.com/2012/14/deficit-en-la-empatia-y-comprension-de-la-ironia-en-los-hombres-alcoholicos/>
- Barrett, L. F., Mesquita, B., Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2007). The experience of emotion. *Annual Review of Psychology*, 58, 373-403.
- Becoña, E. & Oblitas, L. A. (2002, 02 de febrero). Adicciones y salud. *Revista PsicologíaCientífica.com*, 4(2). Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/adicciones-y-salud>
- Camacho, A., Gaviria, A., & Rodríguez, C. (2010). El consumo de droga en Colombia. Documentos CEDE. N 22.
- Caicedo, S.J. (2014). Fortalecimiento de las conductas pro sociales en los niños y niñas de la institución educativa técnico industrial julio flores sede mariscal sucre y olga forero de la ciudad de Chiquinquirá (Boyacá). Trabajo de grado. Universidad nacional abierta y a distancia UNAD, y escuela de ciencias sociales artes y humanidades programa de psicología CEAD Tunja.
- Cesar, Bel (s.f.). Empatía: una actitud naturalmente sabia y compasiva. Recuperado de: <http://www.somostodosuno.com/articulos.asp?id=3939>

Cheng, Y., Chen, C., & Decety, J. (2014). An EEG/ERP investigation of the development of empathy in early and middle childhood. *Developmental cognitive neuroscience* columna 10, pages 160-169.

Chóliz, M. y Gómez, C. (2002). Emociones sociales II (enamoramamiento, celos, envidia y empatía). En F. Palermo, E.G: Fernandez- Abascal, F. Martinez y M. Chóliz (eds.), *Psicología de la motivación y emoción* (pp. 395-418). Madrid: McGrawHill.

El informe de OEA sobre uso de drogas en adolescentes en el continente plantea la necesidad de mejorar las políticas públicas en la materia. (2015, Abril 30). ECOS Latinoamérica. Recuperado de: <http://ecos.la/LA/9/actualidad/2015/04/30/330/drogas-en-latinoamerica-mas-consumo-y-baja-percepcion-del-riesgo/>.

Fundación Atenea Grupo GID (2008). Brecha de género en la inserción sociolaboral de las mujeres adictas en tratamiento. Propuesta de Actuación. Edición Fundación Atenea Grupo GID Con la financiación de: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/215.pdf>

Decety, J. (2014). The neural pathways, development and functions of empathy. *Social behavior. Current option in behavioral sciences* volume 3, pages 1-6.

Decety, J. J. (2010). Neurodevelopmental changes in the circuits underlying empathy and sympathy from childhood to adulthood Jean Decety and Kalina J. Michalska Changes in circuits underlying empathy and sympathy. *Developmental Science*, 13(6), 886-899

Decety, J., & Jackson, P. L. (2006). A Social-Neuroscience Perspective on Empathy. *Current Directions In Psychological Science (Wiley-Blackwell)*, 15(2), 54-58.
doi:10.1111/j.0963-7214.2006.00406.x

- Decety, J., Echols, S., & Correll, J. (2010). The Blame Game: the effect of responsibility and social stigma on empathy for pain. *Journal of Cognitive Neuroscience* 22:5, pp. 985–997. The University of Chicago. Massachusetts Institute of Technology.
- Decety, J, Greg, J, & Norman. (2015). Empathy: A social Neuroscience perspective. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)*, 2015, Pages 541-548
- DNE y Ministerio de la Protección Social. 2013. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013: Informe Final. Bogotá D.C: Editora Guadalupe S.A.
- Fernández, P.I., López, P.B., y Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Universidad Autónoma de Madrid*. Vol. 24, nº 2 (diciembre), 284-298.
- Fernández M.J., Lozano, O., Pérez M., Verdejo, A. (2010) Impact of severity of drug use on discrete emotions recognition in polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 109, 57-64.
- Garaigordobil, Maite, & Maganto, Carmen. (2011). Empatía y resolución de conflictos durante la infancia y la adolescencia: Empathy and conflict resolution during infancy and adolescence. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), 255-266.
- García, E., González, J., & Maestú, F. (2011). Neuronas espejo y teoría de la mente en la explicación de la empatía. *Ansiedad Y Estrés*, 17(2/3), 265-279.
- Gómez, M., Molina, D. y Arana, M. (julio-diciembre, 2013). Teoría de la mente en un grupo de personas vinculadas al conflicto armado y en proceso de resocialización.
- Han S, Fan Y, Mao L. Gender difference in empathy for pain: an electrophysiological investigation. *Brain Res* 2008; 1196: 85-93.
- Hoffman, M (2001). *Empathy and Moral Development*. Cambridge University Press: Estados Unidos.

Ickes, W. (1996). *Empathic Accuracy*. The Guilford Press. New York. Recuperado de :

[https://books.google.com.co/books?id=-](https://books.google.com.co/books?id=-7ob3yJdFqQC&pg=PA120&lpg=PA120&dq=Hoffman+(1977)&source=bl&ots=YW5vwqChxZ&sig=GTBAqbvm78j9NoVUNnSC2TFrXRY&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjZm-ryhuzPAhUD6CYKHSxEDoQQ6AEIRTAI#v=onepage&q=Hoffman%20(1977)&f=false)

[7ob3yJdFqQC&pg=PA120&lpg=PA120&dq=Hoffman+\(1977\)&source=bl&ots=YW](https://books.google.com.co/books?id=-7ob3yJdFqQC&pg=PA120&lpg=PA120&dq=Hoffman+(1977)&source=bl&ots=YW5vwqChxZ&sig=GTBAqbvm78j9NoVUNnSC2TFrXRY&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjZm-ryhuzPAhUD6CYKHSxEDoQQ6AEIRTAI#v=onepage&q=Hoffman%20(1977)&f=false)

[5vwqChxZ&sig=GTBAqbvm78j9NoVUNnSC2TFrXRY&hl=es-](https://books.google.com.co/books?id=-7ob3yJdFqQC&pg=PA120&lpg=PA120&dq=Hoffman+(1977)&source=bl&ots=YW5vwqChxZ&sig=GTBAqbvm78j9NoVUNnSC2TFrXRY&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjZm-ryhuzPAhUD6CYKHSxEDoQQ6AEIRTAI#v=onepage&q=Hoffman%20(1977)&f=false)

[419&sa=X&ved=0ahUKEwjZm-](https://books.google.com.co/books?id=-7ob3yJdFqQC&pg=PA120&lpg=PA120&dq=Hoffman+(1977)&source=bl&ots=YW5vwqChxZ&sig=GTBAqbvm78j9NoVUNnSC2TFrXRY&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjZm-ryhuzPAhUD6CYKHSxEDoQQ6AEIRTAI#v=onepage&q=Hoffman%20(1977)&f=false)

[ryhuzPAhUD6CYKHSxEDoQQ6AEIRTAI#v=onepage&q=Hoffman%20\(1977\)&f=f](https://books.google.com.co/books?id=-7ob3yJdFqQC&pg=PA120&lpg=PA120&dq=Hoffman+(1977)&source=bl&ots=YW5vwqChxZ&sig=GTBAqbvm78j9NoVUNnSC2TFrXRY&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjZm-ryhuzPAhUD6CYKHSxEDoQQ6AEIRTAI#v=onepage&q=Hoffman%20(1977)&f=false)

[alse](https://books.google.com.co/books?id=-7ob3yJdFqQC&pg=PA120&lpg=PA120&dq=Hoffman+(1977)&source=bl&ots=YW5vwqChxZ&sig=GTBAqbvm78j9NoVUNnSC2TFrXRY&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjZm-ryhuzPAhUD6CYKHSxEDoQQ6AEIRTAI#v=onepage&q=Hoffman%20(1977)&f=false)

Knafo, A., Zahn-Waxler, C., Van Hulle, C., Robinson, J.L., and Rhee, S.H. (2008b). The developmental origins of a disposition toward empathy: Genetic and environmental contributions. *Emotion* 8, 737–752.

Larreamendy, J, Vence M. (2011). *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos*. Colombia: Universidad de los Andes.

Leppanen J, Nelson C. (2009): Tuning the developing brain to social signals of emotions. *Nat Rev Neurosci* 10:37–47.

Londoño, N y Ruíz, V. (2010). Caracterización psicosocial de la población consumidora de SPA, en proceso de rehabilitación vinculada a la comunidad terapéutica FFARO del departamento del Quindío. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, 19.

Recuperado de :

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahU](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiHuau1ezPAhWB6iYKHbJvDc4QFggeMAA&url=http%3A%2F%2Ffunlam.edu.co%2Frevistas%2Findex.php%2Fpoiesis%2Farticle%2FviewFile%2F109%2F88&u)

[KEwiHuau1ezPAhWB6iYKHbJvDc4QFggeMAA&url=http%3A%2F%2Ffunlam.ed](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiHuau1ezPAhWB6iYKHbJvDc4QFggeMAA&url=http%3A%2F%2Ffunlam.edu.co%2Frevistas%2Findex.php%2Fpoiesis%2Farticle%2FviewFile%2F109%2F88&u)

[u.co%2Frevistas%2Findex.php%2Fpoiesis%2Farticle%2FviewFile%2F109%2F88&u](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiHuau1ezPAhWB6iYKHbJvDc4QFggeMAA&url=http%3A%2F%2Ffunlam.edu.co%2Frevistas%2Findex.php%2Fpoiesis%2Farticle%2FviewFile%2F109%2F88&u)

[sg=AFQjCNESULw8ccN7fOi7s7tG-JP7HHu80A&sig2=93hAcdHNj4SkdG6b87o-](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiHuau1ezPAhWB6iYKHbJvDc4QFggeMAA&url=http%3A%2F%2Ffunlam.edu.co%2Frevistas%2Findex.php%2Fpoiesis%2Farticle%2FviewFile%2F109%2F88&u)

[tw](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiHuau1ezPAhWB6iYKHbJvDc4QFggeMAA&url=http%3A%2F%2Ffunlam.edu.co%2Frevistas%2Findex.php%2Fpoiesis%2Farticle%2FviewFile%2F109%2F88&u)

Mejía. (2009, Diciembre 10), Entrevista del Presidente Álvaro Uribe Vélez con la Cadena Melodía, Recuperado de:

http://historico.presidencia.gov.co/entrevistas/entrevistas2009/melodia_20091210.htm

1

Mestre, M., Samper, P., Tur, A, & Diaz, M. (2007). Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol 39, N 2.

Meiring, L. M. (2014). Empathy and helping: effects of racial group membership and cognitive load. *South African Journal Of Psychology*, 44(4), 426-438.

Minprotección le recordó a César Gaviria posición sobre dosis personal en debate en el Congreso. (28 de Octubre de 2009). *El Tiempo*. Recuperado de:

<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-6465831>

Moral, L. (2009). Fundamentos psicosociales de las drogodependencias: prevención y tratamiento. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid: Médica Panamericana; p 27-59.

Moya, A.L., Herrero, M. N., y Berna, C. (2010). Bases neuronales de la empatía. *Rev Neurol* 2010; 50 (2): 89-100.

Muzio, G. (2013). Teoría de la mente y neuronas espejo. *Bluesmart innovación atreves de las personas*. Recuperado el 10 de julio de:

<https://bluesmarteuropa.wordpress.com/2013/11/30/teoria-de-la-mente-y-neuronas-espejo/>

Olivera, Julieta; Braun, Magdalena; Roussos, Andrés J. Instrumentos Para la Evaluación de la Empatía en Psicoterapia *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XX, núm. 2, agosto, 2011, pp. 121-132 Fundación Aiglé Buenos Aires, Argentina. ISSN: 0327-671.

Organización Mundial de la Salud. (2010) *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del Alcohol*. Italia.: Servicio de Producción de Documentos de la OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2013) Informe OMS Sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Ginebra, Suiza.: Servicio de Producción de Documentos de la OMS.

Observatorio de Drogas de Colombia [ODC] y Ministerio de Justicia [Min. Justicia] (2015). Reporte de Drogas de Colombia. 2015.

Observatorio de Drogas de Colombia [ODC], Ministerio de Justicia [Min. Justicia] y Ministerio de Salud y Protección Social [Min. Salud], (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Recuperado de:
https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNO_DC.pdf

Paz, S.M. (2015). La empatía permite comprender las alegrías y el dolor ajeno. AAAS eureka! fellowship for international science. Recuperado el 9 de julio de 2015 de:
<http://www.eureka!org/fellows/2009/index.php?page=stories/story14>

Pérez, A. (2009). Transiciones en el consumo de drogas en Colombia. Adicciones, 21, No. 1: 81-88.

Prieto, B. M. (2011). Empatía, asertividad y comunicación. Revista digital innovación y experiencias educativas. Recuperado el 4 de agosto de 2015: http://www.csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_41/MIGUEL_ANGEL_PRIETO_BASCON_02.pdf

Redondo, P.J., Rueda, R.S. Y Amado, V.C. (2013). Conducta pro social: una alternativa a las conductas agresivas. Revista investigumire: Ciencias Sociales y Humanas. Vol. 4. No 1. Noviembre 2013. Categoría C. pubindex ISSN: 2216-1473.

- Retuerto, A. (2004). Diferencias en empatía en función de género y edad. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología 2004*, Vol. 22, número 3, págs. 323-339. de Andalucía Occidental y ISSN 0213-3334.
- Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 244-257.
- Rey, C. (2003). La medición de la empatía en preadolescentes y adolescentes varones: adaptación y validación de una escala *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, núm. 2, 2003, pp. 185-194. ISSN: 0120-0534.
- Richaud, M. C. (2009). Influencia del modelado de los padres sobre el desarrollo del razonamiento prosocial en los niños. *Revista Interamericana de Psicología*, 43(1), 22-33.
- Roel, L.M. (2014). La empatía: fundamentos teóricos, medición, estimulación, y su percepción social. *El tlacuache suplemento cultural*. Universidad Iberoamericana. Recuperado el 9 de julio de 2015: <http://marte.me/cloud/Empatia.pdf>.
- Ruby, P., & Decety, J. (2004). How would you feel versus how do you think she would feel? A neuroimaging study of perspective taking with social emotions. *Journal of Cognitive Neuroscience* 16:6, pp. 988–999. *Journal of Cognitive Neuroscience* 16:6, pp. 988–999.
- Sánchez, E y Berjano, E (1995). Características de personalidad en sujetos drogodependientes. Facultad de Psicología de Valencia. Comunidad Terapéutica Balsa Blanca. *Psicothema*. Vol. 8 No. 3. Pp. 457.
- Schulte-Ruther M, Markowitsch HJ, Shah NJ, Fink GR, Piefke M. Gender differences in brain networks supporting empathy. *Neuroimage* 2008; 42: 393-403.
- Servín, D. (2010). *La empatía con el paciente adicto: su conceptualización por médicos, psiquiatras y psicólogos*. Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones.

- Svetlova, M., Nichols, S. R., & Brownell, C. A. (2010). Toddlers' Prosocial Behavior: From Instrumental to Empathic to Altruistic Helping. *Child Development*, *81*(6), 1814–1827.
- Téllez, V.J. (2006). Teoría de la mente: evolución, ontogenia, neurobiología y psicopatología.
- Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Rev Neurol*; *54*: 750-60.

10. Anexos

Anexo 1. Validación de evaluación de rasgos de empatía

VALIDACION DE EVALUACION DE RASGOS DE EMPATIA

El presente formato busca validar una entrevista semi -estructurada sobre los conocimientos, y percepciones previas que tiene un grupo de personas respecto a la empatía, entendiendo ésta desde la postura de Decety como la habilidad de comprender los estados emocionales de otros. La población con la que se trabajará es dependiente a sustancias psicoactivas SPA de la fundación Génesis de Colombia, todos mayores de 14 años. Dicha población corresponde a personas en tratamientos y asistentes a grupo de Narcóticos Anónimos y Alcohólicos Anónimos de la Fundación Génesis de Colombia.

INDICACIONES

Querido evaluador por favor asigne una calificación a los ítems en su gramática, pertinencia y relevancia, teniendo en cuenta que 1 corresponde a bajo, 3 a medio y 5 a alto:

- a. Aspectos gramaticales: evalúe la redacción del ítem frente a su claridad y coherencia.
- b. Pertinencia: considere si el ítem permite recoger los aspectos más relevantes de la propuesta teórica.
- c. Relevancia: tenga en cuenta si la inclusión del ítem es importante en relación con el objetivo de la investigación.

Escriba las observaciones correspondientes para cada ítem y asigne una calificación general a cada uno. Si lo considera necesario, puede incluir ítems que permitan enriquecer la entrevista.

Anexo 2. Declaración de consentimiento informado.**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Para la culminación de los estudios académicos de pregrado desde la Facultad de Psicología de la Universidad de La Sabana, Malory Monroy y Adriana Sosa, llevaran a cabo la(s) entrevista(s) con fines formativos y de desarrollo profesional para las estudiantes que realiza su trabajo de grado. La información recopilada se utilizará como apoyo para asegurar la máxima eficiencia, eficacia y excelencia en el desarrollo del trabajo *“Caracterización de la empatía por parte de personas adictas a sustancias psicoactivas institucionalizadas en Colombia”*.

La información que se obtengan de su participación será utilizada únicamente con fines de formación y solamente por parte de las estudiantes Malory Monroy y Adriana Sosa, guardándose siempre su información personal en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a ésta.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de éstos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

Si en algún momento usted desea dejar de participar de la(s) entrevista(s), le solicito me lo comunique y a partir de ese momento se dejarán de utilizar la información con fines de formación y desarrollo profesional.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la(s) entrevista(s) y que la información que se derive de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos específicos relacionados con el desarrollo del proyecto. Teniendo en cuenta que:

1. He leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de las entrevista y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto.

2. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento.

3. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional.

Investigador

Participante

Fecha: _____

Anexo 3. Estímulos perceptuales generados de empatía.**ESTÍMULOS PERCEPTUALES GENERADORES DE EMPATÍA**

Dentro de un proceso cognitivo los estímulos perceptuales facilitan comprender mediante aprendizaje vicario la dificultad en la que se encuentra otra persona, solo con imaginar la angustia o dolor de un individuo es suficiente para despertar sentimientos hacia otro (Paz, 2015).

1. Recuerde momentos en los cuales haya sentido que se puso en los zapatos del otro. ¿En esta situación estuvieron involucradas personas con las que usted mantiene una relación cercana?

2. Recuerde una situación puntual en donde un semejante experimenta dolor emocional (tristeza) ¿Para usted es fácil sentir sintonizarse con el otro cuando éste experimenta dolor (emocional)? ¿Por qué?

3. Recuerde una situación puntual en donde se haya afectado por el dolor de otro.

4. ¿Cuándo está disgustado con alguien normalmente intenta calmarse y entender cómo se está sintiendo el otro, que experimenta y porque reacciona así?

5. ¿Qué siente usted por una persona que intentan parar de consumir y no puede?

6. ¿En qué situación logra sintonizarse más, al ver que una mujer está siendo maltratada por otra mujer o ver que una mujer está siendo maltratado por un hombre?

7. ¿En qué situación logra sintonizarse más, ver que un adulto mayor está siendo agredido verbalmente por un niño o por un adulto?

8. ¿Se le facilita entender lo que le pasa a otro cuando este vive una situación extrema (riesgo de perder su familia) o cuando se encuentra en proceso de negación de su enfermedad de adicción?

EMOCIÓN

La empatía implica compartir la emoción percibida en otro, sentir con otro. Esta reacción afectiva vicaria puede ocurrir como respuesta a unas claves perceptivas extrañas o como resultado de la inferencia del estado emocional a partir de claves indirectas (Garaigordobil, 2005).

9. Cuando le cuentan algo personal, ¿Usted puede percibir y aproximarse a lo que está sintiendo el otro en ese momento?

10. ¿Si una persona a la que usted aprecia está pasando por una situación difícil, usted se pone en los zapatos del otro para poder ayudarle o prefiere no involucrarse?

11. ¿Cuándo usted siente lo que otro vive en determinada situación es porque ya la vivió?

12. ¿Usted podría inferir el estado emocional de una persona con verla u oírla sin que éste le haya contado?

13. ¿Antes de decir algo o concluir, se toma el tiempo para pensar o imaginar cómo se sentiría usted si estuviera viviendo la situación de otro?

14. ¿Si un amigo suyo ha sido grosero y ha herido sus sentimientos, usted intenta entender sus motivos?

15. ¿Cuándo toma decisiones personales lo hace teniendo en cuenta las emociones de los demás?

16. ¿Qué le dice a usted que otra persona necesita ser escuchada y tal vez ayudada?

17. ¿Que lo conecta más con otra persona cuando ésta habla, su expresión facial o su tono de la voz?

EMPATÍA

La empatía es la habilidad de comprender los estados emocionales de otros. (Meiring, 2014). Teniendo en cuenta lo anterior Decety, Echols & Correll (2010) definen esta como un

proceso de inducción intersubjetivo a través del cual lo cognitivo y las experiencias afectivas de otro vienen a ser compartidas, sin perder de vista la fuente original de la experiencia.

18. ¿Qué entiende por empatía?

19. ¿Es importante para usted ser empático? ¿Por qué?

Anexo 4. Entrevista Semi-Estructurada

PREGUNTAS	SUJETO	SUJETO	SUJETO	SUJETO	ANALISIS	ANALISIS
	1	2	3	4	1	2
<p>Recuerde momentos en los cuales haya sentido que se puso en los zapatos del otro. ¿En esta situación estuvieron involucradas personas con las que usted mantiene una relación cercana?</p>						
<p>Recuerde una situación puntual en donde un semejante experimento dolor emocional (tristeza) ¿Para usted es fácil sentir sintonizarse con el otro cuando éste experimenta dolor (emocional)? ¿Por qué?</p>						
<p>Recuerde una situación puntual en donde se haya afectado por el dolor de otro.</p>						
<p>¿Cuándo está disgustado con alguien normalmente intenta calmarse y entender cómo se está sintiendo el otro, que experimenta y porque reacciona así?</p>						
<p>¿Qué siente usted por una persona que intentan parar de consumir y no puede?</p>						
<p>¿En qué situación logra sintonizarse más, al ver que una mujer está siendo maltratada por otra mujer o ver que una mujer está siendo maltratado por un hombre?</p>						
<p>¿En qué situación logra sintonizarse más, ver que un adulto mayor está siendo agredido verbalmente por un niño o por un adulto?</p>						

¿Se le facilita entender lo que le pasa a otro cuando este vive una situación extrema (riesgo de perder su familia) o cuando se encuentra en proceso de negación de su enfermedad de adicción?

Cuando le cuentan algo personal, ¿Usted puede percibir y aproximarse a lo que está sintiendo el otro en ese momento?

¿Si una persona a la que usted aprecia está pasando por una situación difícil, usted se pone en los zapatos del otro para poder ayudarle o prefiere no involucrarse?

¿Cuándo usted siente lo que otro vive en determinada situación es porque ya la vivió?

¿Usted podría inferir el estado emocional de una persona con verla u oírla sin que éste le haya contado?

¿Antes de decir algo o concluir, se toma el tiempo para pensar o imaginar cómo se sentiría usted si estuviera viviendo la situación de otro?

¿Si un amigo suyo ha sido grosero y ha herido sus sentimientos, usted intenta entender sus motivos?

¿Cuándo toma decisiones personales lo hace teniendo en cuenta las emociones de los demás?

¿Qué le dice a usted que otra persona
necesita ser escuchada y tal vez ayudada?

¿Que lo conecta más con otra persona
cuando ésta habla, su expresión facial o su
tono de la voz?

¿Qué entiende por empatía?

¿Es importante para usted ser empático?

¿Por qué?

Anexo 5 Categorías y sub-categorías del análisis del estudio

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
AFFECTIVA	Lazos afectivos (Familia, relaciones cercanas, familia). Situaciones vividas Situación en que reconoce emociones propias Carga emocional negativa Carga emocional positiva
COGNITIVO	Tratamiento Contexto Intervención en situaciones de conductas positivas (pro sociales) Intervención en situaciones de conductas negativas (agresiones).