

**Estudio piloto de integración de conductas compasivas en un programa de mindfulness
y meditación compasiva. Efectos sobre población general.**

Eduardo Béjar Berjano

2º Año Máster psicología General Sanitaria

Universidad Pontificia de Comillas

Tutora: Rosa Molina Ruiz

27 de junio del 2022

Índice

Abstract__p.3

Introducción__p.4

-Terapia Focalizada en la Compasión__p.5

-Beneficios de la Meditación Compasiva__p.6

-Problemas en la Realización del Estudio__p.7

-Objetivos__p.8

Método__p.9

-Participantes__p.9

-Reclutamiento__p.10

-Programas de Intervención__p.10

-Recolección de Datos__p,11

-Tests utilizados__p.12

Resultados__p.14

Conclusiones__p.24

-Limitaciones del Estudio__p.25

Discusión__p.26

Bibliografía__p.29

Abstract

Las intervenciones basadas en la compasión, en conjunto con la práctica de meditación o mindfulness, han ido cobrando auge en los últimos años, teniendo como constructos principales la compasión y la autocompasión, teniendo a la persona en cuenta como parte de su entorno social para lograr el cambio terapéutico. Sin embargo, se suelen centrar principalmente en el ejercicio de la compasión con uno mismo, y no con otros. En este estudio buscamos investigar cuales serían los efectos de llevar a cabo conductas compasivas dirigidas hacia personas del entorno inmediato de los sujetos, mientras realizan un programa de dos semanas de mindfulness y prácticas autocompasivas extraídas de la Terapia Focalizada en la Compasión. Los resultados obtenidos no pudieron ser estadísticamente validados por la pérdida muestral, y el no cumplimiento de los sujetos en el grupo experimental de las tareas compasivas propuestas.

***Palabras Clave:** Autocompasión, Regulación Emocional, Terapia Focalizada en la Compasión, Terapia Basada en la Mentalización*

Compassion-Based interventions, applied along the practice of meditation or mindfulness, have been growing in popularity in the past years, being key constructs the compassion and self-compassion. Nevertheless, they tend to center themselves towards exercising compassion with oneself, but not with others. In this study, we set to investigate which would have been the effects of carrying out compassionate behaviours directed towards people of the subject's immediate environment, while they were part of a two week program in mindfulness and self-compassion practices, extracted from the Compassion Focused Therapy. The obtained results couldn't be statistically validated due to sample loss, and the subjects in the experimental group not carrying out the proposed compassionate tasks.

Key words: Self-compassion, Emotion Regulation, Compassion Focused Therapy, Mentalization Based Therapy.

Introducción

Desde que el mindfulness entró en el campo de mira de la psicoterapia, y en parte debido a la popularidad que ganó la práctica de este por parte de la población general, no son pocos los estudios realizados sobre la efectividad de la meditación en un contexto clínico. Especialmente con síntomas de la ansiedad y el estrés (Hofmann y Gomez, 2017) aunque cada vez se aplica a más trastornos (Koszycki, Thake, Mavounza, et al., 2016) (Kelma, Evare y Barrera, 2018).

Tras la popularización de la Reducción de Estrés Basada en Mindfulness (MBSR), desarrollada por Kabat-Zinn en 1979 en su clínica dentro de la Universidad de Massachussets, han proliferado las corrientes de tratamiento, siendo las principales la MBSR y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness o MBCT, pero el mindfulness se ha convertido también en un componente a su vez de otros tratamientos, como la Terapia Dialéctico-Conductual o la Terapia de Aceptación y compromiso. Pero así también han ido surgiendo las críticas a las mismas, siendo una de las principales el que no existe un claro consenso acerca de los mecanismos de acción a través de los cuales esta forma de intervención ofrece los beneficios reportados (Moscoso, 2018).

Entre estas críticas se encuentra el que las intervenciones basadas en mindfulness generalmente incluyen la compasión en su teorización, pero esta solo aparece de forma implícita en la práctica. (Brito-Pons, Campos y Cebolla, 2018). Por esto, junto con el auge de la tercera ola, empezaron a popularizarse las llamadas Intervenciones Basadas en la Compasión (IBC).

Las IBC tienen como elemento fundamental el entrenamiento y promoción de la compasión. Son protocolos estructurados que contienen teoría, práctica, y ejercicios centrados en el desarrollo de la compasión y autocompasión. Aunque Wilson, Makintosh, Power y Chan (2019) no encontraron diferencias en autocompasión entre sujetos en terapias con foco en la autocompasión y sujetos en una situación control activa.

Una de las definiciones más usadas de compasión es la de Gilbert (2015), que la define como “La profunda conciencia del sufrimiento de uno mismo y de otros seres, junto con el deseo de ayudar a evitarlo”.

Las principales IBC serían el Entrenamiento en compasión de base cognitiva (CBCT), el Entrenamiento en el Cultivo de la Compasión (CCT) la Terapia Focalizada en la Compasión (CFT) y Mindfulness y Autocompasión (MSC) (Campos, Herrera-Mercadal, Martínez et al. 2020).

De entre las 5 principales IBC, nos centraremos en la desarrollada por Gilbert, la Terapia Focalizada en la Compasión o CFT para la realización del estudio por su estructuración y ejercicios diferenciados para el entrenamiento en mindfulness y meditación compasiva.

Terapia Focalizada en la Compasión:

Tiene sus bases en la psicología evolutiva, neurociencia afectiva, la teoría del apego y la terapia cognitivo-conductual. Fue desarrollada inicialmente para ser utilizada con pacientes con tendencia a sentir vergüenza y autocrítica. (Kolts, 2016)

Uno de sus focos principales es crear una congruencia emocional entre lo que los clientes piensan y lo que sienten.

Lo que la diferencia de otras terapias que incorporan la compasión es el foco en ayudar a los pacientes a entender sus dificultades en un contexto de evolución, las dinámicas de como las emociones afectan al cerebro, y las fuerzas sociales que dan forma a nuestro self, particularmente en edades tempranas. De aquí surge el concepto que Gilbert llamó el Self Compasivo (Campos, Herrera-Mercadal, Martínez et al., 2020), como una forma de extender la compasión a las partes más vulnerables de nuestro yo.

Las bases para el cambio desde la CFT (Kolts, 2016) se lograrían de forma escalonada, buscando primero una relación terapéutica satisfactoria, para que el cliente pudiese luego sentir un entendimiento compasivo por parte del terapeuta. Tras esto, se pasaría al entrenamiento de la atención plena, para poder llegar a las prácticas compasivas (normalmente de autocompasión, dirigir la compasión hacia otra persona, o escritura de cartas compasivas). Gale, Gilbert, Read y Goss (2014) sostienen que la CFT ofrece un marco de reinterpretación del síntoma diferente a terapias tradicionales como la Terapia Cognitivo Conductual.

Debido a las limitaciones del estudio, no podremos fomentar una relación terapéutica ni devolver un entendimiento compasivo. Si seguiremos el orden propuesto de empezar con la práctica en atención plena para luego pasar a las prácticas compasivas, como es el caso en otras IBC.

Beneficios de la Meditación Compasiva:

Lo, Ngen y Chan (2015) encontraron que la meditación compasiva ayuda a cultivar una respuesta de cuidados hacia el propio sufrimiento y el de otros, particularmente en ansiedad y depresión. Utilizan la definición provista por Gilbert (2009) de la compasión como un comportamiento o una intención para cuidar, guiar, proteger y ofrecer sentimientos de aceptación y pertenencia que benefician a otra persona. Pero esta definición previa a la

anteriormente nombrada de 2015 resultaría algo confusa, al no diferenciar entre motivación y comportamiento.

Problemas en la Realización del Estudio:

Primeramente, la mayoría de los estudios se enfocan en un tipo de meditación sin un grupo de control activo. Segundo, la mayoría de los estudios focalizan la compasión hacia objetivos neutrales o positivos. Tercero, la mayoría de los estudios ofrecen expresiones de compasión limitadas. Y cuarto, pocos estudios exploran los mecanismos subyacentes. A este respecto, Koopmann-Holm, Sze y Tsai (2020) probaron a evaluar cualitativamente cartas escritas a presos por sujetos tras la práctica de meditación compasiva, pero solo encontraron un aumento respecto al optimismo.

Una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados (Galante, Galante, Bekkers y Gallager, 2014) de meditaciones basadas en la compasión mostraron mejorías mediante autoinformes respecto a depresión, atención plena, compasión y autocompasión al compararlos con controles pasivos, y aumento de emociones positivas al compararlos con ejercicios de relajación progresiva.

Galante (2016) propone que hay dos vías por las que el entrenamiento en meditación compasiva aumenta el bienestar de los sujetos; generando emociones placenteras y generando empatía.

La regulación emocional consiste en las capacidades para procesar y modular la experiencia afectiva. Dificultades en estas habilidades son consideradas como un atributo central en algunos trastornos psicopatológicos, como el TLP (Salgó, Szeghalmi, Bajzát, Berán y Unoka, 2021). Bajos niveles de conciencia plena juegan un papel significativo a su vez en la psicopatología de la personalidad.

Schuman-Oliver, Tombka, Lovas et al. (2020) añaden a esta definición el que una regulación emocional (sobre todo las estrategias dedicadas para lograrlo) sería una parte, desde su modelo teórico propuesto de la atención plena, de la regulación del self desde la conciencia plena. Siendo el control atencional y cognitivo de los procesos relacionados.

La autocompasión es una estrategia de autorregulación que contrarresta la autocrítica y otras emociones negativas dirigidas hacia el self. Neff (2003) conceptualizó la autocompasión con las siguientes tres dimensiones: 1) Autoamabilidad vs Autojuicio, 2) Humanidad común vs Aislamiento. 3) Mindfulness vs Sobreidentificación.

Objetivos

Mi objetivo con este TFM es comprobar si al tomar parte en conductas compasivas, así como practicar la atención plena y técnicas de compasión durante un breve periodo de tiempo (2 semanas), se podrían conseguir mejorías respecto a la regulación emocional, autocompasión y empatía de los sujetos.

Mi hipótesis principal es que al implementar estas conductas en un grupo experimental, se observarán diferencias respecto del grupo control, que solo realizará las meditaciones.

La segunda hipótesis es que los sujetos con un trastorno diagnosticado no se beneficiarían tanto del estudio como los controles, o que habría un abandono del programa por parte de los mismos al no tener acceso a los procesos de base de la CFT. Schuman-Oliver, Tombka, Lovas et al. (2020) sostienen que iniciar y mantener un cambio comportamental es clave para la prevención y tratamiento de la mayoría de las enfermedades psiquiátricas más comunes. Y que el cultivo de la atención plena puede ser una vía para este cambio comportamental. Con lo cual la hipótesis nula es igualmente posible.

Método

Se dio aprobación ética a llevar a cabo este estudio por el comité de ética de la Universidad Pontificia de Comillas. El consentimiento para participar en el estudio fue incluido en el cuestionario inicial de reclutamiento al programa como el primero de los ítems. Este estudio fue un ensayo clínico no aleatorizado, por carecer de las técnicas de muestreo pertinentes. Esto significa que los participantes consintieron, completaron los cuestionarios, fueron aleatorizados y entrenados a partir del enlace al cuestionario inicial, que redirigía a uno de los dos programas disponibles (GC y GE).

Participantes:

El reclutamiento estaba orientado hacia la población general. Los criterios de inclusión, basados en el reporte de los sujetos, fueron (a) Tener la nacionalidad española (b) Ser mayores de 18 años (c) No padecer o haber padecido un trastorno de índole psicótica. Esto último se debe a la posibilidad de padecer un episodio psicótico inducido por la práctica meditativa, aunque sea difícil establecer una relación causal entre ambos (Sharma, Mahapatra y Gupta, 2019) y un metaanálisis de los datos no es factible debido a la heterogeneidad de diseños, intervenciones y recogida de datos (Aust y Bradshaw, 2016)

Tener experiencia previa en meditación no se incluyó como un criterio de exclusión, pero si se preguntó en el cuestionario al ser relevante para las conclusiones del estudio.

Los participantes debían inscribirse y dar un correo electrónico antes de realizar el cuestionario inicial. Al completarlo, obtenían acceso a un archivo de redirección que les permitiría descargar o bien el programa del grupo control o del grupo experimental aleatoriamente.

Reclutamiento:

Se recurrió al muestreo no probabilístico por procedimiento bola de nieve al carecer de los medios para utilizar técnicas de muestreo. Por esto se debe que el estudio sea un estudio piloto cuasi-experimental.

Los participantes debían inscribirse e incluir un correo, descargar el archivo .html encargado de realizar la aleatorización y posteriormente realizar los programas. Tras realizar el programa asignado, cada sujeto debía rellenar la encuesta post intervención a través de un enlace situado en las instrucciones para la segunda semana.

Programas de Intervención:

El objetivo general de los cursos era introducir a los sujetos a un conjunto de meditaciones, técnicas de mindfulness la primera semana para después pasar a la meditación compasiva extraída de la guía clínica de la Terapia Focalizada en la Compasión (CFT) (Kolts, 2016).

Los cursos fueron establecidos para sujetos principiantes en la meditación, y duraron un total de dos semanas. Se incluyeron los guiones a las meditaciones, así como audios con las mismas narradas, con el objetivo de que los sujetos pudiesen realizarlas con los ojos cerrados durante los primeros días de cada semana, al menos hasta que hubiesen aprendido los ejercicios, tras lo cual, contaban con la opción de realizarlos en silencio.

Los sujetos debían realizar 2 meditaciones diarias, con la excepción del primer día de la primera y segunda semana. Los audios y guiones fueron los mismos tanto en el grupo experimental como control.

Durante la primera semana, se pidió a los sujetos que empezasen introduciéndose a la práctica del mindfulness con el ejercicio del “Chequeo mindful”, para luego continuar otros 6 días practicando tanto este ejercicio como la “Respiración mindful”. De esta forma, terminaron realizando 2 meditaciones diarias de unos 10 minutos aproximadamente.

Durante la segunda semana, se empezó introduciendo a los sujetos a las prácticas compasivas con el ejercicio del “Self compasivo”. Del segundo día en adelante, realizarían tanto este ejercicio como el de “Extender la compasión al self vulnerable”. Ambas meditaciones de unos 12 minutos aproximadamente. Los guiones para los ejercicios estarán presentes en los Anexos 1 a 4.

Al inscribirse los sujetos tras realizar el cuestionario, no hubo un momento de inicio como tal de los programas, ya que cada uno podía empezar en el momento que lo viera oportuno. Esto se hizo con el objetivo de aumentar la muestra.

La diferencia entre ambos grupos (GC y GE) radicaba en que los miembros del GE debían realizar al menos 3 acciones que considerasen compasivas durante la segunda semana, y detallarlas en el cuestionario post intervención (dejando abierto el poder hacer también un análisis cualitativo de las mismas). Por las propias características de la compasión, definida por Gilbert como “la sensibilidad hacia el sufrimiento, de uno mismo o de los otros, junto con un compromiso profundo para tratar de aliviarlo o prevenirlo” (Gilbert, 2009) no pudimos establecer conductas compasivas específicas, pero lo relevante para el estudio y la comparación de resultados era que los sujetos las considerasen compasivas.

Recolección de Datos:

Se tomaron los datos demográficos de los sujetos, así como del diagnóstico previo de algún trastorno depresivo, ansioso, de personalidad u otro, si tenían experiencia previa en meditación, y sus niveles de base en las escalas de autocompasión (SCS), función reflexiva

(EQ) y dificultades en la regulación emocional (DERS-S SF) fueron recolectados previos a la aleatorización.

Esta se llevó a cabo mediante un archivo .html con la función $(\text{Math.random()}*1000)$ por lo que no se pudo lograr una minimización, pero si aleatorización de los sujetos. El archivo fue a su vez ofuscado para que los sujetos no pudiesen ver dos enlaces a dos programas distintos, con la intención de preservar el ciego experimental.

Los participantes debían terminar el curso para realizar los cuestionarios post intervención, sin embargo, se incluyeron ítems para comprobar cuantos días habían podido realizar los ejercicios asignados durante cada semana.

El proceso de reclutamiento empezó el 13 de abril del 2022 y continuó abierto hasta el 1 de junio del mismo año, así como la recolección de las evaluaciones posteriores a la intervención.

Tests Utilizados

Los constructos a medir por los cuestionarios fueron autocompasión (SCS-SF, Self-compassion Scale), empatía (Empathy Quotient, EQ) y regulación emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS-SF).

SCS (26 ítems). Alfa de Cronbach de 0,87 (95% I.C.: 0.85-0.90).

La autocompasión es un constructo estrechamente ligado a las intervenciones basadas en Mindfulness, valorado como un estado mental positivo (Bishop, Lau, Shapiro et al., 2004).

Esta escala tipo Likert de 5 puntos mide seis componentes de la autocompasión: Autoamabilidad, Autojuicio, Humanidad Común, Aislamiento, Mindfulness y Sobreidentificación. Con un Alfa de Cronbach de entre 0,72 a 0,79 para cada una de las subescalas por separado (García-Campayo, Navarro-Gil, Andrés et al., 2014).

DERS-S SF: (18 ítems) Alfa de Cronbach de 0.83.

La regulación emocional se refiere a los procesos relacionados con la adaptación a episodios emocionales intensos. Específicamente a identificar, diferenciar y monitorizar estados emocionales intensos para afrontar situaciones estresantes. El DERS-SF es una de las herramientas más competas para medir las dificultades en esta competencia (Navarro, Restrepo-Ochoa, Rommel et al., 2021).

El test resulta del promedio de 6 subescalas, todas compuestas por ítems tipo Likert de 5 puntos. A saber: Estrategias, No aceptación, Impulsividad, Metas, Awareness (Conciencia) y Claridad. La única subescala en la que no se ha podido confirmar fiabilidad o estabilidad en población hispanoparlante sería la de Awareness, siendo las correlaciones entre todas las otras subescalas significativas (Navarro, Restrepo-Ochoa, Rommel et al., 2021).

EQ: Alfa de Cronbach de 0,73 (90% I.C.: .068 - .078)

El EQ pretende evaluar la empatía definida como “la habilidad o empuje a atribuir estados mentales a otras personas u animales, incluyendo también la capacidad de dar una respuesta afectiva apropiada” (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Por ende, esta prueba está estrechamente relacionada con la teoría de la mente.

Es un cuestionario breve, accesible y de rápida y fácil corrección. Se diseñó específicamente para ser aplicado en contextos clínicos evaluando la falta de empatía como rasgo psicopatológico, así como para detectar diferencias sutiles en el nivel de empatía de la población general y captar diferencias de género en dicho constructo. El test está formado por 60 ítems que puntúan y otros 20 “de relleno”, incluidos con el fin de distraer el foco de atención las preguntas que valoran la empatía. Existen 4 tipos de respuesta: “Desacuerdo total”, “Desacuerdo parcial”, “Acuerdo parcial”, “Acuerdo total”

Sin embargo, actualmente, existen algunas discrepancias acerca de la composición factorial del EQ. (Redondo y Herrero-Fernandez, 2018) Por este motivo, nos centraremos en la puntuación total de los sujetos en la escala.

Resultados

Tabla 1

Datos demográficos de la muestra en el momento PRE

EDAD	GÉNERO		
	Hombres (13)	Mujeres (117)	Total (131)
18-25	1 (7,7%)	7 (6%)	9 (6,9%)
26-35	3 (23,1%)	26 (22,2%)	29 (22,1%)
36-45	2 (15,4%)	46 (39,3%)	48 (36,6%)
46-55	2 (15,4%)	24 (20,5%)	26 (19,8%)
56-65	5 (38,5%)	14 (12%)	19 (14,5%)
ESTUDIOS	Hombre	Mujer	Total
Bachiller	0	2 (1,7%)	2 (1,5%)
Doctorado	2 (15,4%)	6 (5,1%)	8 (6,1%)
E.S.O.	2 (15,4%)	2 (1,7%)	5 (3,8%)
Grado Medio	0	2 (1,7%)	2 (1,5%)
Grado Superior	0	12 (10,2%)	12 (9,2%)
Grado Universitario	5 (38,5%)	59 (50,4%)	64 (48,9%)
Máster / Formación Postgrado	4 (30,8%)	34 (29%)	38 (29%)
EXP PREVIA	Hombre	Mujer	Total
Ninguna	3 (23,1%)	15 (12,8%)	18 (13,7%)
Poca	3 (23,1%)	51 (43,6%)	55 (42%)
Si, pero no practica	5 (38,5%)	36 (30,8%)	41 (31,3%)
Si, y practica habitualmente	2 (15,4%)	15 (12,8%)	17 (13%)
DIAGNÓSTICO	Hombre	Mujer	Total
Ninguno	8 (61,5)	76 (65%)	84 (64,1%)
TCA	0	1 (0,9%)	1 (0,8%)
TDAH	0	1 (0,9%)	1 (0,8%)

TOC	0	1 (0,9%)	1 (0,8%)
Trastorno de ansiedad	3 (23,1%)	19 (16,2%)	22 (16,8%)
Trastorno depresivo	2 (15,4%)	5 (4,3%)	7 (5,3%)
Trastorno depresivo persistente	0	1 (0,9%)	1 (0,8%)
Trastorno depresivo y de ansiedad	0	11 (9,4%)	11 (8,4%)
Trastorno depresivo, de ansiedad y TEA	0	0	1 (0,8%)
Trastorno depresivo, de ansiedad y de personalidad	0	1 (0,9%)	1 (0,8%)
Trastorno de personalidad	0	1 (0,9%)	1 (0,8%)

Tabla 2.

Datos descriptivos de los resultados de la muestra en el momento PRE

	EDAD	GÉNERO	ESTUDIOS	EXP PREVIA	SCSTOTAL	Eqtotal	DERStotal
N	131	130	131	131	131	131	131
Missing	0	1	0	0	0	0	0
Mean	41.6	1.10	5.09	1.44	2.80	50.2	2.50
Median	40.0	1.00	5.00	1.00	2.60	50.0	2.39
Standard deviation	10.7	0.301	1.20	0.887	0.821	9.68	0.747
Minimum	19.0	1.00	1.00	0.00	1.22	23.0	1.11
Maximum	63.0	2.00	7.00	3.00	4.79	68.0	4.28

La edad media del grupo previo a la intervención, pero que rellenó los cuestionarios era de 41,6 años. El nivel de estudios medio era tener el grado universitario, y la mayoría de los usuarios tenían algo de experiencia en meditación, pero no seguían una práctica habitual.

Aunque 131 participantes completaron el cuestionario inicial, los índices de retención fueron muy bajos, solo un 11,4% de los sujetos completaron los cursos, siendo 10 del grupo experimental y 5 del grupo control. Es decir, hubo un 88,6% de abandono muestral.

Se realizó una matriz de correlación de forma orientativa entre las variables demográficas y los resultados obtenidos por los sujetos en la evaluación previa. (Anexo 5).

Las correlaciones significativas que se encontraron fueron que el nivel de estudios

correlacionaba con todas las escalas de la escala de autocompasión, menos en autojuicio ($p=0.142$). Autoamabilidad ($\rho=0.231$, $p=.008$) Humanidad Común ($\rho=.180$, $p=.04$) Mindfulness ($\rho=0,180$, $p=.04$) Aislamiento ($\rho=0.282$, $p=.001$) Sobreidentificación ($\rho=0.179$, $p=0.04$). No se encontró relación con EQ ni con DERS-SF.

Con respecto a la edad, los resultados fueron estadísticamente significativos en todas las subescalas del SCS; Autoamabilidad ($\rho=0,223$, $p=.01$) Humanidad común ($\rho=0,314$, $p<.001$) Mindfulness ($\rho=0.268$, $p=.002$) Autojuicio ($\rho=0,262$, $p=.03$) Aislamiento ($\rho=0,223$, $p=.003$) y Sobreidentificación ($\rho=0.249$, $p=.004$). Pero no se encontró relación con el EQ. En cuanto a la regulación emocional, si se encontró relación con las subescalas de Estrategias ($\rho=-0,297$, $p<.001$), Metas ($\rho=-0,229$, $p=.009$) y Claridad ($\rho=-0,220$, $p=.011$).

La edad de los sujetos parece ser el factor más fiable de los datos demográficos para predecir los resultados, aún si únicamente se encontraron correlaciones débiles, ya que la experiencia previa en meditación de los sujetos no muestra relaciones significativas salvo en la escala del SCS de Mindfulness ($\rho=0,240$, $p=.006$) y en las escalas del DERS-SF de Estrategias ($\rho=-0,183$, $p=0,037$) Atención plena ($\rho=-0,192$, $p=.028$) y Claridad ($\rho=-0,246$, $p=.005$).

Por último, el sesgo de la muestra en cuanto al género es muy marcado, constituyéndose la muestra en un 89,3% de mujeres y un 9,9% de hombres (más un 0,7% que se identificó como no binario). Se encontró que el género femenino en la muestra guardaba una relación estadísticamente significativa débil con el EQ ($\rho=0,201$, $p=.022$) y en la subescala del SCS Sobre identificación ($\rho=-0,176$, $p=.045$).

De estos 131 sujetos iniciales, solo 15 completaron el curso de dos semanas y realizaron la evaluación post intervención.

Ante la hipótesis de que padecer un trastorno diagnosticado, siguiendo la teorización de la CFT la cual incluye elementos de relación terapéutica y las características del estudio, en el cual nos era imposible desarrollarla, ni devolver un entendimiento compasivo, se procedió a realizar una prueba chi cuadrado para valorar la asociación entre el padecer un trastorno (categorizado en que SI tiene un trastorno diagnosticado o No tiene un trastorno diagnosticado) y el completar o no el programa.

Tabla 3

Tabla de contingencias para la prueba χ^2

Diagnóstico	Completa		Total
	No	Si	
No	74	10	84
Si	42	5	47
Total	116	15	131

Tabla 4

Resultados de la prueba χ^2

	Value	df	p
χ^2	0.0477	1	0.827
N	131		

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas variables categóricas.

El siguiente objetivo fue observar si había diferencias estadísticamente significativas respecto al momento PRE tras la finalización del programa en ambos grupos (momento POST), para lo cual se realizó una la prueba T para muestras emparejadas, la W de Wilcoxon,

utilizando solo los resultados de los sujetos que terminaron el programa para el momento PRE.

Tabla 5.

Prueba T para muestras emparejadas con las medidas en el momento PRE y POST de los grupos control y experimental

			Statistic	p	Mean difference	SE difference		Effect Size
SCSautoamab	SCSpostautoamab	Wilcoxon W	27.5	0.124	-0.500	0.299	Rank biserial correlation	-0.476
SCShumcomun	SCSposthumcomun	Wilcoxon W	28.5	0.138	-0.250	0.226	Rank biserial correlation	-0.457
SCSmindful	SCSpostmindful	Wilcoxon W	32.5	0.380	-0.250	0.256	Rank biserial correlation	-0.286
SCSautojuic	SCSpostautojuic	Wilcoxon W	30.0	0.167	-0.500	0.307	Rank biserial correlation	-0.429
SCSaislamiento	SCSpostaislamiento	Wilcoxon W	30.0	0.093	-0.625	0.306	Rank biserial correlation	-0.500
SCSsobreident	SCSpostsobreident	Wilcoxon W	27.5	0.219	-0.375	0.241	Rank biserial correlation	-0.396
SCSTOTAL	SCSposttotal	Wilcoxon W	28.0	0.073	-0.398	0.229	Rank biserial correlation	-0.533
Eqtotal	EQposttotal	Wilcoxon W	53.5	0.733	-1.000	3.691	Rank biserial correlation	-0.108
DERSEstrategias	DERSpuestrategias	Wilcoxon W	51.5	0.346	0.500	0.299	Rank biserial correlation	0.321
DERSnnoaccept	DERSpstnoaccept	Wilcoxon W	66.0	0.414	0.333	0.364	Rank biserial correlation	0.257
DERSimpuls	DERSpstimpuls	Wilcoxon W	54.5	0.061	0.667	0.175	Rank biserial correlation	0.652
DERSGoals	DERSpstgoals	Wilcoxon W	63.0	0.065	0.333	0.290	Rank biserial correlation	0.615

Tabla 5.

Prueba T para muestras emparejadas con las medidas en el momento PRE y POST de los grupos control y experimental

			Statistic	P	Mean difference	SE difference		Effect Size
DERSAwareness	DERSPostawareness	Wilcoxon W	49.5	0.431	0.500	0.313	Rank biserial correlation	0.269
DERSclarity	DERSPostclarity	Wilcoxon W	49.0	0.454	0.167	0.186	Rank biserial correlation	0.256
DERStotal	DERSPosttotal	Wilcoxon W	105.0	0.011	0.355	0.157	Rank biserial correlation	0.750

En la única subescala donde se encontraron diferencias significativas fue en el total del DERS-SF ($p=.005$) con un tamaño del efecto de 0,750. Sin embargo, al realizar el test de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad de la muestra, esta escala era a su vez la única que violaba la presunción de normalidad de la muestra, por lo que la validez de este resultado de la prueba T aplicada queda en cuestión.

Se valoró si había diferencias estadísticamente significativas entre los resultados en las diferentes subescalas entre el grupo control y experimental en el momento post mediante una ANOVA de un factor de Fisher (separando si se encontraban en el GC o GE). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las subescalas.

Tabla 6:

ANOVA de un factor (Fisher) de las puntuaciones respecto al grupo

	F	df1	df2	p
SCSPosttotal	0.06392	1	13	0.804
EQPosttotal	2.82679	1	13	0.117

Tabla 6:*ANOVA de un factor (Fisher) de las puntuaciones respecto al grupo*

	F	df1	df2	p
DERSpotttotal	0.00721	1	13	0.934
SCSpotautoamab	0.63241	1	13	0.441
SCSpotthumcomun	0.21074	1	13	0.654
SCSpotmindful	0.23602	1	13	0.635
SCSpotautojuic	0.53886	1	13	0.476
SCSpotaislamiento	0.26034	1	13	0.618
SCSpotsobreident	0.53834	1	13	0.476
DERSpotestrategias	0.19923	1	13	0.663
DERSpotnoaccept	0.14522	1	13	0.709
DERSpotimpuls	1.06687	1	13	0.320
DERSpotgoals	0.20873	1	13	0.655
DERSpotawareness	1.02712	1	13	0.329
DERSpotclarity	0.53747	1	13	0.476

Dados estos resultados no significativos, se procedió a una revisión cualitativa del contenido de las tareas realizadas por los sujetos del grupo experimental. A estos se les proveyó de las siguientes instrucciones para que realizasen las 3 tareas de acción compasiva propuestas:

“Es imprescindible aplicar la actitud compasiva practicada durante las meditaciones en la vida cotidiana, te proponemos como tarea para esta semana intentar incorporar elementos de tu self compasivo en la relación con personas significativas de tu entorno. De manera que al menos realices 3 actos que decidas hacer surgir desde tu yo compasivo.

Dedica unos momentos antes para conectar con tu deseo de ayudar a la persona en cuestión. No tiene por qué ser una ayuda que alivie o solvete su sufrimiento, pero sí que surja en ti desde la percepción de su sufrimiento, la empatía con esta persona, y el deseo de aliviarla, aunque sea escuchándola.

También serían válidas otras formas que se te ocurran, más dependientes de la situación, como puede ser comprarle un helado a un niño al que se le ha caído el suyo al suelo, echar una mano a alguien de tu trabajo al que veas agobiado, ayudar a una persona mayor con una compra pesada...

De manera opcional, puede servirte apuntar las acciones que realices desde la compasión para con los otros.”

Al comprobar las respuestas dadas por los sujetos del grupo experimental, se observó que solo 7 de los 10 sujetos habían realizado las 3 tareas compasivas propuestas. De los 7 que respondieron haberlas realizado, solo 3 de sus respuestas podrían ser consideradas respuestas válidas como conductas compasivas. En los 4 casos restantes, únicamente hacían referencia a intentar mejorar en la aceptación de sí mismos, o a realizar las meditaciones asignadas.

Se procedió entonces a evaluar otros elementos del programa, para comprobar si alguno de estos había tenido efectividad. La única relación entre los elementos del programa con el cambio de los sujetos en los resultados de las subescalas en el momento POST, fue en función de cuantos días realizaron las meditaciones de mindfulness y compasivas.

Tabla 7:

Matriz de correlación días de meditación realizados y resultados de los tests

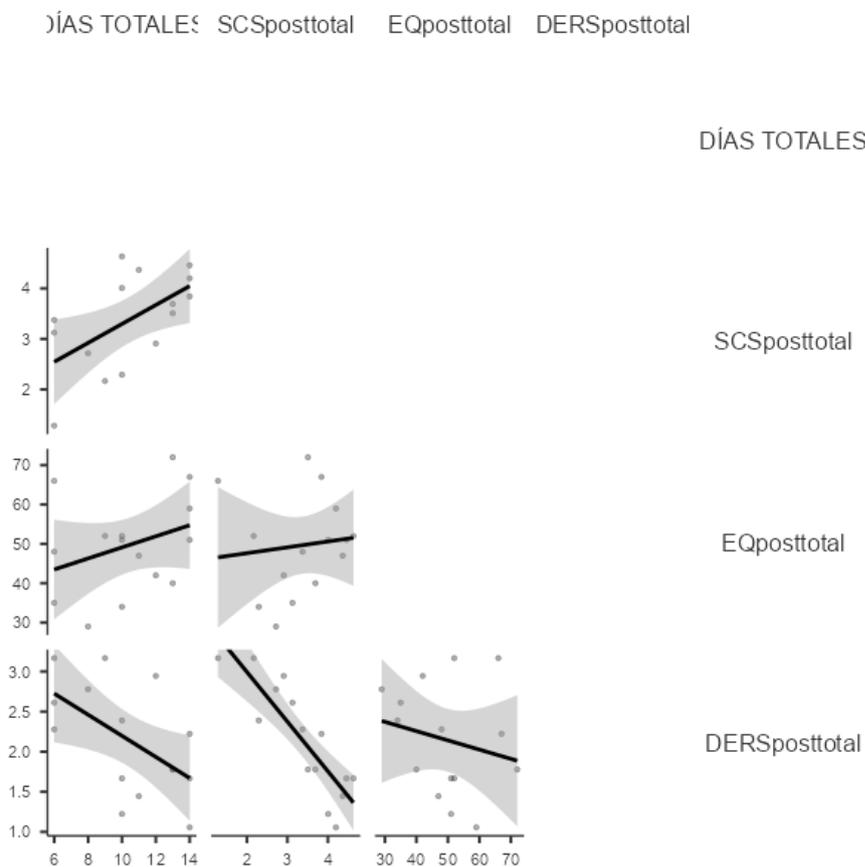
		DÍAS TOTALES	SCSposttotal	EQposttotal	DESpsttotal
DÍAS TOTALES	Spearman's rho	—			
	p-value	—			
SCSpsttotal	Spearman's rho	0.591	—		
	p-value	0.020	—		
EQposttotal	Spearman's rho	0.344	0.229	—	
	p-value	0.209	0.412	—	
DESpsttotal	Spearman's rho	-0.577	-0.898	-0.189	—
	p-value	0.024	< .001	0.500	—

Los datos parecen indicar que la práctica prolongada afectaría a las puntuaciones de los sujetos en las tres escalas. Pero solo podemos afirmar con un intervalo de confianza superior al 95% que hay una correlación entre el número de días de práctica en el aumento en la autocompasión medida según el SCS ($\rho=0,591$, $p=.02$) y una disminución en las dificultades en regulación emocional según el DERS-S SF ($\rho=-0,577$, $p=.024$).

Resulta relevante la correlación fuerte y estadísticamente significativa entre los resultados de ambos tests, pudiendo indicar que estarían midiendo lo mismo.

Figura 1:

Gráficos de dispersión de la matriz de correlaciones entre puntuaciones POST y días de práctica.



* Los 3 gráficos de dispersión de la primera columna nos muestran la relación entre el número de días de meditación realizados durante las dos semanas que duró el programa (filas) y los resultados en los totales de las 3 escalas.

Por último, se comprobó si la autovaloración de los sujetos respecto a cuanto consideraban que es había afectado las últimas dos semanas con respecto a su capacidad de poder escuchar o percibir el sufrimiento propio o ajeno (Escucha). Poder empatizar con el sufrimiento propio o ajeno (Atención Empática). Y poder actuar con la intención de aliviar el sufrimiento propio o ajeno (Acción).

Tabla 8:

Matriz de correlaciones autovaloración sujetos y puntuaciones totales en las pruebas

		ESCUCHA	A.EMPÁTICA	ACCIÓN	SCSposttotal	EQposttotal	DERSpósttotal
ESCUCHA	Pearson's r	—					
	p-value	—					
A.EMPÁTICA	Pearson's r	0.898	—				
	p-value	< .001	—				
ACCIÓN	Pearson's r	0.614	0.679	—			
	p-value	0.015	0.005	—			
SCSposttotal	Pearson's r	-0.285	-0.230	-0.201	—		
	p-value	0.304	0.409	0.472	—		
EQposttotal	Pearson's r	0.172	0.213	0.324	0.113	—	
	p-value	0.541	0.446	0.238	0.688	—	
DERSpósttotal	Pearson's r	0.140	0.056	0.211	-0.859	-0.210	—
	p-value	0.620	0.842	0.450	< .001	0.452	—

No se encontraron relaciones significativas excepto entre los propios elementos de la autovaloración, que no controlaba aquiescencia.

Conclusiones

Es posible que sea dado que los sujetos del grupo experimental no realizaron las tareas asignadas que no aparezcan diferencias respecto de los controles. Esto concuerda con las diferencias mínimas en el autorregistro de las 3 competencias necesarias para que una conducta sea compasiva, siguiendo la definición de Gilbert (2015) que se operativizó en:

-Escuchar o percibir el sufrimiento propio o ajeno. (Media GC: 3,4. Media GE: 3,3)

-Capacidad de empatizar con el sufrimiento propio o ajeno. (Media GC: 3,4. Media GE: 3,3)

-Actuar con la intención de aliviar el sufrimiento propio o ajeno. (Media GC: 3,2. Media GE: 3,4)

Las cuales, a su vez, no mostraron correlación con ninguna de las subescalas.

Sin embargo, teniendo en cuenta el tamaño reducido de la muestra, y la no consecución de las tareas asignadas por la mayor parte del grupo experimental, no podemos asegurar la validez estadística de los resultados obtenidos. Aunque estos parecerían indicar que la hipótesis planteada no es correcta.

Si parece que los resultados apoyan lo propuesto por Neff (2003) acerca de la autocompasión como un mecanismo de autorregulación ante emociones negativas dirigidas hacia uno mismo, al mostrarse una correlación fuerte ($\rho = -0,898$, $p < .001$) entre los resultados de la escala SCS y la DERS-S SF. Aunque plantea dudas respecto al concepto de autocompasión diferenciado de únicamente la regulación emocional.

Con respecto a la relación entre los datos demográficos de la muestra y las puntuaciones obtenidas, aunque se encuentran correlaciones significativas la mayoría son mínimas. Solo categorizarían como correlación débil ($\rho > 0,25$, $p < .05$) Estudios con la subescala del SCS Aislamiento, Edad con las subescalas del SCS Humanidad Común y Mindfulness así como Estrategias del DERS-S SF.

Por último, con Género y Experiencia previa no se encontraron correlaciones débiles, pero el sesgo muestral en cuanto al Género impide sacar conclusiones. Redondo y Herrero-Fernández (2018) si encontraron diferencias con respecto al género en los resultados obtenidos en el EQ.

Limitaciones del estudio:

Ante la gran pérdida muestral, la validez de la conclusión estadística queda muy mermada. Además, como dice Moscoso (2018), no hay un consenso claro en cuales son los mecanismos de acción de estas terapias para lograr el cambio. Esto, sumado a que haya una gran variedad de definiciones para conceptos clave como la compasión, complica en sobremanera la extracción de conclusiones. Solo en Gilbert (2019) aparece la compasión definida como un set de conductas derivadas de los sistemas motivacionales de cuidado en los mamíferos, una mentalidad social motivada por procesos recíprocos, una motivación a ayudar y como emoción, ya sea desde una posición de piedad hacia la persona que sufre o un reflejo de su sufrimiento.

Una posibilidad para aplacar la necesidad de delimitación de conductas compasivas explícitas, para poder valorar su consecución, sería un derivado de lo realizado por Galante (2016). En su estudio, al finalizar el programa, valoraron la compasión ofreciendo una pequeña cantidad de dinero, y posibilitando a los sujetos o bien quedárselo ellos o decidir donarlo.

Discusión:

Kirby (2017) sostiene que el utilizar la compasión cambiaría el foco de la terapia de focalizarse en conflictos inconscientes al desarrollo de un funcionamiento prosocial y afiliativo, pero como vimos con Wilson, Makintosh, Power y Chan (2019) no se encuentran diferencias significativas en las medidas de autocompasión entre sujetos en terapias con foco en este mecanismo de autorregulación y sujetos con un control activo.

Existe la posibilidad de que la compasión sea parte de los factores comunes del proceso psicoterapéutico, y no exclusivo de las IBC o terapias basadas en mindfulness. Gilbert (2019) en lo respectivo al cultivo de la compasión, sugiere que un posible mecanismo de acción común a todas las tradiciones contemplativas podría ser que cuando tranquilizamos la mente mediante la meditación, se gana un insight respecto a la ilusión de un self separado. En otras palabras, se trataría de un insight metacognitivo.

Esto coincide en gran medida con la definición provista por de la mentalización como:

“Encontrar un sentido a las acciones de uno mismo y de los otros sobre la base de estados mentales intencionales, como deseos, sentimientos y creencias. Incluye el reconocimiento de que lo que la mente es está en la mente, y refleja el conocimiento de los estados mentales propios y ajenos como estados mentales”. (Bateman y Fonagy, 2006).

Estos autores sostienen que hay diferentes vías para desarrollar la mentalización, considerada como un hilo común en las intervenciones terapéuticas.

Wallin (2007) establece una conexión entre la mentalización y el mindfulness, proponiéndolos como dos posturas del self hacia la experiencia, siendo en terapia la actitud mentalizadora del terapeuta la que fomenta la propia capacidad del paciente de mentalizar, de entender sus acciones como producto de estados intencionales. Esto sería muy similar a los

dos primeros componentes de la CFT, siendo necesaria el establecimiento de una relación terapéutica satisfactoria y que el paciente pueda sentir la actitud compasiva del paciente hacia sí mismo.

Sostiene a su vez que ambas corrientes intentarían promover un self que:

1-Tenga un sentido en vez de encontrarse lleno de inconsistencias (común a la congruencia entre emociones y pensamientos en CFT).

2-Se mantiene como un todo integrado, en vez de fracturado y disociado.

3-Es capaz de colaborar con otros selves.

Esto no resulta sorprendente si consideramos que la teoría del apego es una base tanto de la Terapia Focalizada en la Compasión (Kolts, 2016) así como el tratamiento basado en la mentalización (Bateman y Fonagy, 2006).

Si nos introducimos en la teoría del apego, vemos que Bowlby teorizó que el infante se ve motivado a enlazarse con una figura de apego, una persona más fuerte y sabia que le provee de seguridad y apoyo emocional (Kreiselmaier, 2017). Esto vuelve a concordar con la figura del self compasivo propuesta por Gilbert, como un self más fuerte, sabio y amable. Y con la teoría de la mentalización en tanto que la exploración del significado de las acciones de los otros está ligada de manera esencial a la habilidad del niño de calificar y encontrar sentido a la propia experiencia, habilidad que consigue en función de la sensibilidad del cuidador, que le devuelve al niño su propia experiencia de forma “metabolizada” (Fonagy, 2001).

Planteo que este es el motivo por el cual resulta más efectivo, y se ha extendido a otras IBC el empezar los programas entrenando en mindfulness para luego pasar al entrenamiento de un self compasivo. Primero se entrena a los pacientes a poder prestar

atención a la propia experiencia para luego poder enviar la mirada al exterior, habiendo logrado una mayor capacidad de metacognición.

Para que se produzca la compasión es necesaria la empatía (Galante, 2016), es decir, la habilidad de inferir de forma precisa los estados mentales de otras personas. Hemos establecido que la formación de una relación terapéutica o alianza terapéutica se encuentra presente tanto en la CFT como en la terapia basada en la mentalización, la diferencia fundamental entre ambas radicaría en la acción meditativa, como una forma de dotar a la persona de las herramientas y estado de conciencia necesarios para tomar parte en una actitud reflexiva consigo mismos y con su entorno. Pasando a utilizar entonces una mentalización explícita.

Chambers, Gullone y Allen (2009), en su revisión respecto a la comparación entre estrategias de regulación emocional y mindfulness, encontraron que la diferencia fundamental entre ambos sería que en el concepto de regulación emocional, los pensamientos, sentimientos o valoraciones desagradables necesitaban de una actuación o ser manipulados de alguna manera para que causasen un menor sufrimiento. En contraste, sostenían que el mindfulness considera todos los fenómenos mentales únicamente como eventos mentales sin la necesidad de ser transformados, fomentando así la metacognición en vez de intentar modificar estos pensamientos, sentimientos o valoraciones.

Una línea futura de investigación podría resultar del análisis comparativo de integrar elementos de la Terapia Focalizada en la Compasión en la Terapia Basada en la Mentalización y valorar su eficacia.

Otra línea posible sería valorar si los test SCS y DERS-S SF están tratando o no con el mismo constructo, con el objetivo de esclarecer la definición de compasión.

El estudio debería repetirse, a ser posible con una muestra representativa de la población general, y con algún método para prevenir el abandono muestral.

Bibliografía:

Allen, J.G., Fonagy, P. (2006) *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. Wiley.

Aust, J., Bradshaw, T. (2016) Mindfulness interventions for psychosis: a systematic review of the literatura. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(1) 69-83 doi: 10.1111/jpm.12357

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. (2004) The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of autism and developmental disorders*. 34(2) 163-175.
DOI: 10.1023/b:jadd.0000022607.19833.00

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. DOI: <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

Brito-Pons, G., Campos, D., Cebolla, A. (2018) Implicit or Explicit Compassion? Effects of Compassion Cultivation Training and Comparison with Mindfulness-based Stress Reduction. *Mindfulness*. 9(1), 1494-1508. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0898-z>

Campos, D., Herrera-Mercadal, P., Martínez, L., Navarro-Gil, M., Quero, S., García-Campayo, J. (2020) Manual autoaplicado de la terapia de compasión basada en los estilos de

apego para la promoción del bienestar. *Prensas de la Universidad de Zaragoza*. ISBN: 978-84-1340-166-9

Chambers, R., Gullone, E., Allen, N.B. (2009) Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*. 29(6), 560-572. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.005>

Fonagy, P. (2001) *Teoría del Apego y Psicoanálisis*. ESPAXS.

Fonagy, P., Bateman, A.W. (2006) Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*. 62(4), 411-430. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.20241>

Galante, J., Galante, I., Bekkers, M.J., Gallager, J. (2014) Effect of Kindness-Based Meditation on Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*. 82(6), 1101-1114. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0037249>

Galante, J., Bekkers, M. J., Mitchell, C., Gallager, J. (2016) Loving-Kindness Meditation Effects on Well-Being and Altruism: A Mixed-Methods Online RCT *The International Association of Applied Psychology* 8(3):322-350. DOI: <https://doi.org/10.1111/aphw.12074>

Gale, C., Gilbert, P., Read, N., Goss, K. (2014) An Evaluation of the Impact of Introducing Compassion Focused Therapy to a Standard Treatment Programme for People with Eating Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 21(1), 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.1806>

García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L., Piva Demarzo, M. M. (2014) Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*. 12(4) 1-9. DOI: 10.1186/1477-7525-12-4

Gilbert, P. (2009) Introducing Compassion-Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 15(3), 199-208. https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/ECBC8B7B87E90ABB58C4530CDEE04088/S1355514600005654a.pdf/introducing_compassionfocused_therapy.pdf

Gilbert, P. (2015) The Evolution and Social Dynamics of Compassion. *Social and Personality Psychology Compass*. 9(6), 239-254. DOI: <https://doi.org/10.1111/spc3.12176>

Gilbert, P., (2019) Explorations into the nature and function of compassion. *Current Opinion in Psychology*. 28(1), 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.12.002>

Gu, J., Strauss, C., Bond, R., Cavanagh, K. (2015) How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*. 37(1) 1-12. DOI: [10.1016/j.cpr.2015.01.006](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006)

Kelman AR, Evare BS, Barrera AZ, Muñoz R.F., Gilbert P. (2018) A proof-of-concept pilot randomized comparative trial of brief Internet-based compassionate mind training and cognitive-behavioral therapy for perinatal and intending to become pregnant women. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 25(4) 608-619. <https://doi.org/10.1002/cpp.2185>

Khoury, B., Sharma, M., Rush, S.E., Fournier, C. (2015) Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 78(1) 519-528 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>

Kirby, J. N. (2017) Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy*. 90 (3), 432-455. DOI: <https://doi.org/10.1111/papt.12104>

Kolts, R.L. (2016) *A Clinician's Guide to Practicing Compassion-Focused Therapy. CFT made simple, A step-by-step guide to help clients*. Newharbinger publications.

Koopmann-Holm, B., Sze, J., Jinpa, T., Tsai, J. L. (2020) Compassion meditation increases optimism towards a transgressor. *Cognition and Emotion*, 4(5):1028-1035
DOI: 10.1080/02699931.2019.1703648

Koszycki, D., Thake, J., Mavounza, C., Daoust, J.P., Taljaard, M., Bradwejn, J. (2016) Preliminary Investigation of a Mindfulness-Based Intervention for Social Anxiety Disorder That Integrates Compassion Meditation and Mindful Exposure. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 0(0) 1-12. DOI: 10.1089/acm.2015.0108

Kreiselmaier, A.K. (2017) *An Evolutionary and Developmental Science Framework for Integrating Attachment, Mentalization, and Mindfulness: Implications for Religious Practice and Moral Development* [Tesis en Filosofía, Universidad de Nashville] Extraído de:
<https://core.ac.uk/download/pdf/216055089.pdf>

Lo, H. H., Ngen, S. M., Chan, C. L. (2015) Evaluating Compassion-Mindfulness Therapy for Recurrent Anxiety and Depression: A Randomized Control Trial. *Research on Social Work Practice* 25(6) 715-725 DOI: 10.1177/1049731514537686

Mascaro, J.S., Riling, J.K., Negi, L.T., Raison, C. (2012) *Compassion Meditation Enhances Empathic Accuracy and Related Neural Activity* [Tesis en Medicina, Universidad de Arizona] <https://doi.org/10.1093/scan/nss095>

Navarro, O., Restrepo-Ochoa, D., Rommel, D., Ghalaret, J.M., Fleury-Bahi, G. (2021) Validation of a brief versión of the Difficulties in Emotion Regulation Scale with a Spanish speaking population (DERS-S SF). *Revista CES Psicología*, 14(2), 71-88. DOI: 71-88.10.21615/cesp.5360

Neff, K., Germer, C. (2022) The role of self-compassion in psychotherapy. *World Psychiatry*. 21(1) 58-59. DOI: 10.1002/wps.20925

Redondo, I., Herrero-Fernández, D. (2018) Adaptation of the Empathy Quotient (EQ) in a Spanish sample. *Terapia psicológica*. 36(2) 81-89 DOI: 10.4067/S0718-48082018000200081

Salgó, E., Szeghalmi, L., Bajzát, B., Berán, E., Unoka, Z. (2021) Emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with borderline personality disorder, compared to healthy control subjects. *PLOS ONE*, 16(3)
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248409>

Schuman-Olivier, Z., Trombka, M., Lovas, D.A., Brewer, J.A., Vago, D.R., Gawande, R., Dunne, J.P., Lazar, S.W., Loucks, E.B., Fulwiler, C. (2020) Mindfulness and Behavior Change. *Harvard Review of Psychiatry*. 28(6) 371-394 DOI: 10.1097/HRP.0000000000000277

Sharma, P., Ananya, M., Gupta, R. (2019) Meditation-induced psychosis: a narrative review and individual patient data analysis. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 31(1) 1-7. DOI: 10.1017/ipm.2019.47

Wallin, D.J. (2007) *Attachment in Psychotherapy*. The Guilford Press.

Wilson, A.C., Mackintosh, K., Power, K. Chan, S.W.Y.(2019). Effectiveness of Self-Compassion Related Therapies: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*. 10(1), 979–995. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>

ANEXO 1: Guion del ejercicio del chequeo Mindful:

Buenos días, hoy empezaremos con la práctica del mindfulness. El practicar mindfulness trata de prestar atención de una manera particular, de forma que nos permita ser más conscientes y estar más presentes en nuestras experiencias, y nos ayuda a evitar quedar atrapados en pensamientos y emociones poco útiles.

Antes de pasar a la práctica, sería útil conocer que entendemos cuando hablamos de atención. Podemos pensar en la atención como el “foco de la mente”. Ese foco puede ser dirigido hacia una gran variedad de objetivos, dirigiendo nuestra conciencia de diferentes maneras.

¿Listos para un pequeño ejercicio?

Simplemente voy a decir una serie de palabras, y cuando las escuches, intenta dirigir tu atención hacia donde la palabra indica. Por ejemplo, si digo “codo izquierdo”, traerás tu atención hacia tu codo izquierdo. ¿Todo listo? Allá vamos.

Oreja derecha. Pie izquierdo. Tu lengua. Tu respiración. Los sonidos de fondo. Tu color favorito. Pizza. Justicia. Paz. América del sur. Lo que te gustaría tener para cenar. Y permitiendo que se forme una sonrisa en tu rostro, la sensación de sonreír.

¿Has notado el poco esfuerzo requerido para mover tu atención de un lado a otro? Cuando movías tu atención de una cosa a otra, ¿Sucedía rápido?

Habiendo podido cambiar tu foco de atención de una cosa a otra, puede que te hayas dado cuenta de que has podido pasar de prestar atención a sensaciones corporales externas a internas, a ideas o recuerdos, al pasado y al futuro. Al mismo tiempo que puedes limitarla a algo como tu codo, o la puedes expandir a ideas más abstractas como la justicia.

Este ha sido un ejemplo de cómo podemos dirigir el foco de nuestra atención de diferentes maneras. Continuaremos explorando este concepto aprendiendo el primer ejercicio de mindfulness.

El chequeo mindful.

El chequeo mindful se trata de traer nuestra atención secuencialmente a nuestras sensaciones corporales, emociones sentidas y pensamientos, en una sucesión relativamente rápida. Este ejercicio no pretende ser una meditación extendida, pero puedes mantenerlo tanto tiempo como veas oportuno.

En este primer ejercicio, te invitaré a traer tu atención a determinadas experiencias. Esta vez, pasaremos a dirigir la atención a las experiencias corporales, emociones y pensamientos.

¿Suena bien? Empecemos.

En mindfulness, queremos ser conscientes de estas diferentes experiencias, trayendo nuestra atención a las mismas. Así que si tu pie está frío, una atención mindful trataría de notar que está frío, y quizás prestar atención, desde la curiosidad, de cómo se siente la sensación, como si fueses a explicarle como es la experiencia a alguien que no tuviese pies. Esto es diferente a solo pensar en tener los pies fríos, que podría llevar a una corriente de pensamientos del estilo de: “maldita sea, qué fríos tengo los pies, tendría que haberme puesto los calcetines gruesos”.

¿Ves la diferencia?

Así que si te descubres pensando en vez de observando, cosa que probablemente sucederá, no te sulfures. Cuando te des cuenta solo intenta traer tu atención de vuelta a la propia experiencia. Más adelante hablaremos más en detalle sobre la parte de pensar sobre la experiencia y cómo manejarlo.

También podrás recurrir a estas grabaciones si lo ves oportuno para la práctica de los ejercicios, o si lo prefieres, una vez que sientas que los has aprendido, realizarlos en silencio.

Bien, ¿todo listo? Empezamos.

Lo primero, intenta sentarte en un asiento con respaldo con la espalda recta, en una postura alerta, con la cabeza alzada. No queremos estar encorvados. Permite que tu respiración vaya tomando un ritmo confortable, y si te sientes cómodo haciéndolo, permite que tus ojos se vayan cerrando lentamente. Si lo prefieres, siéntete libre de mantener los ojos abiertos y dirigir tu mirada hacia un punto en el suelo a unos 2 o 3 metros de ti, permitiendo que tu foco de visión se suavice, desenfoque, un poco. Si en algún momento mientras vamos avanzando necesitas acomodarte un poco, aclararte la garganta o cualquier otra cosa del estilo para mantenerte confortable, no te preocupes por ello, hazlo con tranquilidad.

Empecemos por traer nuestra atención a la temperatura de la habitación. Intenta sentir las sensaciones de calor o frescor (15s)

Ahora, trayendo nuestra atención a las sensaciones corporales externas... siente el contacto de tus pies contra el suelo... las piernas, los glúteos, y la espalda en la silla... la sensación de tus manos descansando en tu regazo... (15-20s)

Ahora, percatándote de la información que llega desde tus otros sentidos... los sonidos llegando a tus oídos, mi voz, el sonido del radiador, el zumbido de las luces, los patrones de luz que se forman tras tus párpados cerrados... (15-20s)

Ahora, siguiendo estas sensaciones hacia el cuerpo, notando cualquier sensación corporal interna. Trayendo atención a sensaciones de hambre o saciedad, tensión o relajación, confort o dolores musculares... solo notando estas sensaciones, tal y como son. (5-10s). Si alguna de estas sensaciones demanda tu atención, deja que fluya hacia estas, quedándote con esa sensación y observando cómo es...(15-20s)

Ahora, trayendo tu atención a la sensación de tu aliento. Notando cómo de rápido o lento tu respiración entra o deja tu cuerpo. Notando cómo late tu corazón (15-20s)

Siguiendo estas sensaciones de activación o relajación, haciendo tu atención pasar por cualquier emoción que puedas estar sintiendo. ¿Interés? ¿Aburrimiento? ¿Anticipación? ¿Curiosidad? Solo observando estos sentimientos como eventos de la mente (30s)

Ahora que hemos llevado la atención a tus sentimientos, permitiéndola pasar a otras experiencias mentales... pensamientos. Observa cualquier pensamiento, palabras o imágenes, que emergen en tu mente. Pensamientos como: “Va a estar hablando con esa voz tan lenta todo el tiempo?” Solo observando cualquier pensamiento que pueda surgir de tu mente, viéndolos llegar y pasar. (30s)

Y, si te place, puedes llevar tu atención a la relación entre tus pensamientos y emociones... quizás notando como cuando surgen ciertos tipos de pensamientos, ciertas emociones parece que tienden a surgir a su vez. Quizás notando que cuando sientes ciertas emociones, ciertos pensamientos tienden a surgir (30s)

Y cuando notes que es el momento, permitiendo que tu respiración tome un ritmo confortable, abre lentamente tus ojos, y devuelve tu atención a la habitación.

ANEXO 2: Guion ejercicio “La respiración mindful”.

La respiración mindful

Con este ejercicio, vamos a trabajar en ir dando unas pinceladas a lo que podríamos llamar un “yo compasivo”, una versión de ti que es compasiva, amable, fuerte, sabia y con confianza.

Esta “versión” tuya ya existe, lo que vamos a hacer es fortalecerla, como si hiciésemos que fuese al gimnasio, y una forma de hacerlo es introduciendo esta segunda práctica de meditación, la respiración mindful. ¿Suena bien? Empezamos.

La respiración mindful en realidad sí que se parece mucho a enviar a nuestro “yo compasivo” al gimnasio. Hay estudios realizados que indican que practicar este tipo de meditación de forma mantenida puede hacer que se desarrollen las partes del cerebro asociadas con el procesamiento de nuestras emociones y nuestras relaciones con otros.

Para empezar, siéntate en una silla o sillón de forma que te sea cómodo, con la espalda erguida y con la cabeza alzada, pero sin que llegue a resultarte extraña la postura.

Este ejercicio nos llevará un poco más de tiempo que el chequeo mindful, así que, de nuevo, si sientes la necesidad de reacomodarte, aclarar tu garganta, tragar saliva o cualquier otra cosa, no te preocupes por ello, solo hazlo. Puede que te resulte útil mantener la boca ligeramente abierta, con la lengua tocando tu paladar detrás de tus dientes.

Ahora, permitiendo a tus ojos cerrarse... Respirando por la nariz, permitiendo que tu respiración tome un ritmo confortable. Tan solo respira naturalmente, no intentes enlentecerla o acelerarla. Centra tu atención en la respiración, donde sea que la puedas sentir más fácilmente. Puede ser en la punta de la nariz, donde sientes que el aire entra y sale del cuerpo, el subir y bajar del abdomen, o siguiendo el aliento entrar y salir del cuerpo (30s)

Mientras respiras, a veces descubrirás tu atención divagando, separándose de la respiración mientras pensamientos, sonidos, u otras cosas te distraen. Esto no es algo malo. En realidad, puede ayudarnos a aprender a darnos cuenta del movimiento en nuestra mente. Cuando esto ocurra, ya sea que te hayas distraído por un momento o un periodo de tiempo más largo, tan solo date cuenta de la distracción, y vuelve a traer con amabilidad tu atención de vuelta a la respiración, una y otra y otra vez. Esta es la práctica. Aposenta tu atención sobre la respiración, date cuenta de la distracción y devuelve el foco de tu atención de vuelta a tu respiración. Observa y vuelve. (30s)

Date cuenta de la distracción, vuelve a la respiración. (60s) Observa y vuelve. (90s)

Y cuando sientas que es el momento, permitiendo que tu respiración tome un ritmo comfortable, abre lentamente tus ojos, y devuelve tu atención a la habitación.

Han sido unos 3 minutos de meditación desde que dejaron de oírse las instrucciones, intenta recordar, ¿Qué has sentido? ¿Ha sido relajante, frustrante, o una mezcla de ambas? ¿Te ha parecido más de 3 minutos? ¿Más corto?

Particularmente si nuestras mentes están habituadas a estar ocupadas todo el tiempo, puede hacer falta un poco de tiempo hasta que se acostumbren a estar calmadas y silenciosas, tan solo observando cómo respiramos.

Distraerse de esta tarea no es difícil precisamente. Y es fácil sentirnos algo frustrados sobre todo cuando nos ponemos a quedarnos prestando atención a la respiración. Podemos pensar que al distraernos estamos fallando. La clave es recordar que el propósito de la práctica es aprender a darnos cuenta y observar el movimiento de nuestra mente. Y estos pensamientos distractores nos dan la oportunidad perfecta para llevarlo a cabo. Así que no se trata de un problema en absoluto.

Te invito a volver a la práctica, ¿Qué tal unos 5 minutos esta vez?

Volviendo a tomar una postura erguida... cierra los ojos... y pasa a prestar atención a tu respiración.

Observa, y vuelve.

ANEXO 3: Guion ejercicio “El self compasivo”

El self compasivo

Hola de nuevo, en esta segunda semana, pasaremos a introducir la práctica del self compasivo. En este ejercicio, te pediré que te imagines como sería tener diversas cualidades, como tener un deseo comprometido de ayudarte a ti mismo y a otros, una sabiduría profunda para entender y trabajar con las dificultades propias y ajenas, y la confianza y coraje para afrontar situaciones difíciles y trabajar con ellas.

Una pregunta que te puede estar surgiendo en estos momentos, es si esa descripción no es demasiado idílica. Y en parte de eso trata y esa es la belleza del ejercicio. Vamos a intentar acercarnos a esta práctica como si fuésemos actores preparando un papel para una película u obra de teatro.

En vez de pensar si somos o no somos así, vamos a imaginar cómo sería si tuviésemos todas esas cualidades. Cómo se sentiría, que es lo que entenderíamos... ese tipo de cosas. ¿Listos para empezar?

Vamos a partir de un lugar familiar. Asumimos una postura confortable, y nos damos unos 30 segundos para enlentecer nuestra respiración. Cierra los ojos si te resulta cómodo. (30s)

Ahora, permitiendo que nuestra respiración vuelva a la normalidad (5s) Voy a pedirte que te imagines cómo sería tener distintas cualidades. A medida que las voy describiendo, trata de imaginar cómo sería si tú las tuvieses. Cómo te sentirías, como pensarías, y como lo experimentarías si fueses una persona profundamente compasiva que ya hubiese tenido éxito en desarrollar estas cualidades.

Si te resulta difícil imaginarlo, puede que te sea útil pensar acerca de alguien que consideres que reúne estas cualidades, y cómo se sentiría el ser esa persona.

Con una respiración tranquila, comenzamos.

Primero, imagina que tu cuerpo se siente en calma, tranquilo, y seguro. Lleno de calidez y fuerza. Permite que una sonrisa amable se forme en tu rostro (30s)

Imagina que, junto con esta calidez y fuerza, sientes como te llena una motivación amable y comprometida a ayudar a aquellos que sufren. Tanto tú como otros. Imagina que este deseo amable de ayudar crece en ti, llenándote de fuerza y propósito. Siente este deseo profundo de ayudar. (30-60s)

Imagina que, junto con esta motivación cometida, también rebotas sabiduría. Imagina que eres capaz de pensar de una manera flexible, y de ver las cosas desde diferentes perspectivas. Consciente de que las situaciones y emociones difíciles van y vienen, y eres capaz de que estas experiencias no te atrapen, además de poder recurrir a lo experimentado en tus experiencias vitales para trabajar con ellas. Sabiendo que esas experiencias difíciles son solo una parte de la vida, eres capaz de abstenerte de juzgarte y juzgar, y puedes mirar más profundamente, para comprender de dónde provienen estos sentimientos y experiencias, como y que les da sentido, y que podría ser útil para lidiar con las mismas. Imagínate rebotando esta sabiduría. (30-60s)

Ahora imagina que junto esta motivación amable y sabiduría, se alza un sentimiento profundamente sentido de confianza. Siente esta confianza llenándote de coraje. Llenándote de la voluntad para acercarte a sentimientos y situaciones difíciles. Es un sentimiento de que, sea lo que sea que pueda ocurrir, podrás afrontarlo y trabajar con ello. Siente esta confianza y coraje creciendo dentro de ti, llenándote de fuerza (30-60s)

Imaginando cómo estas cualidades crecen dentro de ti, una motivación amable, comprometida, de ayudar, sabiduría profunda, confianza y coraje emocional. Observa cómo se siente cuando estas cualidades pasan a estar más presentes en ti. (30-60s)

Presta atención a los sentimientos en tu cuerpo. Calma, paz y fuerza. Imagina cómo te sentirías, y serías, como este ser amable, sabio y con confianza. (20s)

Imagina cómo experimentarías el mundo como este ser profundamente compasivo. Qué podrías entender (5s) ¿Qué tipo de sentimientos sentirías? (5s) ¿Qué pensamientos te surgirían? (5s) ¿A qué te llevaría tu motivación? ¿Qué harías? (1-2m)

Y cuando sientas que es el momento, permitiendo que tu respiración tome un ritmo confortable, abre lentamente tus ojos, y devuelve tu atención a la habitación. Observa si puedes mantener esa sensación de sabiduría, amabilidad y confianza contigo mientras continuamos. Siéntete libre de estirarte si te place.

¿Qué te ha parecido el ejercicio? ¿Ha habido alguna parte que te haya gustado? ¿Alguna parte que no? ¿Cómo ha sido el imaginar sentirte como una persona profundamente compasiva, amable, sabia y con confianza?

Al principio puede ser difícil sentirlo y no solo pensarlo, así que a veces lo que podemos hacer es imaginar cómo sería si pudiésemos sentirlo. Si nos enfocamos en cómo veríamos las cosas desde una perspectiva compasiva, esto puede ayudar. Imaginando la suerte de cosas que pensaríamos o entenderíamos si tuviésemos estas características.

Este tipo de práctica tiende a volverse más fácil con el tiempo, ánimo.

ANEXO 4: Guion ejercicio “Extender la compasión al self vulnerable.

Extender compasión al Self Vulnerable.

Una forma de profundizar y fortalecer nuestro sentido del Self Compasivo, es dirigir y aplicar esta compasión trayendo a la mente una situación con la que podemos tener dificultades, extendiendo la compasión a esa versión de nosotros mismos que está teniendo problemas manejando algo presente o pasado.

Las cualidades compasivas pueden sentirse un poco difusas si tan solo nos imaginamos el tenerlas. Para poder verlas mejor y hacerlas más reales, las aplicaremos a una situación en particular a tu elección.

Con un poco de práctica y empeño, este ejercicio también te permitirá desarrollar un poco de compasión con tu self vulnerable, ya sea si te ves con dificultades al manejar el temor, la tristeza, ansiedad, o algún otro sentimiento complicado.

Primero, te voy a pedir que traigas a la mente una situación con la que hayas tenido problemas recientemente. Quizás una donde hayas sentido ansiedad, mucha autocrítica... A tu elección. Tomate un minuto para pensar en una situación así y formularla para ti. ¿Cómo es la situación? ¿Qué hace de la misma que surja ese sentimiento? ¿Tiene sentido que ese sentimiento surja? (1min)

Ahora que tienes la situación en mente, empezamos con el ejercicio.

Comenzamos asumiendo una postura confortable, con la espalda erguida, y nos damos unos 30 segundos para enlentecer la respiración. Cierra los ojos si te resulta cómodo. (30s)

Ahora siente las sensaciones de calma, calidez y fuerza llenando tu cuerpo, traigamos a la mente esas cualidades del Self Compasivo. Permitiendo que una sonrisa amable se forme en

el rostro... Imaginando cómo se sentiría tu cuerpo siendo esta persona profundamente compasiva (20s)

Imagina que te llena un profundo sentimiento de amabilidad, un deseo cometido de ayudarte a ti, y a todos los que veas sufriendo. Siente este cometido amable creciendo dentro de ti (30s)

Imagina que, con esta motivación, sientes como te llena una profunda sabiduría y entendimiento. Eres capaz de pensar de manera flexible, ver las cosas desde diferentes perspectivas, y darte cuenta de que debes hacer (30s)

Imagina que, junto con esta sabiduría, experimentas un profundo sentimiento de confianza y coraje, un sentimiento profundo de que, sea lo que sea que pase, puedes lidiar con ello también. Un sentimiento de saber, saber que tú puedes ayudar (30s)

Ahora, trae a la mente la situación que habías pensado. Observa esa versión vulnerable de ti. Y desde esta perspectiva amable, sabia y compasiva, intenta mirar dentro de esa versión vulnerable en esa situación. Mira cómo se siente. ¿Puedes sentir lo difícil que le resulta esa situación? (20s)

Desde esta perspectiva amable, sabia y con confianza, mira si es posible para ti que te llegue su sufrimiento, sentir compasión hacia esta versión de ti. ¿Qué es lo que querría? ¿Por qué le resulta difícil la situación? ¿Puedes entenderla? ¿Encuentras un sentido a cómo se siente?

Viendo lo difícil que es para esa versión vulnerable, ¿es posible para ti sentir algo de calidez y compasión hacia esta? ¿Desearías que pudieses hacer algo para ayudar? ¿Cómo te hace sentir?

Que te mueva su dificultad, eso es la compasión. Permítete sentir este deseo compasivo de ayudarla. Observa el coraje que está mostrando, la versión vulnerable de ti, aunque sea un poco.

Imagina que esta versión fuerte, compasiva de ti pudiese estar allí con la vulnerable. Y solo esta pudiese oírte en esa situación. Considera cómo podrías estar ahí para esa versión de ti que está teniendo esa situación difícil. Cómo podrías ofrecerle seguridad, cómo podrías darle ánimos... Lo sabes mejor que ninguna otra persona, y sabes que es lo que necesitaría. ¿Cómo lo harías para ayudar? (1m)

Imagínate tomando asiento al lado de esta otra versión de ti, enviándole amabilidad, entendimiento y soporte. Entiendes por lo que está pasando, lo difícil que le resulta, y lo que tiene que aguantar solo para mantenerse ahí. Permítete sentirte bien por ser capaz de ofrecerle soporte en este momento, e imagina que le llega y se llena de esta amabilidad, soporte y ánimos que le estás dando. ¿Puedes llegar a imaginarlo? (30s)

Imagina que esta otra versión es capaz de recibir este entendimiento y soporte de ti, ¿Cómo se sentiría? (30s)

Habiendo hecho el esfuerzo por ser compasivos con la parte vulnerable, volvemos a prestar atención a la respiración, permitiendo que tome otra vez un ritmo natural... Y cuando sientas que es el momento, abre lentamente los ojos.

Cuando conectamos con una experiencia difícil, el ser capaces de imaginarnos extendiendo compasión a la versión con dificultades de nosotros mismos puede ser algo poderoso.

Queremos que la experiencia sea algo vivido y vívido, imaginando lo que estábamos sintiendo, haciendo y experimentando en ese escenario.

Como con todas las prácticas hasta ahora, el truco está en la repetición. Si ves que te encuentras con dificultades en conectar con una situación en particular, prueba con otra que

pienses que te puede resultar más sencilla. Hay miles de situaciones en las que poder ser compasivos.

ANEXO 5: Matriz de correlaciones entre las variables demográficas de la muestra en el momento PRE y los resultados obtenidos en las pruebas.

Tabla 0:

Matriz de correlaciones entre variables demográficas de la muestra en el momento PRE y resultados obtenidos

		ESTUDIOS	EDAD	GÉNERO	EXP PREVIA
ESTUDIOS	Spearman's rho	—			
	p-value	—			
	N	—			
EDAD	Spearman's rho	0.095	—		
	p-value	0.283	—		
	N	131	—		
GÉNERO	Spearman's rho	0.061	0.122	—	
	p-value	0.488	0.165	—	
	N	130	130	—	
EXP PREVIA	Spearman's rho	0.205	0.267	0.016	—
	p-value	0.019	0.002	0.854	—
	N	131	131	130	—
SCSautoamab	Spearman's rho	0.231	0.223	0.123	0.121
	p-value	0.008	0.010	0.165	0.169
	N	131	131	130	131
SCSshumcomun	Spearman's rho	0.180	0.314	0.041	0.093
	p-value	0.040	<.001	0.639	0.289
	N	131	131	130	131
SCSmindful	Spearman's rho	0.172	0.268	0.170	0.240
	p-value	0.050	0.002	0.053	0.006
	N	131	131	130	131
SCSautojuic	Spearman's rho	0.129	0.262	0.146	0.081
	p-value	0.142	0.003	0.098	0.359
	N	131	131	130	131
SCSaislamiento	Spearman's rho	0.282	0.223	0.114	0.167
	p-value	0.001	0.011	0.195	0.057

Matriz de correlaciones entre variables demográficas de la muestra en el momento PRE y resultados obtenidos

		ESTUDIOS	EDAD	GÉNERO	EXP PREVIA
	N	131	131	130	131
SCSsobreident	Spearman's rho	0.179	0.249	0.176	0.092
	p-value	0.040	0.004	0.045	0.297
	N	131	131	130	131
Eqtotal	Spearman's rho	0.055	-0.043	-0.201	-0.016
	p-value	0.533	0.627	0.022	0.854
	N	131	131	130	131
DERSeestrategias	Spearman's rho	-0.147	-0.297	-0.118	-0.183
	p-value	0.094	<.001	0.181	0.037
	N	131	131	130	131
DERSnoccept	Spearman's rho	-0.025	-0.127	-0.126	-0.165
	p-value	0.773	0.147	0.154	0.060
	N	131	131	130	131
DERSimpuls	Spearman's rho	-0.051	-0.045	0.012	-0.070
	p-value	0.562	0.611	0.890	0.426
	N	131	131	130	131
DERStgoals	Spearman's rho	-0.027	-0.229	-0.029	-0.130
	p-value	0.760	0.009	0.747	0.139
	N	131	131	130	131
DERSaawareness	Spearman's rho	0.007	-0.166	-0.078	-0.192
	p-value	0.939	0.058	0.377	0.028
	N	131	131	130	131
DERStclarity	Spearman's rho	-0.066	-0.220	-0.013	-0.246
	p-value	0.451	0.011	0.882	0.005
	N	131	131	130	131
DERSttotal	Spearman's rho	-0.067	-0.263	-0.109	-0.221
	p-value	0.449	0.002	0.216	0.011
	N	131	131	130	131