

RELACIÓN ENTRE LA EMPATÍA DEL TERAPEUTA Y LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

RELATIONSHIP BETWEEN THERAPIST'S EMPATHY AND TREATMENT OUTCOMES

Alberto Gimeno Peón¹

Rocío Coto Lesmes²

Anxo Barrio Nespereira¹

Isabel Saavedra Rionda²

Clara Vicente Palacios³

Marina Lagarón Criado¹

Teresa Álvarez Casariego¹

Jorge Hernández González⁴

Alicia González Fernández¹

1 Hospital de Cabueñes. 2 Hospital Universitario Central de Asturias. 3 Hospital San Agustín.

4 Hospital Carmen y Severo Ochoa

Servicio de Salud del Principado de Asturias

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gimeno Peón, A., Coto Lesmes, R., Barrio Nespereira, A., Saavedra Rionda, I., Vicente Palacios, C., Lagarón Criado, M., Álvarez Casariego, T., Hernández González, J. y González Fernández, A. (2015). Relación entre la Empatía del Terapeuta y los Resultados del Tratamiento. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 179-189.



Resumen

*La empatía del terapeuta es un factor considerado necesario por diversos paradigmas de psicoterapia, sugiriendo su relación con los resultados de la misma. El objetivo de este trabajo es observar la existencia de dicha relación en una muestra de pacientes y comprobar si existe un vínculo entre los rasgos de personalidad de estos y la empatía percibida en sus terapeutas. **Método:** En una muestra de 30 sujetos se registraron los resultados de la terapia tras cinco sesiones mediante el test CORE-OM y la empatía que los pacientes percibían en su terapeuta (con la subescala de Comprensión Empática de la Escala de Relación Barrett-Lennard), así como los rasgos de personalidad medidos con el NEO-FFI. Se comprobó si la media en empatía percibida en el terapeuta era diferente en el grupo de los pacientes que mejoraban significativamente con respecto a los que no lo hacían. Se analizaron los datos con el fin de observar si existía relación entre la personalidad del paciente y su percepción de la empatía del terapeuta. **Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de los que mejoraron ($p = .04$, intervalo de confianza: $.08 - 13.21$). Se halló una correlación positiva significativa entre el rasgo de personalidad Extraversión y el nivel de empatía percibida ($p = .04$, intervalo de confianza: $.02 - .65$). **Conclusiones:** La empatía del terapeuta tiene un papel importante en el proceso de tratamiento y las variables de personalidad influyen en la percepción de la misma.*

Palabras clave: empatía, psicoterapia, evaluación de resultado, personalidad, interacción terapéutica.

Abstract

Therapist Empathy is a factor deemed necessary by various paradigms of psychotherapy, suggesting its relationship with the results of it. The objective of this work is to observe the existence of such a relationship in a sample of patients and check whether there is a link between personality traits of these and their and their perception of empathy of therapists. Method: In a sample of 30 subjects the treatment outcomes were recorded after five workouts using CORE-OM test and perceived empathy in their therapist (with subscale Empathic Understanding from Barrett-Lennard Relationship Scale) as well as personality traits measured by NEO-FFI. It was checked whether the average perceived therapist empathy was different in the group of patients significantly improved with respect to those who did not. It conducted an analysis of the data in order to observe whether there was a relationship between the patient's personality and perceived therapist empathy. Results: Statistically significant differences favoring the group that improved ($p = .04$, confidence interval: $.083 - 1.32$) were found. A significant positive correlation between the personality trait Extraversion and the level of perceived empathy ($p = .041$, confidence interval: $.02 - .65$) was found. Conclusions: therapist empathy plays an important role in the treatment process and personality variables influence the perception of it.

Keywords: empathy, psychotherapy, outcome assessment, therapeutic interaction.

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones destinadas a comprobar si la empatía mostrada por el terapeuta es un componente eficaz en psicoterapia han arrojado resultados positivos. Recientes metanálisis llevados a cabo por la Task Force de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) han llevado a la conclusión que la empatía del terapeuta es un factor que goza de apoyo empírico suficiente como para ser considerado un buen predictor de los resultados de la terapia, siendo esto válido para diferentes orientaciones teóricas, en formatos individuales y grupales y para pacientes con diferentes niveles de gravedad (Norcross, 2011; Norcross y Wampold, 2011).

Carl Rogers fue uno de los principales autores en mostrar interés por estudiar cómo la relación terapéutica afectaba a los resultados de la terapia. Rogers creía que existían una serie de condiciones que debían darse en una terapia para que los resultados de la misma fuesen positivos (Rogers, 1957): congruencia del terapeuta, aceptación incondicional del paciente y la empatía del terapeuta. A lo largo de su carrera, se preocupó de demostrar empíricamente la relación entre estos factores y la mejoría de los pacientes. Basándose en las condiciones descritas por Rogers, Barrett-Lennard desarrolló una escala para evaluar la empatía que el paciente percibe en su terapeuta y encontró que las puntuaciones obtenidas con este instrumento correlacionaban con los resultados de la psicoterapia centrada en el cliente (Barrett-Lennard, 1962; Kurtz y Grummon, 1972).

Desde entonces, no solo los terapeutas de orientación humanista han señalado la importancia de una relación empática en el marco de la psicoterapia, sino que se ha convertido en un componente fundamental para terapeutas que trabajan con otros modelos teóricos, desde psicoanalistas (véase, por ejemplo: Kohut, 1977) hasta terapeutas cognitivos (Becky, Rush, Shaw y Emery, 2012, entre otros). Es más, la mayoría de las escuelas de psicoterapia considera que las tres condiciones señaladas por Rogers son relevantes en el proceso de terapia (Feixas y Miró, 1993), si bien no son suficientes por sí mismas para producir un cambio.

En una línea muy similar se encuentran los trabajos centrados en estudiar la importancia de la relación terapéutica. Por ejemplo, disponemos de datos recientes que indican que la fuerza de la alianza terapéutica en las primeras sesiones de psicoterapia correlaciona con la mejoría sintomática de los pacientes (Botella y Corbellá, 2011).

En cuanto a la empatía como componente específico, es necesario señalar que una de las características que lo convierten en un elemento relevante del proceso terapéutico es el hecho de que el terapeuta sea capaz de transmitir esa comprensión empática a su paciente de tal forma que este pueda llegar a percibirla. De hecho, la empatía del terapeuta percibida por el paciente o por un observador es mejor predictor del resultado de la terapia que la valoración que hace el primero acerca de sí mismo, encontrándose, además, que esta relación es más fuerte cuando se observa en terapeutas que con menor experiencia (Elliot, Bohart, Watson y Greenberg,

2011). Investigaciones recientes han hallado también una relación significativa entre la empatía percibida y el descenso de las puntuaciones en medidas diversas de psicopatología, así como modificaciones en el tipo de vinculación en pacientes con un estilo de apego inseguro (Watson, Steckley y McMullen, 2014).

Una revisión de la literatura científica sobre el tema nos muestra que la empatía no solo es un elemento clave en psicoterapia, sino que también es relevante en otro tipo de relaciones de ayuda, como es el caso de la relación entre médico y paciente. Disponemos de datos que apoyan la hipótesis de que la empatía percibida en el médico está relacionada con la adherencia al tratamiento y con la satisfacción con la atención recibida, así como con el descenso de la ansiedad y el estrés, con un mejor diagnóstico y con mejores resultados clínicos (Derksen, Bensing y Lagro-Janssen, 2013; Kim, Kaplowitz y Johnston, 2004).

Al tiempo que se siguen haciendo avances en este área, que incluyen el hallazgo de correlatos psicofisiológicos de la empatía percibida (Marci, Ham, Moran y Orr, 2011), queda por averiguar qué otras variables pueden estar interviniendo en la percepción que un paciente tiene de la empatía de su terapeuta. Hasta donde los autores conocen, no se disponen de datos publicados que relacionen características de personalidad del evaluador (el paciente, en este caso) con las puntuaciones dadas en el constructo del que nos estamos ocupando.

En este artículo se presenta un estudio llevado a cabo con los siguientes objetivos: comprobar si en una determinada muestra de sujetos se verifican los resultados obtenidos en otras poblaciones (la empatía percibida en el terapeuta está relacionada con los resultados del tratamiento psicológico) y observar qué papel juega en dicha percepción la personalidad del paciente.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo formada por 30 pacientes que fueron atendidos en varios Centros de Salud Mental (CSM) y en un Centro de Atención Primaria (CAP) del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), así como en la Unidad Asistencial de Formación e Investigación en Psicoterapia (UFIP) del Hospital Universitario La Paz (Madrid).

En la Tabla 1 se puede observar que la mayoría de los participantes fueron mujeres (73.3%), con una media de edad de 38.6 años. El 43.3 % de los pacientes estaban solteros y el 40% casados. Más de la mitad (56.7%) tenía empleo en el momento de la evaluación. La mayoría tenía un nivel académico universitario (33.3%) o de Formación Profesional / Bachillerato (33.3%).

Variables e instrumentos

Variables sociodemográficas: se tomaron medidas de sexo, edad, número de hijos, estado civil, situación laboral, convivencia y nivel de estudios. Se recogieron

de la historia clínica del paciente.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra (n = 30)

	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Edad <i>Media (Desviación Típica)</i>	38.56	(14.26)
Sexo		
Hombres	8	(26.7)
Mujeres	22	(73.3)
Estado civil		
Soltero/a	13	(43.3)
Casado/a	12	(40.0)
Convivencia en pareja	4	(13.3)
Viúda/o	1	(3.3)
<i>Nivel educativo</i>		
Estudios de primaria completos	4	(13.3)
Estudios de secundaria completos	5	(16.7)
Bachillerato / FP	10	(33.3)
Universitario	10	(33.3)
Valores perdidos	1	(3.3)
Situación laboral		
Estudiante	5	(16.7)
Trabajando	17	(56.7)
Sin trabajo / buscando primer empleo	1	(3.3)
Parado, habiendo trabajado antes	3	(10.0)
Retirado, jubilado o pensionista	2	(6.7)
Labores del hogar	2	(6.7)

Variables clínicas: se registraron diagnósticos, estado clínico inicial y estado clínico tras la intervención. Los diagnósticos fueron recogidos mediante la historia clínica, en la cual se siguen los criterios de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). El estado clínico se evaluó empleando la versión española del CORE-OM (Feixas et al, 2012). Se trata de una prueba con formato de auto-informe, compuesta por 34 ítems tipo Likert con valores de cero a cuatro para cada uno de ellos. La puntuación total se obtiene a partir de las cuatro dimensiones que evalúa: Bienestar subjetivo (cuatro ítems acerca de la percepción del paciente sobre su estado general), Problemas/síntomas (12 ítems acerca de ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos), Funcionamiento general (12 ítems sobre relaciones sociales e íntimas y funcionamiento cotidiano) y Riesgo (seis ítems sobre conductas suicidas y de agresión). Para comprobar si se ha producido un cambio en el estado del paciente se compara una medida previa a la intervención con una medición posterior. Cambios iguales o superiores a .5 serían indicadores de que se ha producido un cambio fiable.

De personalidad: la personalidad del paciente fue medida empleando el cuestionario NEO-FFI (McRae y Costa, 2004), versión reducida del NEO-PI-R (Costa y McRae, 1992), que permite obtener mediciones en cinco rasgos de personalidad (Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Cordialidad y Responsabilidad), y cuya versión en español posee buenas propiedades psicométricas (Fabregat, Plana, Vilanova, Dolcet y Gallart, 2009).

Empatía del terapeuta: se empleó la subescala de Comprensión Empática de la versión en español del Cuestionario de Relación Barrett-Lennard (Celis, 1999). Esta subescala está compuesta por 16 ítems tipo likert en los que se le pregunta al paciente cómo de empático percibe a su terapeuta en general.

Procedimiento

Se incluyeron en el estudio a aquellas personas mayores de edad que acudieron al menos a cinco consultas con el mismo terapeuta, entre Noviembre de 2013 y Febrero de 2015, a los centros participantes en el estudio (siete CSM de cuatro áreas sanitarias del SESPA: Cangas de Narcea, Avilés, Gijón y Oviedo; un CAP de Gijón; un CSM de Madrid en el que se recibían pacientes de la UFIP), que fueron atendidas por los colaboradores de la investigación (un Psicólogo Clínico, siete residentes de Psicología Clínica y una residente de Psiquiatría) y que aceptaron participar en la misma.

Antes de comenzar la recogida de datos, fueron solicitadas las autorizaciones oportunas del Comité de Bioética y de los responsables de los Servicios de Salud Mental implicados. Los terapeutas participantes en el estudio ofrecían la participación voluntaria en la investigación a los pacientes que les llegaban derivados de la forma habitual. A aquellos que accedieron se les facilitó un consentimiento informado por escrito.

La recogida de datos se llevó a cabo en dos momentos. El primero tuvo lugar durante la primera o segunda consulta. En esa ocasión los pacientes respondieron el NEO-FFI y el CORE-OM. Posteriormente, tras finalizar la quinta entrevista se volvieron a recoger datos con el CORE-OM y se entregó a los participantes el cuestionario de Comprensión Empática. Estos fueron instruidos para entregar este último test en un sobre cerrado, de manera que se pudieran minimizar posibles sesgos atribuidos a la sinceridad en las contestaciones.

Análisis estadísticos.

Todos los datos fueron analizados en la Unidad de Investigación del Hospital de Cabueñes (Gijón), con el programa estadístico R, versión 3.1.2 (R Core Team, 2014). Para determinar las características de la muestra se emplearon pruebas descriptivas. Para cada sujeto se calculó la diferencia entre la primera y la segunda medida con el CORE-OM (puntuaciones totales) y se obtuvieron dos grupos de casos: los que igualaron o superaron una puntuación de .5 se incluyeron el *grupo con mejoría significativa* y los que mostraron puntuaciones inferiores en el *grupo*

sin mejoría significativa; en ambos grupos se calculó el valor promedio de empatía del terapeuta y se efectuó una prueba T de comparación de medias. Se empleó la prueba del coeficiente de correlación de Pearson para comprobar la relación entre los rasgos de personalidad y la empatía percibida.

RESULTADOS

En la Tabla 2 de muestran las características clínicas y de tratamiento de la muestra. Como se puede observar, en su mayoría los diagnósticos pertenecían al grupo de los trastornos de ansiedad y casi la mitad de la muestra fue diagnosticada de trastorno de adaptación (40%).

Tabla 2

Características clínicas y de tratamiento de la muestra (n = 30)

	n	(%)
<i>Grupos diagnósticos</i>		
Trastornos de ansiedad	22	(73.3)
Trastorno de adaptación	12	
Trastorno de pánico	3	
Trastorno de ansiedad generalizada	2	
Trastorno mixto ansioso-depresivo	2	
Trastorno obsesivo-compulsivo	2	
Reacción a estrés grave sin especificación	1	
Trastornos afectivos	3	(10.0)
Distimia	2	
Trastorno afectivo no especificado	1	
Otros:	5	(16.7)
Problemas potenciales psíquicos o psicosociales	2	
Ludopatía	1	
Trastorno por atracón	1	
Sin diagnóstico	1	
<i>Tipo de tratamiento</i>		
Exclusivamente psicológico	21	(70.0)
Combinado (psicoterapia y fármacos)	9	(30.0)
<i>Situación en el momento de la última evaluación</i>		
Sigue a tratamiento	12	(40.0)
Alta	18	(60.0)

Todos los casos recibieron tratamiento psicológico, en su mayoría de forma exclusiva. En las ocasiones en las que se emplearon psicofármacos, estos estaban pautados casi en su totalidad por otros profesionales (médicos de atención primaria, principalmente). Al finalizar la evaluación (tras la quinta sesión de terapia) más de la mitad de los sujetos habían recibido el alta por parte de su terapeuta de referencia.

El grupo con mejoría significativa estuvo formado por los 13 participantes (43.3% de la muestra) que alcanzaron el valor considerado indicativo de cambio fiable utilizando la escala Total (que incluye todos los ítems) del CORE-OM (Feixas

et al, 2012). El grupo sin mejoría significativa incluyó a los otros 17 pacientes (56.7%). Se llevó a cabo la prueba T de comparación de medias para muestras independientes, hallándose una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) a favor del grupo con mejoría (Tabla 3). No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en relación a variables sociodemográficas (prueba *Chi cuadrado*).

Tabla 3*Comparación de medias en empatía percibida*

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Con mejoría	31	7,93	13	44
Sin mejoría	24,35	9,60	6	40

$t = 2.07, df = 27.79, p = .04^*$
Intervalo de confianza: .08 – 13.21

Nota. * $p < .05$

Se llevó a cabo la prueba de correlación de Pearson con el fin de comprobar si se observaba alguna relación entre las variables de personalidad y la puntuación en empatía percibida (Tabla 4). Únicamente el rasgo Extraversión mostró una correlación estadísticamente significativa con la variable empatía del terapeuta ($p < .05$).

Tabla 4*Correlaciones entre los rasgos de personalidad y empatía*

Rasgos de personalidad (p)	
Neuroticismo	.561
Extraversión	.042*
Apertura a la experiencia	.099
Cordialidad	.587
Responsabilidad	.232

Nota. * $p < .05$

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los datos actuales confirman la hipótesis de que la empatía del terapeuta juega un papel importante en los resultados del tratamiento. Puede observarse como el valor promedio en esta variable es superior en el grupo de los pacientes que mejoran (en cuanto a su estado clínico) con respecto al grupo de aquellos que no mejoran de forma significativa, y que esta diferencia alcanza un grado suficiente de significatividad estadística. Estos datos apoyan los encontrados anteriormente en otras investigaciones (Barrett-Lennard, 1962; Elliot, Bohart, Watson y Greenberg, 2011; Kurtz y Grummon, 1972; Norcross, 2011; Norcross y Wampold, 2011).

Con respecto a las variables de personalidad del paciente y su influencia en la

empatía percibida, se ha podido observar que las personas que puntúan alto en Extraversión es más probable que den puntuaciones más altas en la escala de empatía percibida en el terapeuta. Este dato abre nuevos interrogantes que podrían dar lugar a otras vías de estudio. Sería posible plantearse si los pacientes más extrovertidos tienen mayor capacidad para detectar la conducta empática de otras personas, o si su personalidad les lleva a valorar más que a otros esa característica en su terapeuta; o tal vez tenga que ver con una mayor sensibilidad al sesgo de deseabilidad social. En cualquier caso, lo más probable es que los resultados no se puedan atribuir a la influencia de un único factor y que se produzca toda una serie de interacciones entre los diferentes elementos que se encuentran presentes en la relación terapeuta-paciente: los interlocutores (con sus características de personalidad, expectativas, estados psicológicos y físicos...), el contexto, el proceso terapéutico, etc.

Existen varias limitaciones en este trabajo que conviene señalar. En primer lugar, el tamaño de la muestra es reducido. Durante la recogida de datos un número considerable de casos se perdió antes de llegar a la quinta consulta, principalmente debido al abandono de la terapia por parte de algunos pacientes. En segundo lugar, el análisis estadístico empleado (prueba T de comparación de medias) no nos permite hacer interpretaciones causales. Cabe aquí plantearse la posibilidad de que los pacientes que mejoran más valoren mejor a sus terapeutas por este mismo hecho, más que por la capacidad del profesional para mostrarse empático, por ejemplo. Otra limitación tiene que ver con las propiedades psicométricas de la escala de Comprensión Empática: aunque la versión original de la escala de Barrett-Lennard cuenta con buenas propiedades, no disponemos de datos de fiabilidad y validez de la versión española.

Los resultados obtenidos son congruentes con las investigaciones que muestran la importancia de la relación terapéutica en las primeras sesiones y su contribución a los resultados del tratamiento (Botella y Corbellá, 2011). Se encontró una mejoría clínica en casi la mitad de la muestra (43%) en un reducido número de sesiones (cinco), y el 60% de los casos fueron dados de alta bajo criterio facultativo. Estos resultados son llamativos si tenemos en cuenta que se considera que generalmente hacen falta entre 13 y 18 sesiones de psicoterapia para que exista una mejoría en el 50% de los pacientes (Hansen y Lambert, 2003; Hansen, Lambert y Forman, 2002).

Resulta igualmente interesante el hecho de que no hubo correspondencia entre el número de casos dados de alta y el número de casos que alcanzó una mejoría significativa en el test CORE-OM, lo cual nos invita a reflexionar acerca de los criterios subjetivos, psicométricos y clínicos de aquella y la concordancia (o falta de la misma) entre ellos.

En resumen, podemos confirmar la hipótesis de la diferencia en el promedio de empatía percibida en el terapeuta a favor del grupo de los pacientes que mejoran más (a nivel sintomático). Existen diferencias y éstas son estadísticamente signifi-

cativas. Hace falta aumentar el tamaño de la muestra y corregir ciertos errores mencionados más arriba en el diseño de la investigación con el fin de aumentar la validez externa de la misma. La influencia de los rasgos de personalidad podrá también ser estudiada de forma más exacta con el incremento del número de casos.

Los resultados de las investigaciones revisadas a lo largo de este trabajo nos muestran que no todo reside en una técnica o tratamiento psicológico específico. El factor humano, el hecho de mostrar interés genuino en el sufrimiento ajeno y mostrarse como una persona con capacidad para entender las vivencias de otra y no solo como mero administrador de una u otra terapia, ha demostrado tener mucha importancia a la hora de ayudar a los demandantes de ayuda psicológica a lograr alcanzar una solución a sus problemas.

AGRADECIMIENTOS

En la investigación descrita colaboraron también las siguientes personas, a las cuales se les agradece su apoyo: Elena Pérez Fernández, Javier Fernández Méndez, Leticia León Quiosmondo, y Lía Corral Rego.

Referencias bibliográficas.

- Fabregat, A. A., Plana, A. B., Vilanova, D. S., Dolcet, J. M., y Gallart, S. (2009). Versiones cortas del NEO-PI-R: el NEO-FFI frente al NEO-FFI-R. *Psicología conductual= behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, (2), 335-350.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76(43), 1.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (2012). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (20ª Ed.). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Botella, L., y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, (101), 21-34.
- Celis, A. (1999). Proceso de adaptación del Inventario de la relación de ayuda de GT Barrett-Lennard. *Revista de Psicología*, 8(1), 163-171.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *NEO PI-R professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Derksen, F., Bensing, J., y Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), 76-84.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., y Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García, E. y López, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. (<http://revistadepsicoterapia.com/la-version-espa-ola-del-core-om-clinical-outcomes-in-routine-evaluation-outcome-measure.html>)
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia (14ª Ed.). Barcelona: Paidós.
- Hansen, N. B., y Lambert, M. J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, 5(1), 1-12.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., y Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: science and practice*, 9(3), 329-343.
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., y Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation y the health professions*, 27(3), 237-251.
- Kohut, H. (1977). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.

- Kurtz, R. R., y Grummon, D. L. (1972). Different approaches to the measurement of therapist empathy and their relationship to therapy outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 39(1), 106.
- Marci, C. D., Ham, J., Moran, E., y Orr, S. P. (2007). Physiologic correlates of perceived therapist empathy and social-emotional process during psychotherapy. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(2), 103-111.
- McCrae, R. R., y Costa, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 587-596.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd Ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992.
- R Core Team (2014). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria: RC Team.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95-103.
- Watson, J. C., Steckley, P. L., y McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24(3), 286-298.