



Universitat de Lleida

## **Efectos de un entrenamiento basado en mindfulness (atención o conciencia plena) sobre la salud psíquica y las habilidades de autocuidado y cuidado de otros en estudiantes de medicina**

Pere Oró Palau

<http://hdl.handle.net/10803/387228>

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



**Universitat de Lleida**

**EFFECTOS DE UN ENTRENAMIENTO BASADO EN MINDFULNESS (ATENCIÓN O CONCIENCIA PLENA) SOBRE LA SALUD PSÍQUICA Y LAS HABILIDADES DE AUTOCUIDADO Y CUIDADO DE OTROS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA**

**Tesis doctoral presentada por:**

**Pere Oró Palau**

**Dirigida por:**

**Dra. Montserrat Esquerda Aresté y Dr. Josep Pifarré Paredero**

**Evaluadores:**

**Dra. Blanca Más Hesse y Dr. Ausiàs Cebolla i Martí**

**UdL**

**Programa de Doctorado: Salud. Departamento de Cirugía**

**Junio de 2016**



A la meva esposa Daniela, mestra de  
paciència i d'amor durant tot el temps que ha  
durat aquest treball i en la resta. A les nostres  
filles Gala i Marina.

Als meus pares Peret i Antonia

A la meva germana Teresa



*La facultad de dirigir deliberadamente nuestra atención errante, una y otra vez, constituye el fundamento mismo del juicio, el carácter y la voluntad.*

*La más profunda de las libertades es la libertad de escoger dónde poner la atención.*

William James. Principios de Psicología (1890)

*Ring the bells that still can ring  
forget your perfect offering.  
There is a crack in everything,  
that's how the light get in*

Leonard Cohen, Anthem (1992)

*Ven la teva astúcia i compra astorament*

Rumi (s. XIII)



## **AGRAÏMENTS:**

A la Montse i al Josep, directors de la Tesi, pel seu treball i suport.

A la Dra. Blanca Mas per fer-me creure que podria acabar els cursos de Doctorat i aconseguir el DEA, per la seva direcció en el DEA i per tot el seu treball i suport.

Als docents del Departament de Psicobiologia dels cursos de Doctorat de la UNED, Dra. Paloma Enríquez, Dr. Santiago Segovia y Dr. Luis Iruela, per tot el que em van ensenyar.

Al Dr. Bonifacio Sandín y a la resta de membres del tribunal del DEA de la UNED per a fer-me adonar de tot el que em calia treballar per a fer un bon treball d'investigació.

A totes les persones del Centre Associat de la UNED de Cervera, on vaig estudiar i fer de professor, especialment al seu Director, el Dr. Albert Llona, per tot el suport i confiança que sempre m'han demostrat.

Al Dr. Vicente Simón per tot el seu treball de difusió del mindfulness i de l'autocompassió a Espanya. Gràcies a la presidenta Marta Alonso i a tot l'equip directiu de AEMIND per fer possible aquesta associació de mindfulness y autocompassió i per tot el seu treball. Un agraïment especial als Drs. Ausiàs Cebolla y M<sup>a</sup> Teresa Miró, ja que el seu treball ha sigut molt inspirador per a mi.

A la Junta de la Delegació de Lleida del Col·legi de Psicologia, especialment al Oscar Castan, que em van donar la confiança per a poder impartir als companys psicòlegs els primers tallers de mindfulness a Lleida. Gràcies a la resta de membres del Grup de Mindfulness que hem format a la Delegació per tot el que compartim.

Al Dr. Anton Aluja per no tenir-me en compte els greuges que li he fet.



Als Drs. Jorge Soler i Joan Farré per la seva col·laboració en aconseguir la participació dels alumnes del grup de control.

Al personal de consergeria de la Fac. de Medicina de l'Hospital Arnau de Vilanova, la Mónica, la Montse, l'Emeterio i la Maria, per la seva col·laboració en la logística dels tallers.

A les persones amb les que vaig tenir problemes en la meva feina anterior i que em van portar a haver de deixar-la. Sense tot això, mai hagués tingut el temps suficient per a poder fer aquesta Tesi.

A totes les persones de la Fundació Vidal i Barraquer, on vaig aprendre molt, en especial als Drs. Victor Cabré, Carles Pérez Testor, Jordi Font i Victor Hernández, a Rosa Royo i Francesc Sainz. Al Servei de Psicologia de la Fundació Puigvert, especialment als Drs. Lluís Farre i Montserrat Martínez, a Nuria Camps i Francesc Maestre. Al Centre de Salut Mental d'Adults de Sant Andreu, especialment a Judith Gallego.

Al grup de zen de Lleida i a la Casa d'Espiritualitat Sant Felip Neri, especialment al Josep i a la Berta, per tot el que m'han ensenyat.

A M<sup>a</sup> Lluïsa Aznar i Montse Piñol, mestres de ioga i de moltes altres coses.

A les professores Magda Bragós i Mariona Sabaté per la seva col·laboració desinteressada en les correccions de català i anglès.

Una agraïment especial per a tots els estudiants que han participat en aquesta investigació.

## RESUMEN:

Esta Tesis versa sobre la efectividad de una intervención experiencial y psicoeducativa en atención o conciencia plena (mindfulness), adaptada a estudiantes de medicina, en su salud psíquica, habilidades de autocuidado y competencias relacionadas con una buena práctica médica. Previamente se efectúa una revisión bibliográfica del mindfulness desde el punto de vista teórico y sobre el tema tratado.

La investigación se ha desarrollado con 116 estudiantes de medicina de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida de los cursos 2º (79,7%), 3º (9,3%), 4º (8,5%) y 5º (2,5%), la edad media es 20,25 años y el 71,2% son mujeres. El Grupo Experimental (GE) lo han formado 43 estudiantes que han asistido a un programa de mindfulness diseñado por el doctorando, con la base del Programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) de Kabat-Zinn con incorporación de elementos de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) de Segal et al., del Programa de Autocompasión (MSC) de Germer y Neff, de la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) de Gilbert y de la Neurobiología Interpersonal de Siegel. El Grupo de Control (GC) ha estado formado por 75 estudiantes.

Las variables medidas han sido el Estrés percibido (PSS de Cohen et al.), Sintomatología (SCL-90-R de Derogatis), Mindfulness (FFMQ de Baer et al.), Autocompasión (SCS de Neff), Apego (RQ de Bartholomew y Horowitz), Empatía (TECA de López-Pérez et al.), Burnout académico (MBI-SS de Shaufeli et al.) y Personalidad (TIPI de Gosling et al.). El diseño ha sido de dos grupos independientes (GE y GC) con dos medidas repetidas (pre intervención y post intervención).

Las medidas previas de la muestra total (GE y GC) confirman los elevados niveles de sintomatología y estrés observados en otros estudios con estudiantes de medicina.

Tras la aplicación de la intervención, se han obtenido diferencias importantes entre las puntuaciones pre y post taller del GE y con respecto al GC. Las más relevantes se refieren a la reducción del Estrés percibido, de las escalas de Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad, Hostilidad e Índice de Severidad Global del SCL-90-R, incremento en el factor Observar y puntuación Total del FFMQ, disminución de Aislamiento de la SCS y del Apego Temeroso y Modelo de Otros del RQ, por citar algunos de los más significativos.

La práctica en casa ha sido baja, y tiene efectos diferenciales en las diferentes variables medidas. Es posible obtener resultados en algunas variables, al menos a corto plazo, con niveles bajos de práctica. Las personas que más han practicado son, en general, las que obtenían puntuaciones previas de mayor estrés, sintomatología y malestar.

Se observa una relación entre disminución de estrés y sintomatología e incremento en mindfulness, la relación es menor con las medidas de autocompasión.

Los participantes consideran las habilidades aprendidas útiles para su práctica médica y que han mejorado su estado de ánimo y en relevancia concedida a pensamientos.



## **RESUM:**

Aquesta Tesi estudia l'efectivitat d'una intervenció experiencial i psicoeducativa en atenció o consciència plena (mindfulness), adaptada per a estudiants de medicina, en la seva salut psíquica, habilitats d'autocura i competències relacionades amb una bona pràctica mèdica. També inclou una revisió bibliogràfica del mindfulness des d'un vessant teòric i sobre el tema que es tracta.

En la investigació hi han participat 116 estudiants de medicina de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida dels cursos de 2n (79,7%), 3r (9,3%), 4t (8,5%) i 5è (2,5%), edat mitjana de 20,25 anys, el 71,2 del quals són dones. El Grup Experimental (GE) ha estat format per 43 estudiants que han assistit a un programa de mindfulness dissenyat pel doctorand, amb la base del Programa de Reducció d'Estrès Basat en Mindfulness (MBSR) de Kabat-Zinn, amb incorporació d'elements de la Teràpia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) de Segal et al., del Programa d'Autocompassió (MSC) de Germer i Neff, de la Teràpia Centrada en la Compassió (CFT) de Gilbert i de la Neurobiologia Interpersonal de Siegel. El Grup de Control (GC) ha estat format per 75 estudiants.

Les variables mesurades han estat l'Estrès percebut (PSS de Cohen et al.), Simptomatologia (SCL-90-R de Derogatis), Mindfulness (FFMQ de Baer et al.), Autocompassió (SCS de Neff), Aferrament (RQ de Bartholomew y Horowitz), Empatia (TECA de López-Pérez et al.), Burnout acadèmic (MBI-SS de Shaufeli et al.) i Personalitat (TIPI de Sosling et al.). El disseny utilitzat ha estat de dos grups independents (GE i GC) amb dues mesures repetides (pre intervenció i post intervenció).

Les mesures prèvies de la mostra total (GE i GC) confirmen els elevats nivells de simptomatologia i estrès observats en altres investigacions amb estudiants de medicina.

En acabar la intervenció s'han obtingut diferències importants entre les puntuacions pre i post taller del GE y comparades amb el GC. Les més rellevants es donen en reducció de l'Estrès percebut, de les escales de Somatització, Obsessió-compulsió, Sensibilitat Interpersonal, Ansietat, Hostilitat i Índex de Severitat Global del SCL-90-R, en l'increment del factor Observar i puntuació Total del FFMQ, en la disminució de l'Aïllament de la SCS i de l'Aferrament Temorenc i Model dels Altres del RQ, per anomenar-ne alguns dels més significatius.

La pràctica a casa ha estat baixa i té efectes diferencials en les diverses variables mesurades. És possible obtenir efectes diferencials en algunes variables, almenys a curt termini, amb nivells baixos de pràctica. Les persones que més han practicat són, en general, les que tenien puntuacions prèvies de més estrès, simptomatologia i malestar.

S'observa relació entre disminució d'estrès i simptomatologia i increment en Mindfulness, la relació és menor amb mesures d'Autocompassió.

Els participants consideren les habilitats apreses útils per a la seva pràctica mèdica i que han millorat en referència al seu estat d'ànim i en rellevància donada als pensaments.



## **ABSTRACT:**

This Thesis deals with the effectiveness of an experiential and educational mindfulness based intervention, on medical students, their mental health, self-care skills and competences related to good medical practice. Previously, a literature review of mindfulness is made.

The study was conducted among 116 medical students of the Medical Faculty of the University of Lleida comprised between their 2<sup>nd</sup> (79.7%), 3<sup>rd</sup> (9.3%), 4<sup>th</sup> (8.5%) and 5<sup>th</sup> (2.5%) year at university (mean 2.34), with an average age of 20.25 and 71.2% being women. The Intervention Group (IG) was formed by 43 students who had attended a mindfulness program designed by this doctoral student, with the frame of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) by Kabat-Zinn, with inserts of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) by Segat et al., Mindful Self-Compassion (MSC) by Germer & Neff, Compassion Focused Therapy by Gilbert and Interpersonal Neurobiology by Siegel. The Control Group (CG) was formed by 75 students.

All participants were assessed in Perceived Stress (PSS by Cohen et al.), Symptomatology (SCL-90-R by Derogatis), Mindfulness (FFMQ by Baer et al.), Self-Compassion (SCS by Neff), Attachment (RQ by Bartholomew & Horowitz), Empathy (TECA by López-Pérez et al.), Academic Burnout (MBI-SS by Shaufeli et al.) and Personality (TIPI by Sosling et al.). Design has two independent groups (IG and CG) with two repeated measures (pre-intervention and post-intervention).

The Baseline assessments of the total sample (IG and CG) confirmed high levels of symptomatology and stress detected in previous studies with other medical students.

IG revealed significant changes between baseline and post-intervention scores, and with respect CG. The most significant are decreasing perceived Stress, scales of Somatization, Obsessive-compulsive, Interpersonal Sensitivity, Anxiety, Hostility and Global Severity Index on SCL-90-R, and increasing Observe facet and Total score on FFMQ, decreasing Isolation scale on SCS and Fearful Attachment and Model of Others on RQ, to name only some of the most significant.

Home practice was low and showed different effects on a range of variables measured. It was therefore possible to obtain results in some variables, at least in the short term, with low levels of practice. The most practiced students were, in general, those with high baseline levels in stress and symptomatology.

A relationship between decrease in symptoms and increase in mindfulness was also observed. This relationship was less clear with self-compassion.

All participants believe that the skills learned were useful for their medical practice and they have improved their mood and relevance given to thoughts.



## Índice General

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....</b>	<b>7</b>
1. <b>DEFINICIÓN DE MINDFULNESS.....</b>	<b>9</b>
2. <b>ANTECEDENTES.....</b>	<b>11</b>
3. <b>MINDFULNESS Y MEDITACIÓN.....</b>	<b>13</b>
3.1. Vipassana .....	16
3.2. Zazen.....	17
3.3. Reducción de Estrés basada en Mindfulness .....	18
3.4. Terapia Cognitiva basada en Mindfulness .....	20
4. <b>MINDFULNESS COMO CONSTRUCTO .....</b>	<b>22</b>
4.1. Mindfulness como estado y como rasgo .....	23
4.2. Mindfulness como constructo unidimensional, bidimensional y multidimensional. Su medición .....	26
4.3. El constructo mindfulness como proceso y como resultado.....	27
5. <b>IMPORTANCIA DE LA PRÁCTICA .....</b>	<b>29</b>
5.1. Práctica de la meditación mindfulness y variación en el constructo mindfulness ...	29
5.2. ¿Practicar meditación es la única manera de desarrollar mindfulness? .....	32
6. <b>MINDFULNESS Y OTRAS TÉCNICAS PSICOLÓGICAS .....</b>	<b>33</b>
6.1. Relajación y Mindfulness.....	33
6.2. Hipnosis y Mindfulness .....	36
6.3. Biofeedback y Mindfulness.....	40
7. <b>MINDFULNESS, ESTRÉS Y EMOCIONES.....</b>	<b>42</b>
8. <b>MINDFULNESS Y OTROS CONSTRUCTOS PSICOLÓGICOS.....</b>	<b>48</b>
8.1. Apego, mentalización y mindfulness .....	48
8.2. Empatía, Compasión, Autocompasión, Autoestima y Mindfulness .....	56
8.3. Burnout, Fatiga por compasión y Mindfulness.....	63
8.4. Personalidad y mindfulness.....	65
9. <b>MINDFULNESS COMO UN POSIBLE ELEMENTO DE RELACIÓN ENTRE DIFERENTES MODELOS PSICOLÓGICOS Y PSICOTERAPÉUTICOS.....</b>	<b>69</b>
10. <b>BENEFICIOS / EFECTOS POSITIVOS DE LA PRÁCTICA .....</b>	<b>73</b>
11. <b>RIESGOS / EFECTOS NEGATIVOS DE LA PRÁCTICA.....</b>	<b>78</b>
12. <b>MINDFULNESS Y ESPIRITUALIDAD.....</b>	<b>86</b>
13. <b>ALGUNOS POSIBLES MECANISMOS EXPLICATIVOS DE LA EFECTIVIDAD DE MINDFULNESS .....</b>	<b>93</b>



<b>14. MINDFULNESS Y FILOSOFIA ORIENTAL Y OCCIDENTAL.....</b>	<b>100</b>
<b>15. CONOCIMIENTOS Y TEORÍAS DE LA PSICOLOGÍA Y NEUROCIENCIAS QUE PUEDEN AYUDARNOS A OPERATIVIZAR Y ENTENDER MINDFULNESS .....</b>	<b>102</b>
15.1. Atención .....	103
15.2. Conciencia .....	108
<b>16. EXPANSIÓN DEL MINDFULNESS Y POSIBLES CRÍTICAS: ¿ES UNA MODA? .....</b>	<b>117</b>
<b>17. USO DEL MINDFULNESS EN CIENCIAS DE LA SALUD Y PSICOTERAPIA .....</b>	<b>122</b>
17.1. Evaluación coste-efectividad de las Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBIs) .....	124
<b>18. ALGUNOS FACTORES DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE LA MEDICINA Y PROFESIONALES DE CIENCIAS DE LA SALUD.....</b>	<b>124</b>
<b>19. USO DEL MINDFULNESS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA Y PROFESIONALES DE CIENCIAS DE LA SALUD .....</b>	<b>130</b>
19.1. Uso del mindfulness para mejorar habilidades de cuidado personal .....	131
19.2. Uso del mindfulness para mejorar habilidades y competencias relacionadas con una buena práctica médica.....	138
19.3. Otras posibles aportaciones del mindfulness a los estudiantes de medicina y profesionales de ciencias de la salud: valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética .....	144
19.4. Aspectos más concernientes con la práctica psicoterapéutica pero también relacionados con la práctica médica.....	155
19.5. Uso específico del mindfulness en psicoterapia .....	161
<b>20. REQUISITOS QUE DEBE REUNIR UN INSTRUCTOR DE MINDFULNESS .....</b>	<b>165</b>
<b>PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO.....</b>	<b>167</b>
<b>21. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....</b>	<b>169</b>
<b>22. OBJETIVOS.....</b>	<b>170</b>
22.1. Objetivo general.....	170
22.2. Objetivos específicos .....	170
<b>23. HIPÓTESIS.....</b>	<b>171</b>
<b>24. METODOLOGÍA.....</b>	<b>173</b>
24.1. Participantes .....	173
24.2. Instrumentos de medición utilizados.....	176
24.2.1. Cuestionario de Datos Sociodemográficos y otros aspectos docentes.....	176
24.2.2. Escala de Estrés Percibido PSS.....	176
24.2.3. Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R .....	177
24.2.4. Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ) .....	180
24.2.5. Escala de Autocompasión (SCS) .....	181
24.2.6. Cuestionario de Relación RQ.....	182
24.2.7. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA) .....	184
24.2.8. Cuestionario de Burnout Maslach Inventory Student Survey (MBI-SS) .....	185

24.2.9.	Ten-Item Personality Inventory (TIPI).....	185
24.2.10.	Cuestionario Cualitativo (CC) .....	188
24.3.	Procedimiento .....	188
24.3.1.	Diseño .....	188
24.3.2.	Operativización de las variables.....	189
24.3.3.	Fase de evaluación pre-test (previa al Taller) .....	190
24.3.4.	Fase de aplicación.....	191
24.3.5.	Fase de evaluación post-test (posterior al Taller).....	198
24.3.6.	Aspectos éticos .....	199
24.3.7.	Análisis estadístico.....	199
<b>25.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>203</b>
25.1.	Estadística descriptiva.....	203
25.1.1.	Descripción de las variables sociodemográficas y otros aspectos docentes. Diferencias significativas entre GE y GC.....	203
25.1.2.	Asistencia a los Talleres .....	212
25.1.3.	Práctica de ejercicios en casa de asistentes a los Talleres.....	212
25.2.	Valores pre Totales (GE+GC) de variables medidas .....	213
25.2.1.	Escala de Estrés Percibido PSS.....	215
25.2.2.	Cuestionario de Síntomas SCL-90-R .....	216
25.2.3.	Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness FFMQ.....	220
25.2.4.	Escala de Autocompasión SCS.....	221
25.2.5.	Cuestionario de Relación RQ.....	222
25.2.6.	Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA.....	224
25.2.7.	Cuestionario de Burnout académico MBI-SS .....	225
25.2.8.	Ten-item personality inventory TIPI.....	227
25.2.9.	Relaciones entre diferentes variables .....	228
25.3.	Diferencias pretest entre Grupo Experimental y Grupo Control en las variables medidas	229
25.4.	Resultados comparación de variables medidas entre pre y post para Grupo Experimental (GE) y Grupo de Control (GC).....	230
25.4.1.	Escala de Estrés Percibido PSS.....	235
25.4.2.	Cuestionario de Síntomas SCL-90-R .....	237
25.4.3.	Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness FFMQ.....	243
25.4.4.	Escala de Autocompasión SCS.....	247
25.4.5.	Cuestionario de Relación RQ.....	251
25.4.6.	Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA.....	254
25.4.7.	Cuestionario de Burnout académico MBI-SS .....	256
25.4.8.	Ten-item personality inventory TIPI .....	260

25.5.	Resultados Cuestionario Cualitativo CC post intervención en Grupo Experimental	264
<b>26.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>266</b>
26.1.	Estadística descriptiva	266
26.1.1.	Variables sociodemográficas y otros aspectos docentes	266
26.1.2.	Asistencia a los Talleres	266
26.1.3.	Práctica de ejercicios en casa de asistentes a los Talleres	267
26.2.	Valores pre Totales (GE+GC) de variables medidas	269
26.2.1.	Escala de Estrés Percibido PSS	269
26.2.2.	Cuestionario de Síntomas SCL-90-R	272
26.2.3.	Cuestionario de las 5 Facetas de Mindfulness FFMQ	279
26.2.4.	Escala de Autocompasión SCS	282
26.2.5.	Cuestionario de Relación RQ	285
26.2.6.	Test de Empatía Cognitiva y afectiva TECA	287
26.2.7.	Cuestionario de Burnout académico MBI-SS	291
26.2.8.	Ten-ítem personality inventory TIPI	295
26.2.9.	Relaciones entre diferentes variables	297
26.3.	Diferencias pretest entre Grupo Experimental y Grupo Control en las variables medidas	302
26.4.	Comparación de variables medidas entre pre y post para Grupo Experimental (GE) y Grupo de Control (GC)	303
26.4.1.	Escala de Estrés Percibido PSS	303
26.4.2.	Cuestionario de Síntomas SCL-90-R	314
26.4.3.	Cuestionario de las 5 Facetas de Mindfulness FFMQ	347
26.4.4.	Escala de Autocompasión SCS	371
26.4.5.	Cuestionario de Relación RQ	388
26.4.6.	Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA	403
26.4.7.	Cuestionario de Burnout académico MBI-SS	410
26.4.8.	Ten-item personality inventory TIPI	424
26.5.	Cuestionario Cualitativo CC post intervención en Grupo Experimental	431
<b>27.</b>	<b>RESUMEN DE RESULTADOS Y DE DISCUSIÓN</b>	<b>437</b>
27.1.	Variables sociodemográficas	437
27.2.	Asistencia a los Talleres	437
27.3.	Práctica de los Ejercicios en casa	437
27.4.	Variables pre muestra total	438
27.5.	Comparación de variables medidas entre pre y post para Grupo Experimental (GE) y Grupo de Control (GC)	442
27.6.	Cuestionario Cualitativo CC post intervención en Grupo Experimental	450

28.	RESUMEN DE COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.....	451
29.	CONCLUSIONES.....	465
30.	FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN. PROPUESTAS DE FUTURO ...	467
31.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	469
<b>ANEXOS .....</b>		<b>491</b>
32.	CUESTIONARIOS UTILIZADOS .....	493
33.	PRUEBAS DE NORMALIDAD DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS MEDIDAS.....	509
34.	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON PARA PUNTUACIONES PRE MUESTRA TOTAL (GE+GC).....	515
35.	DIFERENCIAS PRETEST ENTRE GE Y GC.....	516

## Índice de Figuras

Figura 1:	Características de los modos “Hacer” y “Ser” .....	22
Figura 2:	Dimensiones de mindfulness e hipnosis.....	36
Figura 3:	Evolución según nivel de práctica mindfulness .....	37
Figura 4:	Técnicas de sugestión y entrenamiento de atención en mindfulness MT .....	38
Figura 5:	Vías neuroanatómicas de las emociones .....	44
Figura 6:	Ventana de Tolerancia .....	45
Figura 7:	Interacción entre los 3 principales sistemas de regulación emocional .....	46
Figura 8:	Modelo de apego en adultos .....	51
Figura 9:	Modelo multidominio de los efectos de la meditación.....	75
Figura 10:	Componentes de la meditación mindfulness y etapas en su práctica .....	76
Figura 11:	Regiones cerebrales implicadas en la meditación mindfulness.....	76
Figura 12:	Evidencia de cambios en estructuras cerebrales tras práctica de meditación mindfulness .....	77
Figura 13:	Posible relación entre meditación y oración .....	88
Figura 14:	El método de las 2 pantallas .....	90
Figura 15:	Mecanismos de actuación de mindfulness.....	99
Figura 16:	Redes atencionales.....	104
Figura 17:	Prácticas mindfulness y redes atencionales .....	105

Figura 18: Regulación de la atención durante la meditación.....	107
Figura 19: Ciclo de meditación concentrativa y regiones cerebrales implicadas.....	108
Figura 20: Plano de Posibilidad. Los dos lados de la realidad.....	110
Figura 21: Ondas de conciencia .....	111
Figura 22: Mindfulness y dimensiones de consciencia.....	115
Figura 23: Publicaciones en revistas sobre minfulness por año, 1980-2014. ....	118
Figura 24: Artículos publicados con el término “self-compassión” por año, 2003-2013.....	118
Figura 25: Psicoterapia orientada a mindfulness .....	163
Figura 26: Psicoterapia cuando el profesional practica mindfulness .....	164
Figura 27: Diagrama de Flujo de la Investigación.....	175
Figura 28: Frecuencia con que se presenta el síntoma Nerviosismo o agitación interior del SCL-90-R según sus puntuaciones en la muestra Total puntuaciones pre.....	219
Figura 29: Puntuación media pre muestra Total (GE+GC) Escala de Estrés Percibido PSS comparada con estudio de Reed (2011) y el baremo del test (2009) .....	270
Figura 30: Puntuaciones medias pre muestra (GE+GC) Escala de Estrés Percibido PSS en función del sexo comparadas con baremo del test (2009).....	271
Figura 31: Puntuaciones medias pre muestra Total (GE+GC) escalas cuestionario de síntomas SCL-90-R comparadas con la media general, la de una población de pacientes psicósomáticos y la de una población de pacientes psiquiátricos .....	272
Figura 32: Puntuaciones medias pre muestra Total (GE+GC) Índice de Severidad Global GSI e Índice de Malestar por Síntomas PSDI del SCL-90-R comparadas con la media general, la de una población de pacientes psicósomáticos y la de una población de pacientes psiquiátricos .....	273
Figura 33: Puntuacion media pre muestra Total (GE+GC) en Total de Síntomas Reportados PST del SCL-90-R comparadas con la media general, la de una población de pacientes psicósomáticos y la de una población de pacientes psiquiátricos.....	274
Figura 34: Puntuación media pre muestra Total (GE+GC) en escalas Depresión, Ansiedad, Hostilidad e Índice General de Síntomas GSI de la Escala de Síntomas SCL-90-R comparada con estudio de Hassed et al. (2009).....	275
Figura 35: Puntuaciones pre en los 10 síntomas con mayor puntuación del SCL-90-R en muestra Total comparadas con baremo población general.....	276
Figura 36: Puntuaciones pre en los 10 síntomas con menor puntuación del SCL-90-R en muestra Total comparadas con baremo población general.....	277
Figura 37: Puntuaciones en Escalas de SCL-90-R pre muestra Total (GE+GC) en hombres y comparadas con baremos población general hombres .....	278

Figura 38: Puntuaciones en Escalas de SCL-90-R pre muestra Total (GE+GC) en mujeres y comparadas con baremos población general mujeres .....	278
Figura 39: Puntuación en 5 facetas de mindfulness de FFMQ muestra pre Total (GE+GC) en comparación con muestra adaptación española (Cebolla et al., 2012) y estudio de De Vibe et al. (2013) .....	279
Figura 40: Puntuación Total en 5 facetas de mindfulness de FFMQ muestra pre Total (GE+GC) comparada con muestra adaptación española (Cebolla et al., 2012) y estudio de De Vibe (2013) .....	280
Figura 41: Puntuación en 5 facetas de mindfulness de FFMQ muestra pre Total (GE+GC) en comparación con muestra de meditadores y de no meditadores (Soler et al., 2014) .....	280
Figura 42: Puntuación Total de FFMQ muestra pre Total (GE+GC) en comparación con muestra Total de estudiantes de medicina de los dos estudios de van Dijk et al. (2015).....	281
Figura 43: Puntuación de los 6 factores de la Escala de Autocompasión SCL muestra pre Total (GE+GC) en comparación con muestra adaptación española (García-Campayo, 2014).....	282
Figura 44: Puntuación Total de la Escala de Autocompasión SCL muestra pre Total (GE+GC) en comparación con resultados pretratamiento del estudio de Shapiro et al. (2007) y de Eroglu et al. (2015) .....	283
Figura 45: Puntuaciones pre muestra Total en Escala de Autocompasión SCS en función del sexo .....	284
Figura 46: Porcentaje de cada estilo de apego en muestra Total (GE+GC) comparado con los estudios de Ciechanowski et al. (2004) y Yarnoz-Yaben y Comino (2011) .....	285
Figura 47: Puntuación factores Test de Empatía TECA muestra Total (GE+GC) en comparación con resultados baremo del Test.....	288
Figura 48: Puntuación pre muestra Total en Total Test de Empatía TECA comparada con baremo del Test .....	289
Figura 49: Puntuación en Hombres de factores Test de Empatía TECA muestra Total (GE+GC) en comparación con resultados baremo del Test Hombres .....	290
Figura 50: Puntuación Mujeres en factores Test de Empatía TECA muestra Total (GE+GC) en comparación con resultados baremo del Test Mujeres .....	290
Figura 51: Puntuaciones pre muestra Total en Total Test de Empatía TECA en función del sexo y comparadas con baremo del Test para hombres y mujeres. ....	291
Figura 52: Puntuaciones pre muestra Total (GE+GC) factores Burnout Académico MBI-SS en comparación con estudios de Salanova et al. (2005) y Carlotto y Cámara (2006).....	292
Figura 53: Puntuaciones pre muestra Total (GE+GC) factores Burnout Académico MBI-SS en comparación con estudio de Galan et al. (2011) .....	293
Figura 54: Puntuación Total en Burnout MBI-SS de la muestra total en comparación con la puntuación pre del GE del estudio de De Vibe et al. (2013).....	294
Figura 55: Puntuaciones pre muestra Total en Escalas Burnout Académico MBI-SS en función del sexo .....	294

Figura 56: Puntuaciones pre muestra Total (GE+GC) factores Inventario de personalidad TIPI en comparación con baremo del test (Gosling et al., 2003) .....	295
Figura 57: Puntuaciones pre en dominios personalidad TIP muestra Total (GE+GC) en hombres y comparadas con baremos test población general hombres .....	296
Figura 58: Puntuaciones pre en dominios personalidad TIP muestra Total (GE+GC) en mujeres y comparadas con baremos test población general mujeres .....	296
Figura 59: Comparación pre y post en Estrés Percibido entre Grupo Experimental y Grupo de Control. Incluye puntuación Baremo del Test y del estudio de Reed et al. (2011) .....	303
Figura 60: Puntuaciones pre y post en Estrés Percibido entre Grupo Experimental y Grupo de Control comparadas con el estudio de Erogul et al. (2014) .....	304
Figura 61: Puntuaciones pre y post GE y GC en Estrés percibido PSS según nivel de severidad de síntomas (Alta severidad: puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ . Baja severidad: puntuación en GSI de SCL-90-R $< 0,94$ ) Incluye referencia de estudio de Reed et al. (2011) .....	306
Figura 62: Puntuación pre y post de Estrés Percibido PSS en GE y GC según nivel alto (punt. $\geq 4,5$ ) o bajo (punt. $< 4,5$ ) de Estabilidad Emocional en Ten-item Personality Inventory TIPI.....	307
Figura 63: Puntuación pre y post de Estrés Percibido PSS en GE y GC según nivel alto (punt. $\geq 5$ ) o bajo (punt. $< 5$ ) de Responsabilidad en Ten-item Personality Inventory TIPI.....	308
Figura 64: Puntuación pre y post de Estrés Percibido PSS en GE y GC según nivel alto (punt. $\geq 4,5$ ) o bajo (punt. $< 4,5$ ) de Extraversión en Ten-item Personality Inventory TIPI. Incluye referencia estudio de Reed et al. (2011).....	310
Figura 65: Comparación pre y post en Estrés Percibido entre Grupo Experimental y Grupo de Control en función del sexo. Referencia de baremo del test por sexos .....	311
Figura 66: Mejora en puntuación de Estrés Percibido en GE según nivel de práctica en casa. Incluye referencia estudio de Reed et al. (2011).....	312
Figura 67: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escalas Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con pre y post de Grupo de Control .....	314
Figura 68: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escalas Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general, la de una población de pacientes psicósomáticos y la de una población de pacientes psiquiátricos.....	316
Figura 69: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escalas Índice de Severidad Global GSI e Índice de Malestar por Síntomas PSDI del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general, la de una población de pacientes psicósomáticos y la de una población de pacientes psiquiátricos .....	317
Figura 70: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en Total de Síntomas Reportados PST del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general, la de una población de pacientes psicósomáticos y la de una población de pacientes psiquiátricos .....	317
Figura 71: Comparación pre y post en Índice de Severidad Global GSI del SCL-90-R entre Grupo Experimental y Grupo de Control. Con referencias del baremo de la prueba .....	318

Figura 72: Índice de Severidad Global GSI pre y post GE y GC. Casos más severos (punt GSI pre $\geq 0,94$ ) .....	319
Figura 73: Comparación pre y post en Índice de Malestar Positivo PSDI del SCL-90-R entre Grupo Experimental y Grupo de Control. Con referencias del baremo de la prueba .....	320
Figura 74: Comparación pre y post en Total Síntomas Positivos PST del SCL-90-R entre Grupo Experimental y Grupo de Control. Con referencias del baremo de la prueba .....	321
Figura 75: Puntuaciones pre y post Grupo Experimental en escalas Depresión, Ansiedad, Hostilidad e Índice General de Síntomas GSI de la Escala de Síntomas SCL-90-R comparadas con puntuaciones pre y post del estudio de Hased et al. (2009).....	323
Figura 76: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Somatización del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general.....	324
Figura 77: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Obsesión-compulsión del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general .....	325
Figura 78: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Sensibilidad Interpersonal del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general .....	326
Figura 79: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Depresión del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general .....	327
Figura 80: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Ansiedad del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general .....	328
Figura 81: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Hostilidad del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general.....	329
Figura 82: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Ansiedad Fóbica del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general .....	330
Figura 83: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Ideación Paranoide del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general .....	331
Figura 84: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Psicoticismo del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general.....	331
Figura 85: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Ítems Adicionales del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general .....	332
Figura 86: Puntuaciones pre y post en GE y GC de los 10 Síntomas que obtuvieron mayor puntuación en las puntuaciones pre del Grupo Total (GE+GC). Con referencia de la población general .....	333
Figura 87: Puntuación pre y post de Índice de Severidad Global GSI en GE y GC según nivel alto (punt. $\geq 4,5$ ) o bajo (punt. $< 4,5$ ) de Estabilidad Emocional en Ten-item Personality Inventory TIPI. Incluye media de población general del baremo del test como referencia.....	337
Figura 88: Puntuación pre y post de Índice de Severidad Global GSI en GE y GC según nivel alto (punt. $\geq 5$ ) o bajo (punt. $< 5$ ) de Responsabilidad en Ten-item Personality Inventory TIPI. Incluye media de población general del baremo del test como referencia. ....	338



Figura 89: Puntuación pre y post de Índice de Severidad Global GSI en GE y GC según nivel alto (punt. $\geq 4,5$ ) o bajo (punt. $< 4,5$ ) de Extraversión en Ten-item Personality Inventory TIPI. Incluye media de población general del baremo del test como referencia. ....	340
Figura 90: Índice de Severidad Global (GSI) GE y GC separados por sexo .....	341
Figura 91: Índice de Malestar Positivo (PSDI) GE y GC separados por sexo.....	341
Figura 92: Total Síntomas Positivos (PST) GE y GC separados por sexo .....	342
Figura 93: Puntuaciones en Escalas de SCL-90-R pre y post GE Hombres. Referencia baremo general hombres .....	342
Figura 94: Puntuaciones en Escalas de SCL-90-R pre y post GE Hombres. Referencia baremo general mujeres .....	343
Figura 95: Mejora en puntuación de Índice de Severidad Global GSI en GE según nivel de práctica en casa Incluye referencia de población general .....	344
Figura 96: Mejora en puntuación de Índice de Severidad Global GSI en los casos más severos del GE (punt. GSI pre $\geq 0,94$ ) según nivel de práctica en casa. Incluye referencia de población general .....	345
Figura 97: Practica en casa en GE, informado en Cuestionario Cualitativo, pregunta 9, según nivel de severidad en GSI Alta ( $GSI \geq 0,94$ ) o Baja ( $GSI < 0,94$ ). Resultados en porcentajes .....	346
Figura 98: Puntuación pre y post en 5 Facetas de Mindfulness FFMQ Grupo Experimental comparado con Grupo de Control.....	348
Figura 99: Puntuación pre y post en 5 Facetas de Mindfulness FFMQ Grupo Experimental y Grupo de Control. Referencias de adaptación española prueba (Cebolla et al., 2012).....	349
Figura 100: Puntuación pre y post en Total FFMQ Grupo Experimental comparado con Grupo de Control. Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2013).....	349
Figura 101: Puntuación pre y post en 5 Facetas de Mindfulness FFMQ Grupo Experimental comparadas con puntuaciones pres y post del estudio de De Vibe et al. (2013).....	351
Figura 102: Puntuación pre y post en Total FFMQ Grupo Experimental y Grupo de Control comparado con estudio de De Vibe et al. (2013).....	352
Figura 103: Puntuación Total de FFMQ pre y post del GE en comparación con muestra Total de estudiantes de medicina de los dos estudios de van Dijk et al. (2015).....	354
Figura 104: Puntuación en 5 Facetas de Mindfulness FFMQ Grupo Experimental pre y post comparado con estudio de Soler et al. (2014) resultados de meditadores y no meditadores .....	355
Figura 105: Puntuaciones pre y post GE en 5 Facetas de FFMQ según nivel de estrés previo (alto: puntuación en PSS $\geq 23,49$ , o bajo: puntuación en PSS $< 23,49$ ). Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012).....	356
Figura 106: Puntuaciones pre y post GE y GC en Total mindfulness FFMQ según nivel de estrés previo (alto: puntuación en PSS $\geq 23,49$ , o bajo: puntuación en PSS $< 23,49$ ). Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012).....	357

Figura 107: Puntuaciones pre y post GE en 5 Facetas de FFMQ según nivel de severidad de síntomas previo (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ ). Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012) .....	359
Figura 108: Puntuaciones pre y post GC en 5 Facetas de FFMQ según nivel de severidad de síntomas previo (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ ). Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012) .....	360
Figura 109: Puntuaciones pre y post en GE y GC en Total FFMQ según nivel de severidad de síntomas previo (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ ). Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012) .....	361
Figura 110: Puntuación 5 Facetas FFMQ GE en función del sexo .....	362
Figura 111: Puntuación 5 Facetas FFMQ GC en función del sexo .....	363
Figura 112: Puntuación Total FFMQ GE y GC en función del sexo. Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012) .....	364
Figura 113: Puntuación 5 facetas FFMQ GE y comparación con estudio de De Vibe et al. (2013) en función del sexo. Hombres .....	364
Figura 114: Puntuación 5 facetas FFMQ GE y comparación con estudio de De Vibe et al. (2013) en función del sexo. Mujeres .....	365
Figura 115: Puntuación pre y post Total FFMQ GE y comparación con estudio de De Vibe et al. (2013) en función del sexo .....	365
Figura 116: Puntuación de 5 Facetas de Mindfulness FFMQ en GE según nivel de práctica en casa. Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012) .....	366
Figura 117: Puntuación Total Cuestionario 5 Facetas de Mindfulness FFMQ en GE según nivel de práctica en casa. Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012) .....	367
Figura 118: Puntuación en 5 Facetas de Mindfulness FFMQ Grupo Experimental Practicantes en casa pre y post informado en Cuestionario Cualitativo, pregunta 9, comparado con estudio de Soler et al. (2014) resultados de meditadores y no meditadores .....	369
Figura 119: Puntuación Total pre Cuestionario 5 Facetas de Mindfulness FFMQ en GE según nivel de práctica en casa. Referencias de estudio de van Dijk et al. (2015) Estudio 1 (interesados vs. no interesados) y Estudio 2 (participantes vs. no participantes) .....	371
Figura 120: Puntuación pre y post en Escalas de Autocompasión SCS Grupo Experimental comparado con Grupo de Control .....	372
Figura 121: Puntuación pre y post Escalas Autocompasión en Grupo Experimental comparadas con muestra adaptación española (García-Campayo, 2014) .....	373
Figura 122: Puntuación pre y post Escalas Autocompasión en Grupo Control comparadas con muestra adaptación española (García-Campayo, 2014) .....	374
Figura 123: Puntuaciones pre y post en GE y GC en Total Autocompasión SCS. Incluye referencia adaptación española del test de García-Campayo et al. (2014) .....	374

Figura 124: Puntuaciones pre y post Total Autocompasión Grupo Experimental comparadas con estudio de Shapiro et al. (2007) y Erogul et al. (2015).....	376
Figura 125: Puntuaciones pre y post GE en Escalas de Autocompasión SCS según nivel de estrés previo (alto: puntuación en PSS $\geq$ 23,49, o bajo: puntuación en PSS <23,49). Incluye referencia de adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014) .....	377
Figura 126: Puntuaciones pre y post GE y GC en Total autocompasión SCS según nivel de estrés previo (alto: puntuación en PSS $\geq$ 23,49, o bajo: puntuación en PSS <23,49). Incluye referencia de adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014) .....	378
Figura 127: Puntuaciones pre y post GE en Escalas de Autocompasión SCS según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq$ 0,94). Incluye referencia de adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014) .....	380
Figura 128: Puntuaciones pre y post GC en escalas de Autocompasión SCS según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq$ 0,94) .....	381
Figura 129: Puntuaciones pre y post en GE y GC en Total Autocompasión SCS según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq$ 0,94). Incluye referencia adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014) .....	382
Figura 130: Puntuación Total Autocompasión SCS GE y GC en función del sexo. Incluye referencia adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014).....	384
Figura 131: Puntuación Escalas Autocompasión SCS GE en función del sexo .....	384
Figura 132: Puntuación Escalas Autocompasión SCS GC en función del sexo .....	385
Figura 133: Puntuación de Escalas de Autocompasión SCS en GE según nivel de práctica en casa. Incluye referencia adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014).....	386
Figura 134: Puntuación Total Autocompasión SCS en GE según nivel de práctica en casa. Incluye referencia adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014).....	387
Figura 135: Puntuación pre y post en tipos de Apego RQ en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control.....	389
Figura 136: Puntuación pre y post en Modelo de Sí mismo RQ en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control.....	390
Figura 137: Puntuación pre y post en Modelo de Otros RQ en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control .....	390
Figura 138: Porcentaje pre y post de Tipos de Apego Cualitativo en GE comparados con estudio de Ciechanowski et al. (2004).....	391
Figura 139: Porcentaje pre y post de Tipos de Apego Cualitativo en GC comparados con estudio de Ciechanowski et al. (2004).....	392
Figura 140: Puntuaciones pre y post GE en tipos de Apego RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq$ 0,94).....	396

Figura 141: Puntuaciones pre y post GE en Modelo de Sí mismo RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ ).....	397
Figura 142: Puntuaciones pre y post GE en Modelo de Otros RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ ).....	397
Figura 143: Puntuaciones pre y post GC en tipos de Apego RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ ).....	398
Figura 144: Puntuaciones pre y post GE en Modelo de Sí mismo RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ ).....	399
Figura 145: Puntuaciones pre y post GC en Modelo de Otros RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ ).....	399
Figura 146: Puntuación apego Seguro RQ en GE según nivel de práctica en casa.....	401
Figura 147: Puntuación apego Temeroso RQ en GE según nivel de práctica en casa .....	401
Figura 148: Puntuación Modelo de Sí mismo RQ en GE según nivel de práctica en casa.....	402
Figura 149: Puntuación Modelo de Otros RQ en GE según nivel de práctica en casa.....	402
Figura 150: Puntuación pre y post en escalas de Test de Empatía TECA en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control. Incluye referencia de baremo del Test .....	404
Figura 151: Puntuación pre y post en Puntuación Total de Test de Empatía TECA en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control. Incluye referencia del baremo del Test. ....	404
Figura 152: Puntuaciones pre y post GE en Escalas de Empatía TECA según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ ). Se incluye baremo del Test.....	408
Figura 153: Puntuaciones pre y post GE en Total Test de Empatía TECA según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ ). Se incluye baremo del Test .....	409
Figura 154: Puntuación pre y post en escalas de Burnout MBI-SS en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control.....	411
Figura 155: Puntuación pre y post en Puntuación Total de Burnout MBI-SS en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control .....	412
Figura 156: Puntuaciones pre y post GE en factores Burnout Académico MBI-SS en comparación con estudio de Galan et al. (2011).....	412
Figura 157: Puntuaciones pre y post GC en factores Burnout Académico MBI-SS en comparación con estudio de Galan et al. (2011).....	413
Figura 158: Puntuación pre y post en Puntuación Total de Burnout MBI-SS en GE y GC comparadas con GE y GC del estudio de De Vibe et al. (2013) .....	414
Figura 159: Puntuación pre y post escalas de Burnout MBI-SS en GE y GC para los participantes con nivel elevado de Burnout previo (puntuación Total pre $\geq 5,74$ ) .....	415

Figura 160: Puntuación pre y post Total Burnout MBI-SS en GE y GC para los participantes con nivel elevado de Burnout previo (puntuación Total pre $\geq 5,74$ ) .....	416
Figura 161: Puntuación pre y post escalas de Burnout MBI-SS en GE y GC para los participantes con nivel bajo de Burnout previo (puntuación Total pre $< 5,74$ ).....	416
Figura 162: Puntuación pre y post Total Burnout MBI-SS en GE y GC para los participantes con nivel bajo de Burnout previo (puntuación Total pre $< 5,74$ ).....	417
Figura 163: Puntuaciones pre y post GE en Escalas de Burnout académico MBI-SS según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ o $< 0,94$ ).....	419
Figura 164: Puntuaciones pre y post GE en Total Cuestionario de Burnout académico MBI-SS según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ o $< 0,94$ ).....	419
Figura 165: Puntuación escalas de Burnout MBI-SS GE en función del sexo .....	421
Figura 166: Puntuación escalas de Burnout MBI-SS GC en función del sexo.....	421
Figura 167: Puntuación Total Cuestionario de Burnout MBI-SS en GE y GC en función del sexo .....	422
Figura 169: Puntuación pre y post en Total Cuestionario de Burnout MBI-SS en GE según nivel de práctica en casa .....	423
Figura 168: Puntuación pre y post en Escalas de Burnout académico MBI-SS en GE según nivel de práctica en casa .....	423
Figura 170: Puntuación pre y post en dominios del Ten-item Personality Inventory TIPI en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control .....	425
Figura 171: Puntuaciones pre y post GE en dominios Ten-item Personality Inventory TIPI según nivel de severidad de síntomas previo (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ ) .....	428
Figura 172: Puntuaciones pres y post dominios Test de Personalidad TIPI GE en función del sexo .....	429
Figura 173: Puntuación pre y post en dominios Test de Personalidad TIPI en GE según nivel de práctica en casa.....	430
Figura 174: Porcentaje de cambios notificados en respuestas a Cuestionario Cualitativo (CC) Grupo Experimental.....	431
Figura 175: Influencia de la práctica fuera de las sesiones del taller en los efectos conseguidos .....	460
Figura 176: Influencia de variables intervinientes al aplicar la intervención en la mejora de habilidades de autocuidado.....	464

## Índice de Tablas

Tabla 1: Sexo de los participantes .....	203
Tabla 2: Edad de los participantes .....	204

Tabla 3: Curso de los participantes.....	204
Tabla 4: Residencia durante el curso .....	205
Tabla 5: Número de hermanos .....	205
Tabla 6: Número de orden en la fratría .....	206
Tabla 7: Estudios previos.....	206
Tabla 8: Momento de elección de estudios .....	207
Tabla 9: Familiares médicos .....	207
Tabla 10: Parentesco de familiares médicos .....	208
Tabla 11: Participantes que tienen beca .....	208
Tabla 12: Prácticas .....	209
Tabla 13: Asignaturas optativas .....	209
Tabla 14: Especialidad que piensan escoger .....	210
Tabla 15: Voluntariado.....	210
Tabla 16: Interés por estudiar otra carrera .....	211
Tabla 17: Conocimientos previos de mindfulness, meditación, yoga o similar.....	211
Tabla 18: Serie de TV de temática médica preferida.....	212
Tabla 19: Cantidad de práctica efectuada fuera de las sesiones del Taller. Total GE. Respuestas a pregunta 9 de Cuestionario Cualitativo (CC) .....	213
Tabla 20: Resultados pre Total participantes (GE+GC) en variables continuas medidas .....	214
Tabla 21: Puntuaciones en Escala de Estrés Percibido PSS pre muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas y del sexo de los participantes .....	215
Tabla 22: Puntuaciones en Índice de Severidad Global GSI de SCL-90-R pre muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas.....	216
Tabla 23: Puntuaciones en Escalas e Índices de SCL-90-R pre muestra Total (GE+GC) en función del sexo de los participantes .....	216
Tabla 24: Casos de la muestra Total que superan la puntuación de la población de pacientes psicósomáticos en Índice de Severidad Global GSI del SCL-90-R .....	217
Tabla 25: Puntuación media pre muestra total (GE+GC) en cada ítem del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R agrupados por escalas.....	218
Tabla 26: Los 10 síntomas con mayor puntuación de la escala SCL-90-R en muestra Total pre (GE+GC) .....	219

Tabla 27: Los 10 síntomas con menor puntuación de la escala SCL-90-R en muestra Total pre (GE+GC) .....	220
Tabla 28: Puntuaciones en Total (suma de 5 Facetas) 5 Facetas de Mindfulness FFMQ pre muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas .....	220
Tabla 29: Puntuaciones en 5 Facetas de Mindfulness y Puntuación Total FFMQ pre muestra Total (GE+GC) en función del sexo de los participantes.....	221
Tabla 30: Puntuaciones pre en Total Autocompasión SCS muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas .....	221
Tabla 31: Puntuaciones pre en 6 Escalas y Total Autocompasión SCS muestra Total (GE+GC) en función del sexo de los participantes.....	222
Tabla 32: Puntuaciones pre en Apego Seguro Cuantitativo RQ para la muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas .....	222
Tabla 33: Puntuaciones en tipos de Apego, Modelo de Sí mismo y Modelo de Otros RQ en función del sexo .....	223
Tabla 34: Puntuaciones en tipos de Apego, Modelo de Sí mismo y Modelo de Otros RQ en función del tipo de especialidad que piensan elegir (Atención primaria vs. otras).....	223
Tabla 35: Elección Cualitativa categórica de Estilo de Apego pre Total (GE+GC).....	224
Tabla 36: Puntuaciones pre en Total Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA para la muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas .....	224
Tabla 37: Puntuaciones pre en Escalas y Total del Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA para la muestra Total (GE+GC) en función del sexo .....	225
Tabla 38: Puntuaciones pre en Total Test de Burnout Académico MBI-SS para la muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas .....	225
Tabla 39: Puntuaciones pre en Escalas y Total del Test de Burnout Académico MBI-SS para la muestra Total (GE+GC) en función del sexo .....	226
Tabla 40: Casos de la muestra Total que superan la puntuación de los alumnos de 6º Curso de medicina del estudio de Galan et al (2011) en Puntuación Total MBI-SS .....	226
Tabla 41: Puntuaciones pre en Estabilidad Emocional en Ten-item Personality Inventory TIPI para la muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas .....	227
Tabla 42: Puntuaciones pre en dominios del Ten-item Personality Inventory TIPI para la muestra Total (GE+GC) en función del sexo.....	227
Tabla 43: Puntuaciones pre diversas variables en Grupo Total (GE+GC) según nivel de severidad en GSI de SCL-90-R: Alta ( $GSI \geq 0,94$ ) o Baja ( $GSI < 0,94$ ) .....	228
Tabla 44: Comparación entre pre y post Grupo Experimental. Contraste bilateral T o W (según normalidad) para muestras relacionadas. Tamaño del Efecto d de Cohen y Porcentaje de Cambio .....	231

Tabla 45: Comparación entre pre y post Grupo Control. Contraste bilateral T o W (según normalidad) para muestras relacionadas. Tamaño del Efecto d de Cohen y Porcentaje de Cambio.....	232
Tabla 46: Comparación de Diferencia de puntuaciones pre y post entre el Grupo Experimental (GE) y el Grupo Control (GC). Contraste bilateral T o U (según normalidad) para muestras independientes. Tamaño del Efecto d de Cohen.....	233
Tabla 47: Análisis de Varianza ANOVA de 2 Factores: Tiempo de las pruebas (pre y post) x Grupo (Experimental y Control) con medidas repetidas en un solo factor (Tiempo).....	234
Tabla 48: Puntuaciones en Estrés percibido PSS de Grupo Experimental según diferentes variables.....	235
Tabla 49: Puntuaciones en Estrés percibido PSS de Grupo Control según diferentes variables.....	236
Tabla 50: Puntuaciones en Estrés Percibido PSS para el GE y el GC en función del sexo.....	236
Tabla 51: Puntuaciones en Índice de Severidad Global GSI de Grupo Experimental según diferentes variables.....	237
Tabla 52: Puntuaciones en Índice de Severidad Global GSI de Grupo Control según diferentes variables.....	238
Tabla 53: Practica en casa en GE, informado en Cuestionario Cualitativo, pregunta 9, según nivel de severidad en GSI Alta ( $GSI \geq 0,94$ ) o Baja ( $GSI < 0,94$ ).....	238
Tabla 54: Puntuación media pre y post Grupo Experimental en cada ítem del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R agrupados por escalas.....	239
Tabla 55: Puntuaciones medias 10 síntomas con mayor puntuación de la escala SCL-90-R en muestra total pre separadas por GE y GC y completadas con puntuaciones post.....	240
Tabla 56: Síntomas en GE y GC que han reducido sus puntuaciones entre pre y post en magnitud superior a 0,5 del escalado del SCL-90-R.....	240
Tabla 57: Síntomas en GE y GC que han incrementado sus puntuaciones entre pre y post (diferencia $< 0$ ) en puntuaciones de SCL-90-R.....	241
Tabla 58: Puntuaciones Hombres en escalas e índices SCL-90-R pre y post GE y GC.....	242
Tabla 59: Puntuaciones Mujeres en escalas e índices SCL-90-R pre y post GE y GC.....	242
Tabla 60: Puntuaciones pre y post GE en 5 Facetas y Total de FFMQ según nivel de estrés previo (alto: puntuación en PSS $\geq 23,49$ , o bajo: puntuación en PSS $< 23,49$ ).....	243
Tabla 61: Puntuaciones pre y post GE en 5 Facetas y Total de FFMQ según nivel de estrés previo (alto: puntuación en PSS $\geq 23,49$ , o bajo: puntuación en PSS $< 23,49$ ).....	243
Tabla 62: Puntuaciones pre y post GE en 5 Facetas y Total de FFMQ según nivel de severidad de síntomas previo (alta: punt. en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ o baja: punt. en GSI de SCL-90-R $< 0,94$ ).....	244
Tabla 63: Puntuaciones pre y post GC en 5 Facetas y Total de FFMQ según nivel de severidad de síntomas previo (alta: punt. en GSI de SCL-90-R $\geq 0,94$ o baja: punt. en GSI de SCL-90-R $< 0,94$ ).....	245
Tabla 64: Puntuación 5 Facetas y Total FFMQ GE y GC Hombres.....	245



Tabla 65: Puntuación 5 Facetas y Total FFMQ GE y GC Mujeres .....	246
Tabla 66: Puntuaciones en 5 Facetas y Total FFMQ en GE según nivel de práctica (pregunta 9 Cuestionario Cualitativo CC) .....	247
Tabla 67: Puntuaciones pre y post GE en escalas y Total de autocompasión SCS según nivel de estrés (alto: puntuación en PSS $\geq$ 23,49, o bajo: puntuación en PSS <23,49) .....	247
Tabla 68: Puntuaciones pre y post GC en escalas y Total de autocompasión SCS según nivel de estrés (alto: puntuación en PSS $\geq$ 23,49, o bajo: puntuación en PSS <23,49) .....	248
Tabla 69: Puntuaciones pre y post GE en escalas y Total de autocompasión SCS según nivel de severidad de síntomas (alto: puntuación en GSI $\geq$ 0,94, o bajo: puntuación en GSI <0,94).....	249
Tabla 70: Puntuaciones pre y post GC en escalas y Total de autocompasión SCS según nivel de severidad de síntomas (alto: puntuación en GSI $\geq$ 0,94, o bajo: puntuación en GSI <0,94).....	249
Tabla 71: Puntuaciones Hombres en escalas y Total SCS pre y post GE y GC .....	250
Tabla 72: Puntuaciones Mujeres en escalas y Total SCS pre y post GE y GC .....	250
Tabla 73: Puntuaciones en Escalas y Total autocompasión SCS GE según nivel de práctica (pregunta 9 Cuestionario Cualitativo CC).....	251
Tabla 74: Comparación entre pre y post en Elección cualitativa categórica de Estilo de Apego en el Grupo Experimental (a) y en el Grupo de Control (b).....	251
Tabla 75: Puntuaciones pre y post GE en tipos y modelos de Apego RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq$ 0,94) .....	252
Tabla 76: Puntuaciones pre y post GC en tipos y modelos de Apego RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R $\geq$ 0,94) .....	253
Tabla 77: Puntuaciones en Estilos y Modelos de Apego RQ en GE según nivel de práctica (pregunta 9 Cuestionario Cualitativo CC).....	253
Tabla 78: Puntuaciones pre y post GE en Escalas y Total de Empatía TECA según nivel de severidad de síntomas previo (alto: puntuación en GSI $\geq$ 0,94, o bajo: puntuación en GSI <0,94).....	254
Tabla 79: Puntuaciones pre y post GC en Escalas y Total de Empatía TECA según nivel de severidad de síntomas previo (alto: puntuación en GSI $\geq$ 0,94, o bajo: puntuación en GSI <0,94).....	255
Tabla 80: Puntuaciones Hombres en escalas y Total TECA pre y post GE y GC .....	255
Tabla 81: Puntuaciones Mujeres en escalas y Total TECA pre y post GE y GC.....	255
Tabla 82: Puntuaciones en Escalas y Total Empatía TECA GE según nivel de práctica (pregunta 9 Cuestionario Cualitativo CC).....	256
Tabla 83: Puntuaciones en factores y total Burnout MBI-SS en GE separadas según nivel previo de burnout alto (puntuación pre Total $\geq$ 5,74) o bajo (puntuación pre Total <5,74).....	257
Tabla 84: Puntuaciones en factores y total Burnout MBI-SS en GC separadas según nivel previo de burnout alto (puntuación pre Total $\geq$ 5,74) o bajo (puntuación pre Total <5,74).....	257

Tabla 85: Puntuaciones GE en factores y total de Burnout MBI-SS según nivel de Severidad de los Síntomas en GSI del SCL-90-R (alto: puntuación en $GSI \geq 0,94$ o bajo: puntuación en $GSI < 0,94$ ).....	258
Tabla 86: Puntuaciones GE en factores y total de Burnout MBI-SS según nivel de Severidad de los Síntomas en GSI del SCL-90-R (alto: puntuación en $GSI \geq 0,94$ o bajo: puntuación en $GSI < 0,94$ ).....	258
Tabla 87: Puntuaciones Hombres en escalas y Total MBI-SS pre y post GE y GC .....	259
Tabla 88: Puntuaciones Mujeres en escalas y Total MBI-SS pre y post GE y GC .....	259
Tabla 89: Puntuaciones en factores y total de Burnout académico MBI-SS según según el nivel de práctica en casa .....	260
Tabla 90: Puntuaciones GE en dominios personalidad TIPI según nivel de Severidad de los Síntomas en GSI del SCL-90-R (alto: puntuación en $GSI \geq 0,94$ o bajo: puntuación en $GSI < 0,94$ ) .....	261
Tabla 91: Puntuaciones GC en dominios personalidad TIPI según nivel de Severidad de los Síntomas en GSI del SCL-90-R (alto: puntuación en $GSI \geq 0,94$ o bajo: puntuación en $GSI < 0,94$ ) .....	261
Tabla 92: Puntuaciones Hombres en dominios TIPI pre y post GE y GC.....	262
Tabla 93: Puntuaciones Mujeres en dominios TIPI pre y post GE y GC .....	262
Tabla 94: Puntuaciones en dominios personalidad TIPI según según el nivel de práctica en casa .....	263
Tabla 95: Resultados cambios reflejados en respuestas a Cuestionario Cualitativo (CC) Grupo Experimental .....	264
Tabla 96: Respuestas facilitadas en Cuestionario Cualitativo (CC) GE sobre cambios observados y habilidades aprendidas y su porcentaje de ocurrencia .....	265



# INTRODUCCIÓN

Diferentes estudios han detectado elevados niveles de estrés, ansiedad y otros problemas de salud en el colectivo de estudiantes de medicina, algunos de estos trabajos han sido realizados en nuestro contexto [1]. El problema de la salud mental de los estudiantes de medicina se desarrolla en el apartado 18 de esta investigación.

Otro de los aspectos de atención en la educación médica en la actualidad es el desarrollo, no solo de conocimientos, sino también de habilidades relacionadas con una buena práctica médica que deben adquirir los estudiantes de medicina en su formación [2, 3], tal como se desarrolla en el apartado 19.

Los dos aspectos anteriores implican la necesidad de que los estudiantes de medicina puedan desarrollar tanto habilidades de autocuidado personal como habilidades relacionadas con una buena práctica médica.

Mindfulness, traducido como atención plena o conciencia plena, es entendido como prestar atención de un modo particular: centrado en el momento presente, a propósito, y sin establecer juicios de valor [4]. Incluye una cualidad amable y compasiva en la persona que presta atención y es una habilidad que puede entrenarse mediante programas de desarrollo y práctica formal e informal. En el apartado 1 se amplían estos aspectos.

El mindfulness forma parte de programas psicoeducativos y experienciales grupales como el programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena (MBSR o REBAP) de Kabat-Zinn [4–6] y terapias como la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT o TCBCP) de Segal, Williams y Teasdale [7], que se describen en

el apartado 3. Además, aunque de una manera menos central, forma parte de otras terapias de las llamadas cognitivo conductuales de tercera generación [8] (que implican el empleo de estrategias terapéuticas de aceptación de la realidad además de las estrategias de cambio comunes a las terapias de primera o segunda generación) como la Terapia de Aceptación y Compromiso [9, 10] y la Terapia Dialéctico Conductual [11, 12], así como de otras terapias que se citan en el apartado 17. Existe un continuo desarrollo del campo de aplicación del mindfulness enfocado a diferentes objetivos terapéuticos que conlleva que aparezcan continuamente diferentes programas o variaciones de los ya existentes.

Existe evidencia, que se expondrá en el apartado 19, de que el entrenamiento en mindfulness puede desarrollar y facilitar la adquisición y ejercicio de las habilidades de autocuidado en estudiantes de medicina, así como al aprendizaje de algo esencial para el trabajo con los demás: el ser consciente de los propios contenidos de consciencia, el ponerse en posición observador, el estar presente, el metaconocimiento y metaconsciencia de lo que está ocurriendo en la interacción terapéutica y otros aspectos relacionados.

Dados los aspectos anteriores, en esta Tesis se estudiará la influencia de un entrenamiento en atención o consciencia plena (mindfulness) en la salud psíquica y habilidades de autocuidado de estudiantes de medicina, así como el efecto que produce dicho entrenamiento en sus habilidades terapéuticas o de cuidado de otros.

Previamente se ha realizado revisión bibliográfica sobre mindfulness desde un punto de vista teórico, en el apartado 4 se estudia el mindfulness como un constructo psicológico, en el apartado 5 se recogen las evidencias sobre la importancia de la práctica en los resultados que obtienen estos programas, en el apartado 6 se expone la relación del mindfulness con otras técnicas terapéuticas, en el apartado 7 se estudia la relación entre mindfulness, estrés y emociones, en el apartado 8 se expone la relación con otros

constructos psicológicos, el apartado 9 trata sobre el diferente papel que desempeña el mindfulness en diferentes modelos psicológicos y psicoterapéuticos, los apartados 10 y 11 tratan sobre los efectos positivos y posibles efectos negativos de la práctica del mindfulness, en el apartado 12 se estudia la relación del mindfulness con la espiritualidad, en el apartado 13 se exponen algunos posibles mecanismos explicativos acerca de su efectividad, en el apartado 14 se muestra su relación con la filosofía oriental y occidental, en el apartado 15 se exponen aspectos de la psicología básica y las neurociencias relacionados con mindfulness, en el apartado 16 se explica su expansión actual y se comentan algunas posibles críticas a la misma, en el apartado 17 se describe el uso del mindfulness en ciencias de la salud y en psicoterapia.

A continuación, en el apartado 18, se presentan de una forma más específica, algunos factores de riesgo en estudiantes de medicina y profesionales de ciencias de la salud, en el apartado 19 se trata acerca de las aplicaciones del mindfulness en este colectivo y en el apartado 20 se exponen los requisitos que debe reunir un instructor de mindfulness.

En la literatura revisada no se ha hallado ningún estudio de aplicación de mindfulness en estudiantes de medicina en nuestro país, lo cual puede añadir relevancia a esta investigación.

Entrando en la descripción del estudio empírico, en los apartados 21, 22 y 23 se exponen su justificación, los objetivos y la hipótesis a contrastar. En el apartado 24 puede verse la metodología: la investigación realizada es cuasi-experimental de dos grupos independientes (intervención o experimental y control) con dos medidas repetidas (pre y post).

Los participantes en la investigación son estudiantes del Grado de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universitat de Lleida (UdL). Se han realizado 2 Talleres de aplicación de un programa de mindfulness.

Durante el curso 2013-2014 se ofreció un Curso de manejo de estrés (mindfulness) para estudiantes de ciencias de la salud ofertado a través de la UdL, en el que los inscritos realizaron un Taller de Mindfulness (Taller 1). Participaron 13 estudiantes de Medicina y sirvió como estudio piloto. En el curso 2014-2015 se ha impartido la asignatura optativa de Psicobiología dentro del currículum de Medicina, valida con 3 créditos ECTS, los inscritos también han realizado un Taller de Mindfulness (Taller 2). El número de matriculados en dicha asignatura ha sido de 30 estudiantes. Así pues, los participantes en los 2 Talleres y que constituyen el Grupo Experimental (GE) han sido 43 en total.

Como Grupo de Control (GC) han participado estudiantes de Medicina inscritos en otras asignaturas optativas y en la asignatura común de 2º Curso Comunicación y Medicina Comunitaria durante el curso 2014-2015. Este Grupo ha rellenado los cuestionarios pre y post como el Grupo Experimental (GE) que ha realizado los Talleres 1 y 2. Los alumnos del GC que han rellenado todos los cuestionarios pre y post han sido 75.

Las variables medidas han sido de tipo sociodemográfico, estrés, sintomatología, mindfulness como constructo, autocompasión, apego, empatía, burnout y personalidad. Además, también se estudian variables cualitativas mediante análisis de contenido de algunas de las respuestas al Cuestionario Cualitativo (CC) cumplimentado por los asistentes después del Taller, por lo que podríamos considerar el diseño como de tipo mixto desde el punto de vista cuantitativo/cualitativo.

Con los resultados de la fase previa de la muestra total, tanto GE como GC, se obtiene una visión general de los aspectos abordados en la muestra analizada (118 estudiantes).

El entrenamiento en atención plena aplicado se basa en un taller diseñado por el doctorando que utiliza las principales aportaciones de los programas existentes pensado en su aplicación a estudiantes de medicina. Una parte del trabajo de Tesis ha consistido en el diseño y desarrollo de este taller psicoeducativo y experiencial (en los apartados 24.3.4.1 y 24.3.4.2 se describe el mismo).

También se han recogido datos sobre la cantidad de práctica realizada en casa (fuera de las sesiones presenciales) y su influencia en los resultados obtenidos en las diferentes variables.

En el apartado 25 se exponen los resultados obtenidos, en el apartado 26 se discuten los mismos, el apartado 27 recoge un resumen de resultados y conclusiones, el apartado 28 un resumen de comprobación de hipótesis, en el apartado 29 se exponen unas conclusiones y en el apartado 30 las fortalezas y limitaciones de la investigación, así como algunas propuestas de futuro. En el apartado 31 pueden verse las referencias bibliográficas y a continuación unos anexos con los cuestionarios utilizados, las pruebas de normalidad de las variables cuantitativas medidas, los coeficientes de correlación entre las puntuaciones pre de la muestra total y las diferencias pre intervención entre GE y GC.





# **PARTE I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**



## 1. DEFINICIÓN DE MINDFULNESS

La traducción más extendida de la palabra mindfulness en nuestro idioma es atención plena o conciencia plena. Mindfulness es la traducción inglesa de la palabra “sati” que en el idioma pali (antigua lengua índica) significaría consciencia, atención y recuerdo [13]. La palabra mindfulness fue utilizada por primera vez en la traducción que efectuó T.W. Rhys Davids de un texto budista en 1890 [14]. Sin renunciar a este origen, mindfulness se ha desarrollado en la actualidad como una serie de prácticas de carácter laico, apoyadas en las evidencias que aportan las neurociencias sobre sus efectos.

Brown y Ryan [15] lo definen como un estado de prestar atención y ser conscientes de lo que está sucediendo en el presente. Segal, Williams y Teasdale [7] afirman que con mindfulness, el enfoque de la atención se abre para admitir todo lo que llega con una experiencia determinada.

Mindfulness ha sido también descrita como el proceso de traer cierta cualidad de atención a la experiencia del momento presente, y como una combinación de autorregulación de la atención con una actitud de curiosidad, apertura y aceptación hacia las propias experiencias [8, 16]. En el estado de mindfulness, pensamientos y sentimientos son observados a la par con las percepciones de los sentidos, y sin reaccionar a ellos de la forma automática habitual; así mindfulness permite responder a las situaciones de modo reflexivo, más que de una manera impulsiva [17].

Para Kabat-Zinn [4–6] mindfulness significa prestar atención de un modo particular: centrado en el momento presente, a propósito, y sin establecer juicios de valor. Incluye una cualidad amable y compasiva en la persona que presta atención. Esta definición incluye el desarrollo simultáneo de tres componentes o aspectos fundamentales: 1- Intención clara del porqué se está practicando (puede ser, por ejemplo,

para conseguir autorregulación, autoexploración, o autoliberación), 2- Atención en la observación continua de la propia experiencia, sin interpretaciones, elaboraciones o análisis de la misma, 3- Acompañada de una actitud de aceptación, bondad, compasión, apertura, paciencia, no esfuerzo, curiosidad, ecuanimidad y no evaluación [18].

Mindfulness hace referencia a la experiencia de ser conscientes de aquello que se está haciendo, pensando o sintiendo [19] y que a pesar de que es una experiencia de algo que toda persona ha experimentado en distinta medida, puede desarrollarse. Al tratarse de un abordaje experiencial, con contenidos presimbólicos y prelingüísticos, puede, a veces, ser difícil de expresar en palabras [20].

Grossman [21] también destaca el componente experiencial del mindfulness, criticando autores que pretenden caracterizarlo y cuantificarlo sin una experiencia dilatada en su práctica.

Una cuidadosa matización de estas definiciones podría estar inspirada en la poesía de Basho (poeta japonés del siglo XVII), que en uno de sus haikus (poema breve) decía:

Yoku mireba	Cuando miro con cuidado
Nazuna hana saku	¡Veó florecer la <i>nazuna</i> *
Kanine kana.	Junto al seto!

\*Pequeña planta silvestre. Nombre científico: *Capsella bursa-pastoris*. En español: Bolsa de pastor

En el poema se resalta la cualidad de prestar atención sin forzar, de modo cuidadoso, entonces puedes ver lo que normalmente no ves, “veo florecer”, no es que veas las flores, ves florecer, ves cómo crece la planta, ves el movimiento, la impermanencia, el cambio de todo lo que existe, por esto es tan difícil apresarlos con

palabras, que “fijan”. Este crecimiento de la planta silvestre se produce junto al seto, la planta cultivada y que normalmente sirve de valla o separación. En el jardín cuidado crece la planta silvestre, la vida hace acto de presencia a través de ella... a través de lo que podríamos considerar imperfección.

Chiesa [22] destaca la falta de esfuerzos dedicados a conseguir una definición inequívoca de mindfulness en la psicología occidental, en contraste con los números trabajos dedicados a investigar sus efectos beneficiosos, lo cual conlleva que dichos estudios, en realidad, representan un grupo heterogéneo de prácticas unidos bajo una misma etiqueta “mindfulness”. En realidad, podría considerarse que mindfulness es un concepto en evolución que se va enriqueciendo en la medida de que diferentes autores y líneas de investigación van aportando nuevas perspectivas y desarrollos: desde los primeros trabajos de Kabat-Zinn [4], la complementación de su programa con aportaciones de psicoterapia cognitivo-conductual [7], el énfasis en la compasión y autocompasión que han aportado Neff y Germer [23], la convergencia con otros modelos, como el la Terapia Focalizada en la Compasión (CFT) de Gilbert [24], el de neurobiología interpersonal de Daniel Siegel [25, 26], junto al continuo desarrollo de las investigaciones en neurociencia cognitiva que van aportando conocimiento y evidencias sobre los efectos de estas prácticas [27].

## **2. ANTECEDENTES**

El primer programa de tratamiento basado en mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction MBSR) fue desarrollado por Kabat-Zinn, en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts a finales de los años 70 del pasado siglo, tratando de proporcionar ayuda a pacientes que ya no podían obtener alivio de los tratamientos

## Antecedentes

médicos habituales para sus dolencias [4], pero no obstante, la convergencia entre filosofías y métodos orientales y occidentales en el campo psicoterapéutico es muy anterior. Se mencionan a continuación algunos ejemplos, que pueden ser representativos, para relativizar el carácter de novedad que, en ocasiones, se otorga a estos enfoques.

Ya en los años 20 del pasado siglo XX, el japonés Shoma Morita [28] desarrolló un método psicoterapéutico inspirado en el budismo Zen, que se denominó Terapia Morita, que incluía aspectos de aceptación, no resistencia, desidentificación de pensamientos y emociones, etc. Fue reconocido por psicoterapeutas tan relevantes como Karen Horney o Albert Ellis, incluso Fritz Perls visitó el Hospital Morita en Kyoto [29]. Existen similitudes importantes con la moderna Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Morita [30].

En el Entrenamiento Autógeno de Schultz [31], presentado en 1927, ya podemos ver claras influencias del yoga y del budismo. En su “ciclo inferior”, en la fase 4 de ejercicio respiratorio habla de no modificar la respiración, de sentirse respirado, de pensar “soy todo respiración” (en realidad la traducción literal del alemán, como recogen Geissmann y Durand (1968) es “esto me respira”). En su “ciclo superior” podemos ver ejercicios como imaginarse ante unas personas determinadas (la neutra, la que despierte afecto positivo y la que despierte aversión), pudiéndose ver en ello la clara influencia de la meditación “metta” del budismo.

En 1931 Jung y Wilhelm publicaron *El Secreto de la Flor de Oro* [32] y en 1961 Fromm, en colaboración con D.T. Suzuki, publicaron *Budismo Zen y Psicoanálisis* [33].

Numerosos psicoterapeutas de diferentes orientaciones podrían figurar en este apartado de antecedentes; sin olvidar a Bion, que pasó su infancia en la India, y no resulta difícil encontrar similitudes entre sus teorías y el pensamiento oriental [34], ni tampoco a

Assagioli, creador de la psicósíntesis y cuyo “ejercicio del observador” [35] es utilizado habitualmente en enfoques que incorporan mindfulness.

### **3. MINDFULNESS Y MEDITACIÓN**

La relación entre mindfulness y meditación no es unívoca. Podría decirse que la meditación es una de las maneras de practicar y desarrollar mindfulness, pero no todos los tipos de meditación que existen servirían por igual. A la vez mindfulness puede practicarse y desarrollarse mediante otros procedimientos además de la meditación, como serían por ejemplo las prácticas informales y otras prácticas formales. Esto es así si se considera la meditación como una práctica formal que se practica de manera explícita durante un determinado periodo de tiempo, en un determinado espacio, mediante una determinada postura... pero si consideramos a la meditación como algo más abierto, menos rígido, que puede ampliarse a prestar atención al momento presente, a lo que ocurre, a estar en el “aquí y ahora”, entonces cualquier actividad que desarrollemos con esta actitud puede considerarse una práctica meditativa y las diferencias entre mindfulness y meditación resultan mucho más difusas.

El término latino “meditatio” tiene un doble sentido, uno de reflexión profunda utilizando las capacidades intelectuales y otro de contemplación, en el sentido de dejar de lado las capacidades intelectuales y mirar, en silencio, quedando en un estado especial de consciencia. Cuando en este estudio se hace referencia a meditación, se hace en el sentido de esta segunda acepción, que tendría más que ver con contemplación, observación...

Para Shapiro y Giber [36] la meditación se refiere a una familia de técnicas que tienen en común un intento consciente de centrar la atención de una forma no analítica, y un intento de “no morar” en pensamientos discursivos y rumiativos.



En una investigación de la Universidad de Alberta que desarrollaron Ospina et al. [17] se utilizó un proceso sistemático para alcanzar un consenso con objeto de conseguir una **definición operacional de la meditación**. Los resultados mostraron que existía acuerdo en considerar:

- Aspectos esenciales: la práctica de la meditación implica el uso de una técnica definida, relajación del pensamiento lógico (en el sentido de no intentar analizar sus posibles efectos psicofísicos, no realizar juicios sobre los supuestos resultados, no crear ningún tipo de expectativa durante el proceso) y la consecución de un estado autoinducido (puede ser enseñado por un instructor, pero que debe poder ser autoaplicado, por ejemplo en casa, sin la presencia del instructor y sin que exista ninguna relación de dependencia).
- Aspectos importantes (pero no esenciales): aparición de un estado de relajación psicofísica en algún momento del proceso, el uso de una habilidad de autoenfoco o “ancla”, la aparición de un estado alterado de consciencia, experiencia mística, iluminación o suspensión de los procesos de pensamiento lógico, el estar embebida en un contexto religioso/espiritual/filosófico e implicar una experiencia de silencio mental.
- En este mismo estudio, se describen los principales componentes a considerar en cualquier práctica meditativa:
- Postura, respiración, uso de un mantra (sonido, palabra, o frase que es recitada de manera repetitiva, usualmente sin variación tonal y que es usado como objeto de concentración), relajación, atención, espiritualidad y creencias, entrenamiento y criterios de éxito para clasificar una buena práctica.

**Prácticas meditativas:** También en este estudio se analizan un total de 41 prácticas diferentes, encontrándose que 32 de ellas pueden ser consideradas prácticas meditativas, mientras que 9 de ellas no pueden serlo (entre ellas la relajación muscular progresiva, la visualización de imágenes mentales, el entrenamiento autógeno, la terapia dialéctica conductual, el método Silva...). Que existan 32 prácticas que pueden ser consideradas meditativas nos da idea de la complejidad y variedad de las mismas. En este mismo estudio se agrupan las 32 prácticas en 5 grandes categorías:

- Meditación en un mantra
- Meditación mindfulness
- Yoga
- Tai chi
- Qigong

Dentro de la Meditación Mindfulness, Ospina et al. [17] sitúan a la meditación Vipassana, la meditación Budista Zen, la Reducción de Estrés basada en Mindfulness (MBSR) y la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT).

Puede apreciarse que se incluyen en la misma categoría diferentes aproximaciones, tal como puede constatarse en las descripciones que se efectúan a continuación, la meditación Vipassana y la meditación Zen son dos sistemas de meditación que han llegado hasta nosotros desde oriente y con una tradición de varios siglos de existencia, el MBSR es un programa grupal psicoeducativo y experiencial que comprende meditación, yoga (que los mismos autores de este estudio no consideran meditación mindfulness -la explicación que dan es que en el yoga utilizado en MBSR se focaliza menos en las posturas físicas y más en mantener la atención en la práctica, en el momento presente; aunque posiblemente esto sea lo que nos diga que trata de hacer cualquier practicante de yoga al que se pregunte-), exploración corporal y otros aspectos. MBCT es una terapia cognitiva grupal que se inspira en el MBSR y lo complementa con

procedimientos de la terapia cognitivo conductual. Además, no todos los autores estarían de acuerdo en considerar el Zazen (meditación zen) dentro de las prácticas de mindfulness [37].

Kristeller [38] efectúa un repaso por los antecedentes históricos del mindfulness en occidente y puede apreciarse ciertas discrepancias a la hora de considerar lo que es mindfulness y de las prácticas que lo incorporan. Por ejemplo, para esta autora, la Terapia Dialéctico Conductual de Linehan usa técnicas de mindfulness, incluyendo meditación breve, a pesar de que en el estudio de la Universidad de Alberta se considera que es una intervención que no puede ser considerada meditación ni implica componentes de la misma. Para Kristeller la meditación mindfulness sería una meditación no concentrativa; aunque reconoce que todas las prácticas meditativas incluyen componentes concentrativos y no concentrativos, la diferencia estaría en el énfasis en el segundo aspecto. También puede utilizar objetos para centrar la atención, internos o externos, pero de un modo más flexible que la meditación concentrativa.

A continuación, se efectúa una breve descripción de las prácticas que Ospina et al. [17] sitúan dentro de la meditación mindfulness: Vipassana, meditación Zen, MBSR y MBCT.

### **3.1. Vipassana**

La meditación Vipassana enseña a los practicantes como examinar sus procesos perceptuales, a observar como surgen los pensamientos y reaccionar con calma, distanciamiento y claridad, reduciendo las reacciones automáticas y permitiendo actuar de un modo más intencionado [39, 40]. Se acostumbra a practicar en posición sentada, cuando la atención se pone en la respiración, aunque no se necesita una postura concreta y el meditador puede estar sentado, de pie, caminando, o tumbado. La atención puede dirigirse hacia el cuerpo, hacia las emociones o sentimientos, hacia los pensamientos o

hacia el mismo proceso mental de ser consciente. No requiere ningún sistema espiritual o filosófico particular para su práctica, aunque a menudo se la describe como una práctica religiosa. El criterio de éxito puede depender de la evaluación subjetiva del practicante, aunque es corriente que intervenga un experto en el entrenamiento y que este experto determine el éxito de la práctica.

### **3.2. Zazen**

El Zazen o meditación zen se basa en el budismo Mahayana y emplea técnicas de meditación originadas en la India hace miles de años y que fueron introducidas en Japón desde China en el siglo XII [41–43]. Existen diferentes escuelas, las principales son Rinzai y Soto. La postura tiene gran importancia. En sus formas tradicionales, la meditación Zen es practicada sentado sobre los pies o en una banqueta (postura japonesa) o en posición de loto (medio loto o completo), también es importante la posición de las manos. No debe practicarse con la intención de cumplir ningún objetivo ni de conseguir nada en concreto. El éxito en la práctica de la meditación Zen es descrito, a menudo, en términos de ser conscientes de la “verdadera naturaleza” de la realidad, de descubrir cómo las experiencias cotidianas se construyen y modifican en función de los intereses, miedos y objetivos.

Además de la postura, son importantes la respiración, que es activa y con la que se utilizan diferentes pautas y la atención que se centra en la respiración o en un “koan” [44], especie de acertijo o paradoja que no puede resolverse con un análisis lógico y que intenta romper el pensamiento dualista sujeto-objeto. El criterio de éxito de la práctica se juzga en términos de los cambios internos que ha provocado el cultivo de la consciencia.

Kristeller [38] destaca las discrepancias existentes en considerar la meditación Zen dentro de la tradición de la meditación mindfulness, aunque ella también considera que,

muchos aspectos de la misma (principalmente “shikantaza” - sólo sentarse-, practicada especialmente en la escuela soto) son esencialmente prácticas mindfulness.

### **3.3. Reducción de Estrés basada en Mindfulness**

MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) serían sus siglas en inglés y REBAP (Reducción de Estrés Basada en Atención Plena) las siglas que se utilizan en castellano. Originariamente diseñada por Kabat-Zinn en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, el programa MBSR era un programa grupal pensado para tratar pacientes con estrés, dolor crónico u otras dolencias crónicas. Desde entonces, ha sido también usado en pacientes con enfermedades crónicas, como cáncer o SIDA, y para tratar problemas emocionales y conductuales [4–6, 45, 46]. Incorpora prácticas de meditación, exploración corporal (body scan) y hatha yoga. Adicionalmente, los pacientes son entrenados en respiración diafragmática, estrategias de afrontamiento, asertividad, y también reciben información acerca del estrés. Sus fundamentos están en cultivar las siguientes 7 actitudes: no juzgar, paciencia, mente de principiante, confianza, no esforzarse en conseguir resultados, aceptación y soltar/ceder.

Además de estas actitudes, el compromiso, la autodisciplina y la intencionalidad se consideran esenciales para desarrollar la práctica meditativa y mejorar el grado de mindfulness. Estas actitudes se cultivan de forma consciente durante cada sesión de meditación. Como en otras prácticas meditativas, la postura y la respiración son esenciales. El practicante se sienta, con la columna recta, en una silla o en el suelo, con las piernas cruzadas, e intenta focalizar la atención en un objeto particular, el más habitual es la sensación de la propia respiración mientras el aire fluye por las fosas nasales, o en el movimiento del abdomen o pecho mientras se respira. En caso de distracción, el practicante sencillamente toma consciencia de la misma, la deja pasar y vuelve a poner

su atención en la respiración. Este proceso se repite cada vez que la atención se extravía de la respiración. El programa de MBSR incluye meditación formal (por ejemplo, meditación sentada, paseo meditativo, práctica de yoga, etc.) y meditación informal (por ejemplo, prestar atención a las actividades de la vida diaria, como comer, ducharse, lavarse los dientes, etc.). Con estas prácticas se refuerza en los practicantes el mantener la atención en la respiración u otras sensaciones para ayudarles a conseguir el estar presentes, sin funcionar en “piloto automático” (estar haciendo algo sin ser conscientes de que lo estamos haciendo, sin estar conectado con el momento presente).

El programa consiste en una intervención de 8 semanas con clases semanales de entre 2 y 3 horas, realizándose una jornada intensiva en meditación entre las semanas sexta y séptima; los participantes también realizan sesiones de 45 minutos en su domicilio, al menos 6 días a la semana durante las 8 semanas que dura la intervención. Durante las sesiones semanales de 2-3 horas se instruye a los participantes en los aspectos formales e informales de la meditación mindfulness; en su sesión diaria en casa de 45 minutos, se practican las habilidades aprendidas durante las reuniones semanales. Los componentes de la sesión de práctica van variando a medida que los participantes van avanzando en el programa; la exploración corporal se practica, al menos, una vez al día durante 45 minutos durante las 4 primeras semanas, luego se practica en días alternos, combinada con los ejercicios de Yoga. Se utilizan unas grabaciones de audio para facilitar la realización de los ejercicios en casa. Se la considera una práctica laica y clínica.

Smith [47] en su crítica a una investigación sobre la efectividad del MBSR de Davidson et al. [48] afirma que este programa es una amalgama de meditación mindfulness, meditación concentrativa, ejercicios de respiración pasiva, estiramientos de yoga, e incluso un poco de visualización, entrenamiento autógeno y psicología budista; por lo tanto, afirma que es imposible determinar si los resultados sobre su eficacia son

debidos a algún componente en concreto o a una combinación de varios. Para Smith, MBSR sería un enfoque combinado, esta crítica motivo una respuesta de los autores [49].

### **3.4. Terapia Cognitiva basada en Mindfulness**

MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy) son sus siglas en inglés y TCBCP sus siglas en castellano. Desarrollada por Segal, Williams y Teasdale [7] como un método para prevenir las recaídas en pacientes con depresión, combina los principios de la Terapia Cognitiva con un marco de mindfulness para mejorar el bienestar emocional y la salud mental. Basada en el programa de MBSR desarrollado por Kabat-Zinn, el objetivo principal del programa de la MBCT es ayudar a los individuos a modificar su relación con sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que contribuyen a las recaídas en la depresión, mediante cambios en la comprensión de los mismos a un nivel profundo. Defienden que lo que permanece, cuando los síntomas de la depresión no están presentes, es la tendencia a reaccionar a pequeños cambios de humor con grandes modificaciones en el pensamiento negativo [50]. Como la MBSR, el programa de la MBCT incluye meditación en posición sentada y exploración corporal. La práctica enseña a los pacientes “distanciamiento o descentramiento” (*decentering* o habilidad para tomar distancia entre uno mismo y los contenidos mentales), cómo reconocer cuando su estado de ánimo está empeorando, y técnicas para ayudar a reducir los canales de información que permiten los pensamientos rumiativos cíclicos y las reacciones negativas a las emociones y sensaciones corporales. El punto más importante que el programa de la MBCT intenta enseñar es la habilidad, antes de que se produzca la recaída, para reconocer y desconectarse de estados mentales caracterizados por patrones autorreforzados de rumiaciones y pensamientos negativos. Una de las técnicas consiste en elaborar un listado de señales de alarma específicas referentes a que la depresión puede estar acechando (por ejemplo, la irritabilidad). Postulan que, si la persona se enfrenta a sus sentimientos

desagradables apartándolos o tratando de controlarlos, realmente se termina por mantenerlos.

El programa consiste en una intervención también de 8 semanas con clases semanales de 2 horas. Las clases se forman con grupos de aproximadamente 12 participantes y el programa se divide en 2 partes principales. En las sesiones 1 a la 4, los participantes practican el ser conscientes de los movimientos continuos de la mente y el cómo enfocar la mente hacia un contenido concreto usando la técnica de la exploración corporal y la respiración. Los participantes también aprenden cómo la mente sin control puede realimentar los pensamientos y sentimientos negativos. En las sesiones 5 a 8, los participantes aprenden cómo comportarse ante los cambios emocionales que están sucediendo o a punto de suceder.

Como en el programa de la MBSR, los participantes deben continuar las sesiones en casa durante los 6 o 7 días de la semana, y completar varios ejercicios que enseñan y refuerzan las habilidades de mindfulness y ayudan a los participantes a reflexionar en su práctica de atención plena. La presencia de un instructor que sea experto en la práctica de mindfulness se considera crucial para el éxito del programa, pues se piensa que si el instructor no es practicante de mindfulness, será incapaz de transmitir su esencia a los participantes.

Para Dorjee [51] mindfulness es una facultad que se desarrolla mediante la práctica de la meditación focalizada o concentrativa y que se aplica en la meditación abierta o no concentrativa.

Kabat-Zinn [4] fue el primero en establecer la diferencia entre el llamado “modo hacer” y el “modo ser”. La meditación es importante para darse cuenta de la existencia de estas dos maneras de funcionamiento mental y de conseguir un equilibrio entre las



mismas. En la Figura 1 pueden verse las características de las mismas, según los exponen Williams y Penman [52].

<b>Modo Hacer</b>	<b>Modo Ser</b>
Piloto automático	Elección Consciente
Analizar	Sentir
Luchar	Aceptar
Pensamientos como algo solido y real	Pensamientos como hechos mentales
Evitación	Acercamiento
Viaje mental en el tiempo	Permanecer en el momento presente
Actividades agotadoras	Actividades energizantes

**Figura 1: Características de los modos “Hacer” y “Ser”**

*Fuente: Williams y Penman (2013)*

#### **4. MINDFULNESS COMO CONSTRUCTO**

Aunque desde la pasada década se halla numerosa bibliografía sobre minfulness, no es hasta más recientemente que numerosos autores –siendo los primeros trabajos de Brown y Ryan en 2003 [15]-, comienzan a considerar mindfulness también como una estructura psicológica, como un constructo que se desarrolla con la práctica de la meditación mindfulness u otros métodos, y que puede desarrollarse en diferente medida, incluso independientemente de dichas prácticas. Este es el aspecto que intentan medir los cuestionarios de mindfulness a los que se hace mención más adelante. De manera tautológica, mindfulness sería lo que miden los cuestionarios de mindfulness.

Chiesa [22] ha señalado la existencia de problemas conceptuales y diferencias entre los diferentes autores acerca de cómo la atención plena es entendida y practicada. También destaca que no es lo mismo “ser consciente” que “pensar que se es consciente”, que es lo que preguntan los cuestionarios sobre mindfulness. Así mismo cree que el nivel de mindfulness determina como son entendidas estas preguntas y los términos que utilizan y hace que se eleve el nivel de exigencia en las respuestas. Recuerda las diferencias existentes entre practicantes de programas breves como MBSR y MBCT y practicantes

con larga experiencia en la práctica de meditación mindfulness. Su opinión es crítica respecto a que pueda medirse el mindfulness con los instrumentos de los que se dispone actualmente.

Grossman [21] critica esta forma de medir, subrayando que los cuestionarios más importantes: Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) de Brown y Ryan [15] y Five Facets Minfulness Questionnaire (FFMQ) de Baer et al. [53] (este último será utilizado en esta tesis) miden realmente la ausencia de mindfulness y no la presencia del mismo, pues la puntuación de mindfulness la obtienen invirtiendo el sentido de muchas de las respuestas (comenta que sería algo así como si ante una respuesta en la que se afirma que no se está deprimido, se infiera que se es feliz).

#### **4.1. Mindfulness como estado y como rasgo**

El constructo mindfulness se emplea normalmente para denominar estados específicos, pero también se utiliza la palabra mindfulness para referirse a un rasgo [54]. En la meditación mindfulness se intenta inducir estados de mindfulness con la esperanza de que, repetidos en el tiempo, ayuden a desarrollar un rasgo mindfulness, una actitud consciente permanente.

Sobre si mindfulness es un estado o un rasgo, existen divergencias entre los investigadores. Si es un estado, debería notarse y medirse inmediatamente después de la práctica, si es un rasgo, se deberían poder observar resultados más estables. Algunos investigadores, como Bergomi et al. [55] y Cardaciotto et al. [56], entienden mindfulness como un cuasi-rasgo: a pesar de que puede existir una tendencia natural, los niveles de mindfulness son susceptibles de cambios. Estos autores opinan que instrumentos como el FMI -Inventario de Mindfulness de Friburgo, de Buchheld, Grossman y Walach [57]- y

la PHLMS -Escala de Mindfulness de Filadelfia, de Cardaciotto et al. [56]- consideran mindfulness como un cuasi-rasgo, pues piden ceñirse a un determinado periodo de tiempo, por ejemplo, las últimas 2 semanas, al responder. Esta será la posición que se adoptará en este trabajo, ya que las medidas post Taller se toman al finalizar el mismo, no tras la realización de los diferentes ejercicios.

Existen instrumentos para medir mindfulness como estado, como la Escala de Mindfulness de Toronto (TMS), de Lau et al. [58], que evalúan el logro de un estado consciente durante una sesión de meditación inmediatamente anterior.

Esta dualidad rasgo-estado puede subyacer en algunas de las divergencias que existen entre los diferentes investigadores. Smith [47] hace referencia a los enormes recursos de tiempo de práctica que se demandan en MBRS, lo cual critica. En la respuesta que le dan Davidson y Kabat-Zinn [49] destacan la importancia de la práctica para lograr cambios estables en el tiempo. El enfoque de Smith [59] hace mucho hincapié en trabajar los Estados-R de relajación (acostumbra a utilizar sus cuestionarios de autoinforme inmediatamente después de la práctica) y programas como MBSR pretenderían producir cambios más estables en el tiempo. A pesar de lo dicho, la Teoría Atencional Cognitivo-Conductual de la Relajación de Smith es muy completa, considerando el papel de una serie de variables psicológicas, además de los Estados-R, entre las que se encuentran las Disposiciones-R (propensión a experimentar un determinado Estado-R fuera de la sesión de relajación). También contempla el papel de la Motivación-R (deseo de experimentar un Estado-R más a menudo e intensamente), de las Creencias-R (estructuras cognitivas que conducen a la relajación y la fomentan) y el cambio en la filosofía de vida. Todas estas variables van cambiando con la práctica, de acuerdo con la teoría de Smith.

En los estudios de neuroimagen efectuados a practicantes de meditación mindfulness [60] se detectan cambios en la activación de determinadas partes del cerebro

durante dichos estados, en concreto mayor activación de la parte anterior de la corteza cingulada y la corteza insular (parecerían apoyar el concepto de estado), aunque también se revelan cambios estables a nivel de estructuras cerebrales (incremento de materia gris en ínsula anterior derecha, hipocampo y giro temporal izquierdo) como consecuencia de la práctica continuada de la meditación mindfulness [61, 62], lo cual parecerían apoyar el concepto de rasgo. Creswell et al. [63], en un estudio acerca de la habilidad/rasgo mindfulness, fuera del contexto de práctica de meditación, encontraron correlación entre mindfulness rasgo, medido con escala MAAS, y aumentos en la actividad de la corteza prefrontal medial, así como disminuciones simultaneas de actividad en la amígdala durante una tarea de identificación de emociones expresadas a través de estímulos faciales. Brurklund et al., más recientemente, han aportado más evidencias en este sentido [64].

Estas investigaciones apoyan que la práctica de la meditación mindfulness produce cambios en el funcionamiento cerebral ligados a los intervalos de práctica y que dicha práctica continuada conlleva cambios duraderos en las estructuras cerebrales. Al mismo tiempo que se está avanzando en la comprensión de la neuroplasticidad y la neurogénesis cerebral, es posible entender mejor cómo el entrenamiento de la mente puede cambiar el cerebro [27].

Chiesa [22] también defiende que mindfulness pueda tener este carácter dual estado-rasgo que se influyen mutuamente, por lo que las dos posiciones no serían excluyentes.

Una visión adicional, y de muy difícil operativización, nos la muestra Kabat-Zinn en el Prefacio del Manual Clínico de Mindfulness [65], cuando sugiere que el mindfulness podría ser, además de un estado o rasgo, “una manera de ser en relación con cualquier

estado o rasgo o, dicho de otro modo, una manera de ver/saber/ser que se encuentra en continua profundización y cambio” (pp. 43-44 de la edición en español).

#### **4.2. Mindfulness como constructo unidimensional, bidimensional y multidimensional. Su medición**

En este aspecto existen en la actualidad diferentes puntos de vista. En función de la consideración que tengan de mindfulness los diferentes autores, este es entendido como un constructo de carácter unidimensional, bidimensional o multidimensional.

Brown y Ryan [15] consideran que es un constructo unidimensional y así lo tratan en su Escala de Consciencia Plena (MAAS). La dimensión es consciencia plena, entendida como tendencia general a estar atento y a ser consciente de las experiencias del momento presente en la vida cotidiana.

Para Cardaciotto et al. [56] mindfulness es un constructo bidimensional. Las dimensiones propuestas son consciencia (awareness) y aceptación (acceptance), y así lo consideran en su Escala de Mindfulness de Filadelfia (PHLMS).

Baer et al. [53], a partir de 5 instrumentos de medida previos: the Mindful Attention Awareness Scale MAAS [15], the Freiburg Mindfulness Inventory FMI [57], the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills KIMS [66], the Cognitive and Affective Mindfulness Scale CAMS [67] and the Mindfulness Questionnaire MQ [68], han desarrollado un modelo de 5 factores, medido a través del Cuestionario de Mindfulness de 5 Factores (FFMQ). Para estos autores, mindfulness comprendería las dimensiones de observar, describir, actuar con consciencia, no juzgar y no actuar de manera reactiva (en el apartado 24.2.4, como instrumento de evaluación utilizado, se describe más ampliamente).

Chiesa [22] considera que mindfulness podría ser un constructo multifactorial: propone 4 factores: observar, actuar con consciencia, no juicio y aceptación; aunque afirma que se requieren más estudios para distinguir entre efectos específicos y no específicos de las Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI) e investigar los efectos a largo plazo de la práctica del mindfulness.

Existirían otros constructos estrechamente relacionados con mindfulness, como pueden ser la Aceptación [69], referida a la voluntad de experimentar una amplia gama de sensaciones internas (corporales, pensamientos y emociones) sin intentar evitarlas, escapar de ellas o finalizarlas, aunque puedan ser desagradables o no deseadas. Desde el marco de la Terapia de Aceptación y Acción (ACT) se ha desarrollado el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ).

El descentramiento o distanciamiento (decentering), es otro de estos constructos relacionados con mindfulness. Se entiende por descentramiento la habilidad de observar los propios pensamientos y sentimientos como aspectos mentales temporales que no son necesariamente ciertos [70] y puede ser medido con el Cuestionario de Experiencias (EQ).

Actualmente, algunos de estos cuestionarios, como el MAAS, el PHMLS y el FFMQ, han sido adaptados al español y validados en este contexto [71–73]. Los estudios, incluso en nuestro contexto [74], parecen apoyar que los enfoques no unidimensionales recogen mejor la complejidad e integridad del constructo.

#### **4.3. El constructo mindfulness como proceso y como resultado**

Existen investigadores que defienden mindfulness como proceso, otros como resultado, y también existe una tercera postura de los que consideran que mindfulness abarca ambos aspectos.

Para Bishop et al. [16] ciertos componentes de mindfulness son el resultado de la práctica de la meditación mindfulness.

Entre los autores que cuestionarían la meditación como enfocada a resultados, podemos citar a Epstein [75] cuando afirma que la meditación ni es terapéutica ni es no terapéutica, sino que se mueve en otros registros.

Segal, Williams y Teasdale [7] afirman que la meditación no cambia el contenido de nuestra mente, no funciona sobre los contenidos, sino que lo importante es el proceso, la manera descentrada y desidentificada con la que se observa. Estos procesos no son los medios para llegar a un fin (como por ejemplo, cambiar los contenidos del pensamiento) sino que, en la MBCT, son un fin en sí mismo.

De acuerdo a la concepción de mindfulness como proceso, no tiene nada que ver con tratar de llegar a un determinado lugar, sino con permitirnos estar precisamente donde estemos, tal y como estemos, y que, en ese mismo instante, el mundo sea también exactamente tal cual es. Cada momento cognitivo va seguido de otro momento cognitivo, dando lugar al sentido subjetivo de un flujo de consciencia. Simplemente hemos aprendido a conectar las instantáneas en una narración coherente, esta forma de entender mindfulness se aproxima al Modelo de los Borradores Múltiples de Dennet [76] acerca de la consciencia que se comentará en el apartado 15.2.

En este trabajo se entiende mindfulness básicamente como un proceso que va cambiando u homogeneizando a la persona, a través del cual es posible obtener resultados de mejora de ciertas variables. Esta concepción como proceso y resultado del mindfulness es defendida por diferentes autores, entre ellos Daniel Siegel [25, 26].

## 5. **IMPORTANCIA DE LA PRÁCTICA**

### 5.1. **Práctica de la meditación mindfulness y variación en el constructo**

#### **mindfulness**

Podría suponerse que las prácticas de meditación mindfulness mejorarán mindfulness como constructo. En la literatura podemos ver que no siempre ocurre así, Shapiro et al. [77] comentan que, hasta la publicación de su trabajo (en el que investigan los efectos que tiene la aplicación de un programa MBSR sobre la salud mental de un grupo de terapeutas en formación,), solo un estudio, el de Cohen-Katz et al. [78], referido a la aplicación de un programa MBSR a una muestra de enfermeras para ayudarlas a combatir el estrés y el burnout, había encontrado que participar en un programa MBSR incrementa mindfulness.

Con posterioridad a este estudio, Carmody y Baer [79] en un estudio realizado sin grupo de control, encontraron incrementos en las puntuaciones de mindfulness (medida a través del cuestionario de 5 factores FFMQ) después de la aplicación del programa MBSR, estos incrementos estaban relacionados con la cantidad de tiempo dedicado a la práctica en casa de los participantes; así mismo, esta mejora en las medidas de mindfulness correlacionaba con otras mejoras en diferentes sintomatologías que mostraban los participantes. En este estudio también se investigó el efecto de los diferentes tipos de práctica incluidos en el programa MBSR en cada uno de los factores de mindfulness medidos. De los trabajos de Carmody y Baer [79], de Carmody et al. [80] y de Sauer-Zavala et al. [81] se desprende que los cinco factores de mindfulness medidos a través del FFMQ pueden desarrollarse de manera diferente según diferentes prácticas, los factores Describir y no Juzgar parece que podrían mejorar solamente con psicoeducación y los factores Observar y No reactividad requieren para cambiar de la intervención de prácticas meditativas, este último factor de No reactividad sería



susceptible de mayor mejora cuanto mayor sea la práctica y experiencia meditativa. Así mismo las diferentes prácticas que se incluyen en dichos programas tendrían diferentes efectos, la Exploración Corporal (Body Scan) se asocia con mejoras en los factores Observar y No reactividad, los ejercicios de yoga con incrementos en los factores Observar, No juzgar, No reactividad y Actuar con conciencia, y la meditación formal sentado se la relaciona con mejoras en los factores No reactividad y Actuar con conciencia. Ninguna práctica de estos programas parecía tener efecto en el factor Describir.

Chambers et al. [82] en un estudio con grupo de control, encontraron incrementos de puntuación en la escala unifactorial MAAS después de un entrenamiento intensivo en mindfulness, pero este estudio utilizó un entrenamiento diferente, 10 días intensivos en meditación “vipassana”, término que los autores utilizan como intercambiable con el término mindfulness”.

Desde otro punto de vista, Shapiro et al. [83] han estudiado la importancia que tienen las puntuaciones previas en el constructo mindfulness en la eficacia de un programa de MBSR. Los participantes con mayores puntuaciones previas en mindfulness obtenían un mayor incremento en mindfulness, bienestar subjetivo y empatía, así como mayores disminuciones de estrés percibido, que se mantenían hasta un año después de finalizar el programa.

Otra de las cuestiones sería poder determinar hasta qué punto es importante la duración de esta práctica en cuanto al periodo de tiempo necesario de realización para poder notar cambios y la duración de la práctica diaria realizada. En MBCT se recomiendan 45 minutos de práctica diaria en casa, en ACT se sugiere una práctica diaria de entre 15 y 30 minutos, en DBT se recomienda la práctica regular, pero la recomendación se particulariza para cada cliente por parte de su terapeuta. En cuanto al

periodo de tiempo necesario para notar cambios, se conoce que el programa MBCT tiene una duración de 8 semanas y que este periodo de tiempo es usado a menudo para intentar detectar cambios en medidas pre y post programa. Shapiro et al. [84] utilizaron en su estudio un punto de corte para estudiar la eficacia de un programa de MBSR, descartando a los participantes que no habían asistido, como mínimo, a 6 de las 8 sesiones de las que consta el programa.

Soler et al. [85] han estudiado, en nuestro contexto, los efectos de diferentes prácticas meditativas en las puntuaciones de los factores del cuestionario FFMQ. En este estudio los efectos de la práctica son importante en el factor Observar y No reaccionar, menos perceptibles en los factores Describir y Actuar con consciencia y un poco más evidentes en el factor No juzgar. Estos efectos guardan relación con el tiempo de práctica y el número de prácticas al día (no con la duración de las mismas ni con el tipo de meditación).

Williams et al. [86] han estudiado la eficacia de la MBCT sobre prevención de recaídas en pacientes diagnosticados de depresión mayor y han efectuado un desmantelamiento “dismantling” de los diferentes elementos que componen dicha terapia, estudiando su efectividad diferencial. Sus resultados apoyan la eficacia de los factores psicoeducativos que incluye la MBCT, sin incluir prácticas de meditación, al mismo nivel que la MBCT completa. Cabe resaltar que cuando los pacientes presentan historias de trauma infantil, entonces resulta más eficaz la MBCT completa que la terapia que sólo incluye componentes psicoeducativos separados de la meditación. Para completar estos resultados, es importante resaltar el trabajo de Crane et al. [87] en el que se destaca la importancia de la práctica en casa, en este estudio de MBCT en pacientes con depresión, los practicantes en casa 3 veces por semana o más presentan una tasa de recaída de la mitad, comparados con los pacientes que efectuaban una práctica semanal menos constante.

Pueden apreciarse las discrepancias que existen tanto en lo que se considera una práctica de mindfulness como en la forma de medir los efectos que esta práctica pueda suponer. También resulta evidente la importancia de considerar si la práctica se da en un contexto más o menos clínico y la severidad de las sintomatologías que se intentan abordar. En la parte empírica de esta tesis se intentará aportar alguna luz en estos aspectos a través algunas de las hipótesis que se formulan.

### **5.2. ¿Practicar meditación es la única manera de desarrollar mindfulness?**

Si se supone que la práctica de la meditación mindfulness produce modificaciones en el constructo mindfulness, esto no implica automáticamente que mindfulness deba desarrollarse o reforzarse necesariamente y tan solo con meditación mindfulness o incluso con otras técnicas de meditación. Mindfulness podría desarrollarse mediante otras vías.

En este sentido, Brown y Ryan [88] afirman que la meditación es una vía efectiva para reforzar mindfulness, pero mindfulness no es solamente un producto de la meditación y puede ser reforzado por otras prácticas. Estos autores exponen que algunos teóricos, como Epstein [75], Martin [89] y Wilber [90], han sugerido que una variedad de formas de psicoterapia pueden facilitar la atención activa y la metaconsciencia, desde la psicoterapia psicodinámica, la psicoterapia gestalt y la terapia cognitivo-conductual [91]. May y O'Donovan [92] han encontrado evidencias, contrariamente a lo esperado, de que el nivel de mindfulness no es diferente entre practicantes de yoga y meditación, con respecto a no practicantes, esto parece resaltar la importancia de toda la práctica informal y de que cualquier actividad puede servir para practicar mindfulness (en el sentido de que no importa lo que haces, sino cómo lo haces), Germer et al. [93] afirman algo parecido cuando comentan “Cualquier ejercicio que nos lleva a poner la atención en el momento presente, con aceptación, cultiva mindfulness“.

No obstante lo anterior, Hawley et al. [94] presentan evidencia de la no utilidad de la práctica informal frente a la utilidad de la práctica formal en programas de MBCT y MBSR, aunque Crane et al. [87] comentan que es posible que tenga relación con la mayor dificultad para cuantificar la práctica informal en casa.

Mindfulness sería poner atención en el flujo de consciencia. En la meditación mindfulness la mente concentrada se dirige hacia un objetivo móvil: el flujo de consciencia; esto puede conseguirse de diferentes maneras, no solamente con una práctica meditativa formal.

## **6. MINDFULNESS Y OTRAS TÉCNICAS PSICOLÓGICAS**

### **6.1. Relajación y Mindfulness**

Entre meditación y relajación existe una zona de solape e indefinición. Esta zona de solape, este eslabón, puede apreciarse en autores tan importantes como Smith [59], pues en sus trabajos se refieren a ambos conceptos y cuando tratan de relajación están tratando muchos aspectos que podríamos considerar que entran plenamente en el concepto de meditación. Smith propone un catálogo de técnicas, en función de las habilidades de enfoque, pasividad y receptividad que requieren (para Smith, estar relajado es estar enfocado, pasivo y receptivo), en la base de la cual estaría la relajación muscular progresiva y en la cúspide lo que denomina meditación no concentrativa (Vipassana, Zen...). Smith considera que la relajación progresiva y los estiramientos de yoga pueden ser apropiadas para principiantes, pues, son relativamente concretas y requieren poco cambio de estructuras cognitivas básicas. Por su parte, la visualización y la meditación son más indicadas para aquéllos que ya poseen habilidades de relajación. Así, cuanto más se asciende en la jerarquía, las técnicas son menos estructuradas y directivas. El nivel más

alto requiere un estado de pasividad y receptividad completas, y sin atención hacia ningún objeto específico. Amutio [95] intenta explicar esta concepción muy abierta e inclusiva de la relajación: “La relajación implica, además de una ausencia de tensión o activación, el desarrollo de un conjunto de habilidades que pueden producir un cambio cognitivo y emocional profundo, actuando sobre nuestras creencias, valores y compromisos y encaminándonos hacia una nueva filosofía y forma de vida”.

Explicado lo anterior, la meditación guarda diferencias con la relajación. Davidson y Kabat-Zinn [49] en su respuesta a las críticas de Smith [47], afirman que la relajación puede estar presente en la meditación mindfulness, pero no es algo buscado ni necesario, afirman que puede ser un “subproducto” que tiene lugar en algunas personas y bajo determinadas circunstancias. También afirman que la meditación mindfulness no pretende un estado de bienestar y tranquilidad, es más, supone el estar presente y observar estados de la mente y del cuerpo que pueden ser muy dolorosos o disfóricos, pudiendo incluir miedo, soledad, ira, malestar corporal, impaciencia, aburrimiento y otros muchos. Implica mayor consciencia, conocimiento de sí mismo, ecuanimidad y autocompasión. Tampoco debe olvidarse que con la relajación también pueden producirse experiencias desagradables, como la ansiedad inducida por relajación [96], que sería una ansiedad provocada por la sensación de relajación en sí misma, posiblemente porque no resulta familiar o porque la asociamos con dificultades experimentadas en el pasado. Heide y Borkovec [96] destacan el miedo a las señales somáticas de la ansiedad y el miedo a perder el control como las ansiedades más fundamentales en los trastornos de ansiedad. En referencia a dicha ansiedad inducida por relajación, Kahan [97] afirma que introduciendo habilidades de mindfulness puede disminuirse dicha ansiedad (propone la práctica de la consciencia corporal, la consciencia en pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas y la práctica de la meditación de bondad amorosa -metta-).

Si se realiza un ejercicio de relajación como tal, y al final no se consigue estar relajados, puede considerarse que no se ha conseguido aquello que se pretendía, que no se ha obtenido éxito (aunque también se puede considerar un éxito el ser capaz de hacer los ejercicios, con independencia de los resultados). En la práctica de la meditación mindfulness lo importante es si se está dispuesto a mirar las cosas como son en cualquier instante, incluyendo la incomodidad, la tensión y nuestras ideas sobre el éxito y el fracaso; si se está, no existe el fracaso (desde el punto de vista de mindfulness como proceso, no desde el punto de vista de mindfulness como resultados)

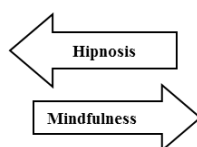
Kabat-Zinn [4] afirma que en la meditación mindfulness, “no deben considerarse los estados que no vayan acompañados de relajación o beatitud como pruebas de una práctica equivocada. Lo importante no es el contenido de la experiencia, sino la consciencia de este contenido y, aún más, la consciencia de los factores que promueven su desarrollo y el modo en que nos liberan o nos encadenan, momento a momento, año tras año”

Dürckheim [98] es uno de los autores que, desde la óptica del desarrollo espiritual, resalta las diferencias entre relajación y meditación. Comenta que “los ejercicios de relajación, cuando no van enfocados a un devenir o para vivir una vida de persona, terminan muy frecuentemente en la disolución. En un primer momento pueden ser descansados, pero no hacen avanzar en el camino de uno mismo. Por el contrario, pueden llegar a representar una tentación de huida de la realidad” (p. 140). Esta opinión es parecida a las críticas que recibe el mindfulness como algo que no requiere esfuerzo, relacionado con la moda de lo “light”, que se exponen en el apartado 16.

## 6.2. Hipnosis y Mindfulness

Harrer [54] describe varias dimensiones en las que se relacionan de forma complementaria y dialéctica hipnosis y mindfulness. Estas dimensiones se describen en la Figura 2.

Absorción	Apertura de consciencia
Disociación	Desidentificación
Sugestionabilidad	Estar despierto
Orientación a objetivos	Ecuanimidad y aceptación
Falta de consciencia	Observador interno
Regresión	Experiencia del momento presente
Intervención de arriba a abajo	Intervención de abajo a arriba
Modo hacer	Modo ser



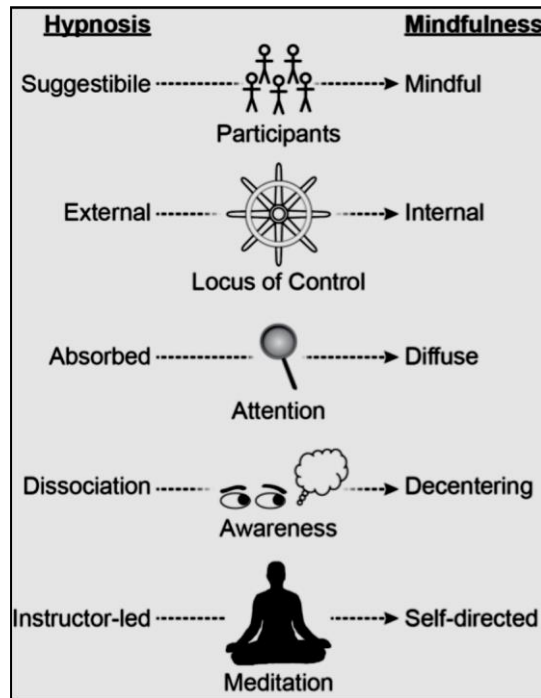
**Figura 2: Dimensiones de mindfulness e hipnosis**

*Fuente: Harrer (2009)*

Puede considerarse que estas polaridades ayudan a entender sus diferencias y a clarificar qué es mindfulness, aunque en ciertos programas de mindfulness se incluyan prácticas de visualización, meditaciones guiadas y otras que pueden tener elementos sugestivos y se situarían en posiciones intermedias en estas dimensiones. Puede entenderse que mindfulness, en su vertiente de aceptación, tiene un componente de “soltar”, “entregarse”, “dejarse llevar”, en este caso, no por el hipnotizador, sino por uno mismo, que podrían tener ciertos aspectos de autohipnosis. Harrer considera que los dos conceptos mantienen una relación dialéctica en ciertos aspectos y que el terapeuta debe ser consciente de los mismos.

Farb [99] presenta un enfoque diferente de este tipo de dimensiones, pues adquirirían un carácter evolutivo en función de la experiencia del practicante de mindfulness. En un principio adquieren más relevancia las meditaciones guiadas, la

sugestionabilidad..., para ir evolucionando hacia la internalización de las intenciones en los practicantes experimentados (ver Figura 3).



**Figura 3: Evolución según nivel de práctica mindfulness**

*Fuente: Farb (2012)*

Farb [99] también presenta una propuesta muy interesante, a modo de conjetura, sobre técnicas de sugestión que pueden resultar necesarias en el entrenamiento mindfulness (MT) para entrenar aspectos atencionales, frente a otras técnicas sugestivas que se utilizan en hipnosis pero no se utilizarían en el entrenamiento mindfulness (ver Figura 4)



Suggestion Technique	Description	Necessary for Attentional Aspects of MT?
<b>Defining the situation:</b>	- suggesting an intention to be mindful	Yes
	- providing a historical context for the practices	No
<b>Securing cooperation:</b>	- asking participants to assume a meditation posture	No
	- asking participants to close their eyes	No
<b>Suggesting an altered state:</b>	- present moment focus	Yes
	- nonjudgmental awareness	Yes
	- suggesting that participants relax, or 'let go' of their experience	No
<b>Maximizing suggestion phrasing:</b>	- speaking in an atypically slow and distinct voice, using long periods of silence between repeated suggestions	No
<b>Coupling suggestions with naturally occurring events:</b>	- initial suggestion to focus on body awareness	Yes
	- supplying examples of bodily sensation	No
<b>Preventing or re-interpreting failure of suggestions:</b>	- initially discussing mind-wandering and painful sensation and how to respond	Yes
	- suggesting that mind wandering may have occurred and inviting redirection of attention	Unknown
	- anticipating postural pain during meditation and providing options for how to respond	Unknown
<b>Stimulating long term / goal-directed imagination</b>	- formal meditation practice	Yes
	- homework to apply mindfulness into daily living	Yes
	- suggesting how reactivity might change using mindfulness	No
	- promise of long term benefits	No

Figura 4: Técnicas de sugestión y entrenamiento de atención en mindfulness MT

Fuente: Farb (2012)

Lynn et al. [100] proponen que la hipnosis y el mindfulness pueden ser usados como un tándem para crear conjuntos de respuestas adaptativas y desautomatizar conjuntos de respuestas desadaptativas.

Retomando la discusión anterior sobre estado/rasgo y mindfulness, en la hipnosis también puede hablarse de unas técnicas y prácticas de hipnosis que pretenden conseguir un estado de hipnosis, aquí podría hablarse propiamente de un estado y no de un rasgo

(aunque quizás podría definirse un rasgo como susceptibilidad para entrar en un estado hipnótico).

Son interesantes las observaciones que realiza Amutio [101] sobre la relación entre sugestionabilidad hipnótica, relajación y meditación. Este autor cita las investigaciones de Delmonte [102] en que relaciona la sugestionabilidad hipnótica con obtener mejores resultados para reducir el estrés mediante la meditación (parece que las personas con mayor hipnotizabilidad practican más frecuentemente y obtienen mayores beneficios de la meditación). En la misma línea, Pekala y Forbes [103] encontraron evidencia de que a menor sugestionabilidad hipnótica eran más efectivas las técnicas de relajación progresiva. Además, es posible que la relación existente entre la susceptibilidad hipnótica y la relajación pueda ser bidireccional. Así, según Delmonte [102] hay evidencias de que la práctica de la meditación puede incrementar, a su vez, la susceptibilidad hipnótica. Esto parece relacionarse con la adquisición de las habilidades cognitivas de enfoque, pasividad y receptividad.

Sobre la relación entre hipnotizabilidad y meditación, resultan sugerentes diferentes investigaciones que podrían relacionarlas con la disociación. Los trastornos disociativos plantean cuestiones fundamentales sobre la naturaleza del yo y de la identidad y el papel de la consciencia y la memoria autobiográfica en la continuidad de la personalidad. Atchison y McFarlane [104] describen la disociación como un “continuum” entre normalidad y patología, afirman que la disociación puede cumplir funciones adaptativas (funcionamiento de conductas en automático, apartar experiencias traumáticas de la consciencia...) o ser un fenómeno psicopatológico. Kihlstrom et al. [105] encontraron que las tendencias disociativas estaban correlacionadas con ciertos rasgos de personalidad, como hipnotizabilidad, absorción, propensión a la fantasía y apertura a las experiencias. Spiegel y Cardeña [106] afirman que la hipnosis puede ser

entendida como un modelo de disociación estructurada y controlada, en contraste con la disociación débilmente estructurada. Los pacientes con estrés postraumático presentan mayor hipnotizabilidad, lo mismo que los practicantes de meditación; parece, pues, que podría existir mayor susceptibilidad a presentar estados disociativos en practicantes de meditación. Puede darse el hecho de que, tal como dicho artículo defiende, que los practicantes de meditación difieran, ya antes de la práctica, en factores de personalidad. En este debate acerca de la disociación, puede resultar de interés la distinción que efectúa Farb [99] entre disociación y descentramiento “decentering” y que puede verse en la Figura 3, la disociación sería más propia de la hipnosis, mientras que el descentramiento lo sería del mindfulness.

Leigh et al. [107] encontraron que puntuaciones altas en mindfulness (medidas a través del FMI) se asocian con mayor consumo de alcohol y tabaco, lo explicaron debido a una posible mayor susceptibilidad a las sensaciones corporales en las personas que consumen estas sustancias.

Alarcón y Capafons [108] describen el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, recuperando un antiguo procedimiento hipnótico. Es un tipo especial de hipnosis que se caracteriza por una serie de características: se mantienen los ojos abiertos, se sugiere actividad y expansión, es posible hablar, caminar y realizar tareas cotidianas, no sugiere estados de trance e intenta funcionar como una estrategia general de afrontamiento. Capafons y Sosa [109] sugieren que este tipo de hipnosis, la Terapia ACT y Mindfulness suponen una vuelta a la fenomenología de Husserl, a volver a las cosas mismas, a dejar que las cosas ocurran, a no interferir como forma de control.

### **6.3. Biofeedback y Mindfulness**

Vila [110] define las técnicas de biofeedback como el “conjunto de procedimientos experimentales destinados a proporcionar a un organismo, a través de un

indicador sensorial exterior, información inmediata y precisa de una o varias de sus funciones biológicas, generalmente con el fin de producir modificaciones en dichas funciones” (p. 240).

Para Khazan [97] los objetivos del biofeedback son triples:

- Consciencia: mejorar la consciencia de los procesos fisiológicos, cognitivos y emocionales es un aspecto crucial para conseguir cambios.
- Cambio: la habilidad de autorregulación depende de la habilidad para crear cambios que sean útiles
- Generalización: mejoras de larga duración solo son posibles cuando las habilidades aprendidas en la consulta del terapeuta son generalizadas al entorno diario del paciente

Puede apreciarse que existen elementos concomitantes entre biofeedback y mindfulness. Aunque, en principio, parece que una técnica como el biofeedback, que requiere de sofisticados instrumentos tecnológicos, guardaría poca relación con mindfulness, en realidad comparten el objetivo de hacer conscientes aspectos que normalmente no lo son, los dos pretenden incrementar el nivel de consciencia. Quizás esta sea una de las posibles maneras mediante las que mindfulness logra sus resultados de mejora. Edwards [111] resalta algo poco conocido sobre los orígenes del biofeedback, pues, según este autor, tiene sus inicios en las investigaciones realizadas con yoguis y maestros Zen hace décadas, así pues, ahora al compaginar biofeedback, meditación y mindfulness, en realidad se estaría volviendo a unir conceptos con un origen común y devolviendo el biofeedback a sus fuentes.

Khazan [97] destaca el papel que puede jugar el mindfulness dentro de un tratamiento de biofeedback. La integración de mindfulness dentro de la práctica de biofeedback incluiría los siguientes elementos:

- ✓ Un cambio de intención: dejar de lado el esfuerzo por controlar la experiencia interna y la lucha con el momento presente.
- ✓ Un lenguaje consciente: para promover cambios conscientes sin desencadenar asociaciones semánticas y resistencias.
- ✓ Observar y etiquetar: para desapegarse de pensamientos negativos, crear espacio, y liberar recursos para la elección de respuestas en vez de responder de forma automática.
- ✓ Cultivar el no juicio y la autocompasión.
- ✓ Enseñar la práctica del mindfulness y la autocompasión, previamente y simultáneamente con las habilidades de biofeedback.

Khazan [97] también destaca la utilidad del mindfulness para afrontar una serie de dificultades que pueden presentarse en un tratamiento de biofeedback: ya se ha comentado en el apartado 6.1 sobre relajación su utilidad para afrontar la ansiedad inducida por relajación, mindfulness también sería útil para combatir el sentimiento de estar atascado, la presión por hacer las cosas a la perfección, la sensación de fracaso, las distracciones, el pensamiento acelerado y las reacciones emocionales a las sensaciones fisiológicas.

Puede verse como existen líneas de investigación y tratamientos que compaginan biofeedback con mindfulness.

## **7. MINDFULNESS, ESTRÉS Y EMOCIONES**

Merece resaltar la relación que existe entre meditación y estrés. Ya se ha comentado que el programa MBSR de Kabat-Zinn se autodenomina de reducción de estrés, en los manuales de tratamiento del estrés es habitual que se incluya una sección sobre meditación, por ejemplo en el acreditado *Principles and Practice of Stress*

*Management*, en su tercera y, hasta la fecha, última edición [112], se realiza un compendio de los principales métodos de manejo del estrés, incluyendo secciones para la relajación muscular, los métodos que utilizan hipnosis, el biofeedback, el reentrenamiento respiratorio, métodos cognitivos, otros métodos (entre los que incluye la musicoterapia y el EMDR) y una de estas secciones es la que titula Métodos basados en la Meditación Oriental y Disciplinas Terapéuticas. Dentro de esta sección se encuentran capítulos específicos para las Formas Modernas de Meditación en un Mantra, Meditación Mindfulness, Terapia Qigong para Manejo del Estrés y Yoga como Intervención Terapéutica. Su capítulo 15, de Kristeller [38], es el correspondiente a la Meditación Mindfulness.

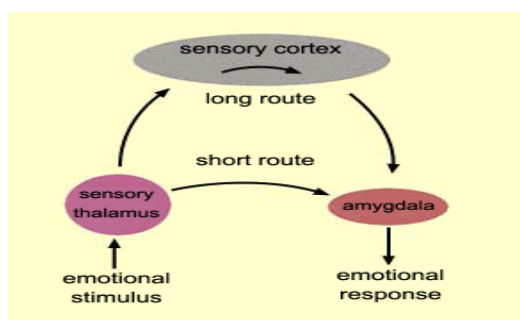
Lazarus y Folkman [113] desarrollaron su modelo interactivo o cognitivo-transaccional del estrés. Para estos autores, que una persona se encuentre bajo estrés depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él. Definieron dos grandes formas de afrontamiento del estrés: el centrado en el problema (se intenta cambiar la situación estresante) y el centrado en la emoción (se intenta reducir el malestar emocional asociado a una situación estresante, en lugar de intentar cambiar activamente dicha situación desencadenante).

Smith [114] amplía la clasificación general de estrategias de afrontamiento a 4: intentar cambiar la situación de forma activa, cambiar la forma en la que evaluamos la situación, descargar las emociones/relajarse y distanciarse/negar el problema (en esta clasificación las categorías parece que no son excluyentes y Smith ya reconoce que interactúan entre ellas).

Öhman [115] ha desarrollado un modelo que diferencia entre mecanismos automáticos (ligados a procesos de orientación y defensa) y controlados (serían responsables de los procesos de valoración y selección de respuestas) vinculados a la

emoción). Postula que las emociones se pueden provocar de modo automático y sin mediación consciente y que la consciencia emocional se produce en una etapa posterior. El modelo de Öhman concede importancia a mecanismos preconscientes y automáticos sobre los cuales parece que no influirían de manera destacada las estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman [113].

LeDoux [116] describe como los estímulos que desencadenan nuestras emociones discurren por dos vías nerviosas, una corta y rápida (que conecta el tálamo con la amígdala) y otra más larga y lenta (en la que interviene además la corteza cerebral), como puede verse en la Figura 5.



**Figura 5: Vías neuroanatómicas de las emociones**

*Fuente: LeDoux (1999)*

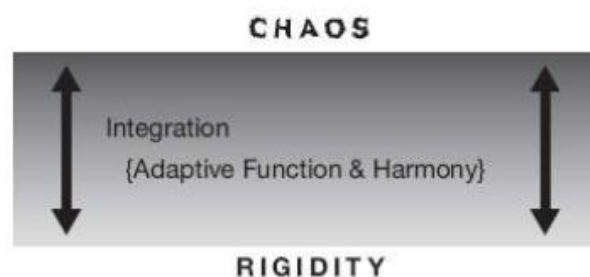
Ekman [117] defiende dos tipos de evaluación de las emociones, una automática y rápida y otra reflexiva, más lenta y con intervención de las vías corticales. Afirma que con la experiencia, cada vez intervienen más las vías automáticas e irreflexivas.

Kemeny et al. [118] en un estudio en el que también colabora Ekman, han elaborado un programa en el que combinan entrenamiento en meditación mindfulness y en regulación de las emociones, propias y ajenas. Este programa pretende integrar los conocimientos de expertos en meditación y de expertos en el estudio de las emociones y ha sido aplicado a profesoras con resultados positivos en diferentes variables.

En referencia a estos modelos de LeDoux y Ekman, Simón [119] afirma que “la práctica continuada de mindfulness hace que el intervalo entre el desencadenante de la

emoción (el disparador) y la aparición de la respuesta emocional, se vaya haciendo cada vez más largo. Es decir, se fomenta la evaluación reflexiva, más lenta, dándonos tiempo para recapacitar y pensar cuál es la respuesta apropiada para la situación en la que nos encontramos. Cuanto más practiquemos la meditación, más fácil nos será evaluar los estímulos de manera reflexiva, en lugar de hacerlo de manera automática y condicionada” (p. 109).

Para D. Siegel [120] existiría una “ventana de tolerancia” o ancho de banda de excitación o inhibición dentro de cuyos márgenes una persona puede funcionar de manera adaptativa. Una emoción demasiado intensa puede situar a la persona fuera de esta ventana. Mindfulness, mediante su influencia en las áreas prefrontales y su conexión con las estructuras límbicas subcorticales, ayudaría a mantenerse dentro de los límites de esta ventana de tolerancia (ver Figura 6)

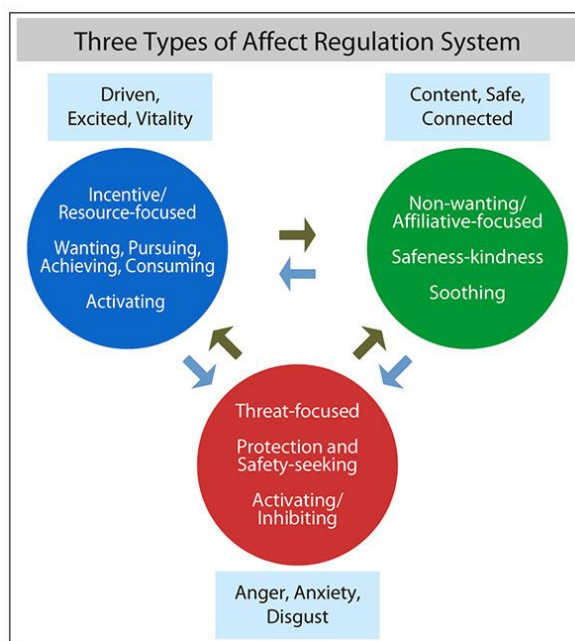


**Figura 6: Ventana de Tolerancia**  
Fuente: D. Siegel (1999)

Mindfulness parecería que actúa en el campo de las emociones y en las estrategias de afrontamiento, más que en cambiar la situación estresante, en la línea de fomentar la aceptación, la realidad de las cosas, etc.; no obstante, desarrollaría un conjunto de habilidades que harían posible una respuesta no reactiva que también harían posibles estrategias de cambio de la situación, pues afrontar acontecimientos incontrolables, sujetos a procesamiento automático, requiere de la experimentación y exposición natural con la menor interferencia posible para que pueda actuar nuestro organismo en toda su integridad, tanto desde el punto de vista inconsciente como consciente.



Gilbert [121] defiende que el cerebro humano contiene, como mínimo, tres tipos principales de sistemas de regulación de emociones, cada uno de ellos está diseñado para hacer cosas diferentes, aunque funcionando de manera interactiva (ver Figura 7).



**Figura 7: Interacción entre los 3 principales sistemas de regulación emocional**

*Fuente: Gilbert (2009)*

El sistema de amenaza y protección tiene la función de detectar y seleccionar rápidamente amenazas para elegir una respuesta (luchar, huir, quedarse paralizado) y proporcionar ráfagas de emociones tales como ansiedad, ira o asco (de color rojo en la figura 7). Evolucionó como un sistema de protección y opera básicamente mediante la amígdala cerebral y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal. Tiene que ver con la adrenalina y la serotonina.

El sistema de activación de búsqueda de incentivos y recursos tiene la función de brindarnos sentimientos positivos que nos guíen, animen y motiven en la búsqueda de los recursos que vamos a necesitar para sobrevivir y prosperar (de color azul en la figura 7). Motiva a obtener cosas agradables (alimento, sexo, comodidades, amistades, estatus, reconocimiento...) y guarda relación con la dopamina.

El sistema de confortamiento, satisfacción y seguridad tiene la función de aportar calma, tranquilidad y paz, lo que contribuye a restablecer el equilibrio (de color verde en la figura 7). Está relacionado con el afecto y con la bondad y contribuye a sentirse querido, deseado y seguro con los demás. Tiene que ver con la oxitocina y las endorfinas. Este tercer sistema es muy importante para conseguir un equilibrio homeostático con los otros dos.

Las sociedades modernas son, de distintos modos, sobre-estimuladoras tanto del sistema de amenaza (empleo precario, situaciones de embargo, pobreza...), como del de activación (quiero más, necesito hacer más...), creando de esta manera un conflicto entre nuestra necesidad de conexión social y nuestro empeño en la comparación social. Nuestra sociedad tiende a sobreponderar metas extrínsecas (individualismo, materialismo...) junto con la autoevaluación competitiva y centrada en el estatus, y el abandono de metas intrínsecas tales como la cooperación, la comunidad y el compartir [122].

Tang et al. [62] resaltan los efectos nocivos que puede tener el estrés sostenido en determinadas estructuras cerebrales, entre las cuales se encuentran menor arborización dendrítica en la corteza prefrontal así como menor conectividad de la misma, incremento de volumen de la amígdala, reducción del volumen del hipocampo y otros. Estos autores aportan evidencia de que la práctica de mindfulness se correlaciona con reducción en la cantidad de materia gris de la amígdala y aumento de esta materia en el hipocampo, destacando su papel preventivo ante los efectos negativos del estrés mediante una mejora de la autorregulación y la neuroplasticidad. Tang et al. también destacan como la práctica de mindfulness puede modular directamente el procesamiento del estrés gracias a una vía “bottom-up” (de abajo a arriba) a través de la cual influye en los ejes simpático-adrenal-medular e hipotalámico-pituitario-adrenal al incrementar la influencia del sistema

nervioso parasimpático. Mindfulness también disminuye la secreción de cortisol inducida por estrés y podría tener efectos sobre la actividad del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), de posibles efectos neuroprotectores.

## 8. MINDFULNESS Y OTROS CONSTRUCTOS PSICOLÓGICOS

### 8.1. Apego, mentalización y mindfulness

Existen estudios sobre las relaciones entre mindfulness, apego y mentalización que pueden ayudar a intentar entender cómo la práctica del mindfulness puede resultar de utilidad.

La teoría del **apego “attachment”**, fue desarrollada por Bowlby [123], para quien las relaciones mantenidas durante los primeros años, especialmente con el cuidador principal, condicionan la experiencia de las relaciones posteriores, marcando las bases para un estilo relacional y de regulación emocional determinado. Ainsworth et al. [124] mediante la observación de niños usando el procedimiento de la Situación Extraña (Strange Situation) encontraron evidencias para las teorías de Bowlby y definieron tres patrones de apego en niños: ansioso-evitativo, seguro y ansioso-ambivalente, posteriormente fue añadido un cuarto grupo de apego desorganizado/desorientado; también estudiaron las conductas, especialmente de las madres, que favorecían el desarrollo de estos tipos de apego. Bowlby desarrolló la teoría de los Modelos Internos de Trabajo de uno mismo y de los otros (Internal Working Models of self/other) que actuarían como filtros de entrada de información y como lentes para ver el mundo, serían la representación mental infantil de la relación afectiva.

Esta representación mental contiene, por una parte, la percepción del niño de cuál es el sentimiento que promueve en sus figuras de apego y, por otra, las respuestas que generan sus demandas, acciones y sentimientos en dichas figuras. Con respecto a esta

últimas, los Modelos Internos de Trabajo, integran nociones acerca de quiénes son las figuras de apego; dónde debe y puede encontrarlas; en qué situaciones y hasta qué punto resultan accesibles y cómo debe esperar que respondan ante demandas de diverso tipo [125]. Main [126] se refiere a estos Modelos Internos de Trabajo como un conjunto de reglas conscientes e inconscientes que afectan a nuestras emociones, cogniciones y conductas, concediendo importancia creciente a las representaciones mentales, especialmente el control metacognitivo de los padres.

Mikulincer et al. [127], Mikulincer y Shaver [128] y Shaver y Mikulincer [129] señalan que las estrategias de regulación afectiva relacionadas con el apego tienen una meta reguladora específica, y los procesos cognoscitivos y afectivos tienen la función de facilitar el logro de esa meta. Indican que los individuos utilizan fundamentalmente tres tipos de estrategias: estrategias primarias basadas en la seguridad y estrategias secundarias de hiperactivación o de desactivación, que aparecen cuando las primarias no son efectivas. La meta de las estrategias primarias es aliviar el dolor o malestar; mientras que la meta de las estrategias secundarias es manejar la activación del sistema de apego y reducir o eliminar el dolor causado por los esfuerzos frustrados de la búsqueda de proximidad.

Para Bowlby [130] las relaciones terapéuticas exitosas no sólo activan el sistema de apego del paciente, sino que el terapeuta, actuando como base segura, permite la exploración y recuperación de los pensamientos y sentimientos perdidos del paciente relacionados con el apego, como pueden ser los recuerdos dolorosos de la niñez y los pensamientos y sentimientos que provocaron. Bowlby señaló la importancia de la relación entre el paciente y el terapeuta como un medio para el cambio.

En relación con las relaciones de apego tempranas, otros autores, como Fonagy y Target [131] y Fonagy et al. [132], han introducido conceptos como función reflexiva y

**mentalización**, referida básicamente a una actividad mental, predominantemente preconsciente, muchas veces intuitiva y emocional, que permite la comprensión del comportamiento propio y ajeno en términos de estados y procesos mentales. En un sentido más amplio, alude a una capacidad esencial para la organización del sentido de sí mismo, la regulación emocional y el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, que se desarrolla en el interior de las relaciones de apego tempranas, cuyo complejo desarrollo ha sido caracterizado en sus líneas esenciales y que, para estos autores, guarda relación con la teoría del apego y con las neurociencias.

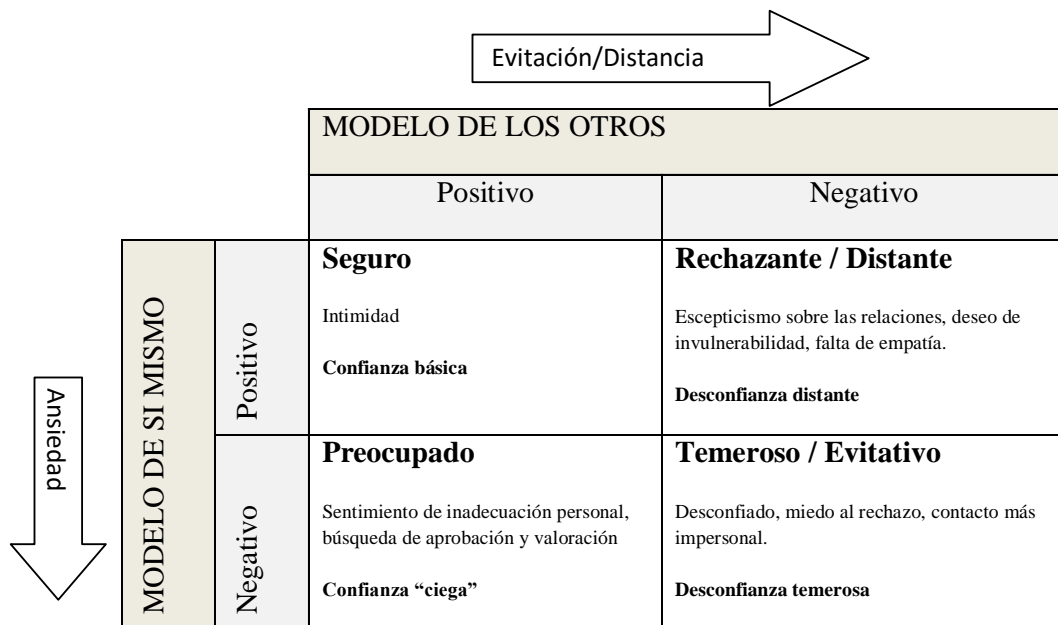
La delimitación de la mentalización no es sencilla, ya que la misma ha de entenderse como un constructo multidimensional que implica una serie de habilidades cognitivas, un conjunto de conocimientos, un sistema representacional para los estados mentales y cuatro polaridades (procesos automáticos y controlados; cognitivos y afectivos; basados en lo interno o en lo externo; focalizados en sí mismo o en los demás). A su vez, la articulación de este conjunto de variables da lugar a las distintas funciones de la mentalización [133].

Para algunos autores [25, 93], la mentalización sería una de las habilidades que estarían dentro del mindfulness, aunque esta opinión no es compartida por otros; Karlsson y Kermott [134] encuentran diferencias puesto que mindfulness se refiere a consciencia de los procesos mentales propios, sin incluir los de otros, trabaja sobre el “momento presente”, sin tratar pasado y futuro, y puede entrenarse mediante una práctica individual, sin interacción interpersonal.

El desarrollo, entendido como cambio psicosocial, se extiende más allá de la infancia, la adolescencia y llega a la vida adulta, por lo que se extendió el estudio del apego a la edad adulta [125]. El **apego en adultos** es entendido como el resultado dinámico de las relaciones de apego a lo largo del ciclo vital, incluyendo las relaciones

con los padres en la infancia, con los iguales en la adolescencia, las relaciones de pareja en la vida adulta, e inclusive las relaciones con los propios hijos en la madurez. No se dispone de procedimientos para la observación directa de las conductas, como la técnica de la “Strange Situation” en niños, para estudiarlo se utiliza entrevistas o autoinformes. La entrevista *Adult Attachment Interview* (AAI) requiere un largo entrenamiento y demanda elevados recursos a nivel de tiempo para poder realizarla, por lo que se han desarrollado cuestionarios de autoinforme.

Bartholomew y Horowitz [135] han desarrollado un instrumento, el Cuestionario de Relación (RQ) que se utiliza en el presente trabajo. Proponen un modelo de 2 dimensiones que definen 4 tipos de apego en adultos: seguro (cómodo con la intimidad y la autonomía), preocupado, rechazante y temeroso. Puede verse en la Figura 8.



**Figura 8: Modelo de apego en adultos**

Fuente: Bartholomew y Horowitz (1991)

En relación con estos modelos de apego adulto y afectividad, varios autores [25, 136] resaltan que mindfulness favorece un mayor equilibrio cognitivo y afectivo:

- ✓ A nivel cognitivo incide sobre los posibles desequilibrios:

- déficit (distracción)
  - exceso/hiperactividad (confusión entre realidad percibida y fantasía)
  - disfunción (aprehensión defectuosa de los eventos).
- ✓ A nivel afectivo incide sobre los posibles desequilibrios:
- déficit (indiferencia o falta de viveza emocional)
  - hiperactividad (excesiva reactividad emocional)
  - disfunción (respuesta emocional inapropiada a los sucesos).

Se ha efectuado una revisión de la literatura sobre la relación entre apego, mentalización y mindfulness y a continuación se describen brevemente los trabajos que pueden ser más relevantes:

Ma [137] ha estudiado la posible relación del mindfulness como variable mediadora entre el apego seguro y el funcionamiento adaptativo (entendido como aspectos de salud mental en las áreas de síntomas de distrés, problemas interpersonales y ajuste al rol social), este autor encontró, entre otras, correlación entre apego seguro y mindfulness, antes y después de recibir terapia en un grupo clínico de estudiantes, defendiendo el papel mediador del mindfulness entre apego seguro y funcionamiento adaptativo.

Para Germer et al [93] mindfulness es consciencia de la experiencia del momento presente con aceptación. Llevando la atención a las experiencias momento a momento, se expanden los niveles de consciencia y se desarrollan relaciones saludables con los patrones disfuncionales de pensamiento y sentimiento. Lopez y Brennan [138] afirman que estas dos funciones son muy importantes en el apego seguro (ayudar a desarrollar más flexibilidad de los procesos cognitivos y desarrollar la capacidad de regulación emocional), con lo que puede verse la relación entre mindfulness y apego seguro. Estos

autores han presentado evidencia empírica que las personas con apego seguro, frente a las que presentan apego inseguro (serían el conjunto de los otros 3 tipos de apego adulto) tienden a funcionar mejor en términos de procesos cognitivos, regulación afectiva y relación interpersonal. Asimismo, las personas con apego seguro se benefician más su participación en una psicoterapia [139] (lo que demuestra que poseer un apego seguro no garantiza el no tener problemas como para no necesitar una psicoterapia).

Shaver et al. [140] han estudiado las relaciones existentes entre apego seguro y mindfulness. Tratan de integrar mindfulness en una matriz social, al resaltar como la seguridad obtenida en la interacción con las figuras de apego permite incrementar la capacidad de las personas para el mindfulness, a la vez que destacan que la práctica de la meditación mindfulness puede contribuir a incrementar el apego seguro en la edad adulta. Es relevante la relación que encuentran entre las dos dimensiones principales del estilo de apego (ansiedad y evitación), que ya se han descrito en el modelo de Bartholomew y Horowitz [135] expuesto en la Figura 8, en su caso medidas con la escala de apego de Brennan et al. [141] y las 5 dimensiones de mindfulness que mide el cuestionario FFMQ.

Wang y Lopez [142] han estudiado los procesos mediacionales que pueden facilitar la interiorización, identificación e integración de las experiencias tempranas con figuras de apego y el mindfulness. Defienden que dicho papel mediador puede deberse al constructo de flexibilidad cognitiva que denominan pensamiento dialéctico. Dicho pensamiento dialéctico se basa en los siguientes principios:

- ✓ Contradicción: dos proposiciones opuestas pueden ser ambas verdaderas.
- ✓ Cambio: el universo fluye y está en cambio constante.
- ✓ Holismo: todas las cosas están interrelacionadas.

David Martin [143] ha estudiado el papel que desempeñan mindfulness y apego seguro como agentes de cambio en la psicoterapia. Ha encontrado relación entre



incremento de apego seguro y de mindfulness en los pacientes, junto con un decremento de síntomas de depresión y ansiedad. Su estudio resalta la importancia de reducir el factor evitación del apego para el tratamiento de la depresión y de incrementar mindfulness para el tratamiento de la ansiedad.

Beitman y Soth [144] realizan una analogía entre la alianza y el vínculo terapéuticos en la psicoterapia, que provee de la seguridad necesaria para realizar una autoobservación sincera y el apego seguro del niño con su madre. Esta idea está presente en muchas escuelas de psicoterapia, piénsese en el sostén “holding” de Winnicott [145], la contención “containment” de Bion [146]... Hoffman et al. [147] utilizan una técnica grupal de intervención con niños y sus cuidadores basada en la teoría del apego que denominan Círculos de Seguridad, en esta intervención se intenta establecer al terapeuta y al grupo como una base segura a partir de la cual explorar sus relaciones, incrementar la sensibilidad del cuidador y la adecuación de sus respuestas, incrementar la capacidad del cuidador para reconocer y comprender las señales que el niño utiliza, incrementar la empatía del cuidador y su reflexión acerca de cómo su historia evolutiva afecta a su conducta; con estas intervenciones logran cambiar patrones de apego disfuncionales (desorganizado e inseguro) en los niños, incrementando su actividad exploratoria en este entorno de seguridad. En mindfulness, en la relación con uno mismo, también es posible volver a una base segura, a un refugio seguro, cuando las circunstancias se vuelven difíciles, esta base segura puede ser la respiración, prestar atención a la respiración, o cualquier otro procedimiento que se trabaje.

Wallin [148] ha desarrollado un modelo terapéutico en el que integra la teoría del apego con las neurociencias, las teorías del trauma, la psicoterapia relacional y la psicología del mindfulness.

Siegel [149] destaca que el apego seguro y mindfulness correlacionan en el

aspecto de facilitar la integración neural. Propone que el apego seguro o “sintonía interpersonal” parece promover mindfulness o “sintonía intrapersonal”. Ya que la mente es de naturaleza relacional, Siegel piensa que la sintonía interpersonal en una relación de apego seguro puede ayudar a las personas a sintonizar mejor con su propio interior, lo cual puede, a su vez, reforzar las capacidades para sintonizar con otros en las relaciones interpersonales. Defiende que el concepto de función reflexiva, identificado por Fonagy y Target [131], puede ser comparado a los factores de observar y describir que encontraron Baer et al. [53] y que mide su cuestionario de 5 factores de mindfulness FFMQ. Ser consciente de los procesos de consciencia puede ser uno de los elementos más importantes que ayudan a ganar seguridad (mejorar en apego seguro) a las personas y permiten separarse de patrones negativos que aprendieron de los problemas del pasado, e interactuar con mayor flexibilidad en sus relaciones interpersonales con personas relevantes y significativas para ellos.

Parecería que la práctica de mindfulness desarrollaría una especie de “apego seguro hacia uno mismo”, una especie de “amor sin temor” hacia la propia existencia que favorece las relaciones sanas entre las personas. Podría ser algo similar a la autocompasión, sería una especie de autoapego (apego hacia uno mismo) que paradójicamente se basa en el “desapego”. Sahdra et al. [150] aclaran esta distinción entre desapego “nonattachment”, referida a la idea de la naturaleza construida y no permanente de las representaciones mentales, y apego (seguro o inseguro) según la teoría del apego “attachment” que se basa en modelos internos de trabajo relacionados con la seguridad o la inseguridad, como ya se ha venido comentando.

A pesar de que resulta difícil modificar una organización de apego, especialmente con terapias de corta duración, focalizarse en estos mediadores más modificables podría resultar una alternativa viable para obtener mejores resultados terapéuticos y mindfulness

podría ser uno de estos mediadores [137].

Adshead [151] revisa el paradigma teórico de la teoría del apego y defiende que facilita el entendimiento de cómo se desarrolla la conducta de cuidado de otros a lo largo del ciclo vital. Defiende que este paradigma es de utilidad para el entrenamiento de médicos y estudiantes de medicina, puede explicar por qué algunos médicos y estudiantes de medicina experimentan altos niveles de estrés y, además, permite desarrollar intervenciones para ayudar a combatir estos elevados niveles de estrés. El autor defiende que el estilo de apego inseguro constituye un factor de riesgo profesional y está detrás de estos déficits en control de estrés y de conductas de cuidado de otros en médicos y estudiantes de medicina.

Ciechanowski et al. [152] han estudiado la relación entre apego y la especialidad médica que eligen los estudiantes de medicina. Encuentran relación entre Apego Seguro, Modelo de Otros positivo (según modelo de Bartholomew y Horowitz que se muestra en la Figura 8) y la elección de especialidades de atención primaria, mientras que el Apego Inseguro o un Modelo de Otros negativo guarda relación con especialidades de atención hospitalaria o especializada.

## **8.2. Empatía, Compasión, Autocompasión, Autoestima y Mindfulness**

La **empatía** es una importante habilidad que incluye aspectos cognitivos (nos permite saber cómo se sienten las otras personas o qué es lo que están pensando, comprender las intenciones de los otros, predecir sus comportamientos y entender sus emociones) y afectivos (genera reacciones afectivas en respuesta a las emociones ajenas, tiene que ver con sentir las emociones de los demás) [153]. Este componente multidimensional queda recogido en los principales instrumentos de medida de la misma que se utilizan, en nuestro contexto, por ejemplo, el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva

TECA [154] utiliza 4 dimensiones: 2 cognitivas (Adopción de perspectivas y Comprensión emocional) y 2 afectivas (Estrés empático y Alegría empática).

Existe consenso en que la empatía es una cualidad muy relevante en el campo de las profesiones sanitarias, pero a la vez, subyace la idea de que puede conllevar aspectos no del todo positivos, como pueden ser los relacionados con el Estrés empático, que tendría que ver con la capacidad de compartir las emociones negativas de otras personas. La excesiva implicación emocional del profesional sanitario con el paciente que sufre puede dificultarle guardar la objetividad necesaria e interferir en su propio ajuste emocional y salud psicológica.

La **compasión**, que en nuestro contexto puede tener un prejuicio de carácter negativo, pues puede confundirse con la lástima (que contiene cierto sentimiento de superioridad ante el individuo que sufre), en el contexto del mindfulness se la considera un factor muy importante. Poseería dos elementos clave: el conectar con el sufrimiento y el deseo de aliviarlo [119]. Para algunos autores, como Ekman [155], no sería propiamente una emoción, pues a diferencia de estas, no distorsiona la realidad y debe ser cultivada para que se desarrolle. En el contexto budista sería el deseo de que todos los seres vivos estén libres de sufrimiento.

Ozawa-de Silva et al. [156] defienden que, aunque no parezca existir un amplio acuerdo entre los científicos, la definición de la compasión implicaría los siguientes aspectos: un aspecto cognitivo (reconociendo el sufrimiento en sí mismo o en otro), un aspecto afectivo (un sentido de preocupación o afecto por el otro), un aspecto aspiracional o de motivación (un deseo de aliviar el sufrimiento del otro), un aspecto atencional (un nivel de inmersión y enfoque), y un aspecto comportamental (una respuesta compasiva; una acción que surge de la compasión).

Desde este punto de vista, podría parecer que la empatía sería un requisito para la

compasión. La empatía, que implica componentes cognitivos y afectivos, tendría un carácter más neutro. Puedes comprender y sentir lo que le ocurre al otro, pero lo que hagas con ello puede tener diferentes finalidades. Vicente Simón [157] comenta que, desde esta concepción, la empatía puede utilizarse para hacer daño (un buen torturador debe tener empatía para poder ponerse en la piel del torturado y poder captar como puede hacer más daño para cumplir su objetivo) o con fines comerciales (un buen publicista también debe poder ponerse en la piel de los posibles compradores, para captar cómo vender mejor su producto). Desde la empatía puede decirse: “te comprendo” y “siento lo que tu sientes”, pero sólo desde la compasión podemos añadir “quiero ayudarte” y “te ayudo”.

Algunos autores [158] aportan evidencia de que la empatía y la compasión utilizan vías neuronales diferentes. En una investigación en la que se entrenó a los participantes en mantener una posición empática y, posteriormente, una compasiva, en respuesta a situaciones de sufrimiento de otros (el grupo de control fue un entrenamiento en memoria), pudo comprobarse que la posición empática ante el sufrimiento humano producía afecto negativo y activación de la ínsula anterior y la corteza cingulada anterior; en contraste, el entrenamiento posterior en compasión revertía el afecto negativo e incrementaba los autoinformes de afecto positivo, además produjo activación de zonas cerebrales diferentes, como la corteza media orbitofrontal, la estriada ventral y la corteza cingulada anterior; estas zonas forman una red relacionada con las emociones positivas, la afiliación, el amor y la recompensa. Existe, pues, evidencia, de que el entrenamiento en compasión puede reflejar una nueva estrategia de afrontamiento para superar el estrés empático y fortalecer la capacidad de recuperación y resiliencia. Unos resultados parecidos fueron obtenidos investigando con un meditador experimentado que debía imaginar ser empático o compasivo ante situaciones de dolor ajeno [159].

De las investigaciones descritas en el párrafo anterior parece desprenderse que la empatía “desgasta”, que en su parte de estrés empático puede estar relacionada con el

burnout y otras problemáticas de los profesionales de la asistencia a otros. Frente a esto, parece que la compasión favorece una tolerancia al sufrimiento al llevar asociada una actitud y conducta de pasar a la acción, gracias a lo cual se puede recibir el feed-back de que la ayuda prestada es efectiva, se puede sentir alegría porque se ha aliviado el sufrimiento y, de esta manera, se refuerza el llamado círculo de la compasión.

Desde estos enfoques se destaca la importancia de la **autocompasión** [160], como paso previo necesario para sentir compasión por los demás, y puede definirse como darse a uno mismo aquello que se desea dar a los demás cuando estos sufren, fracasan o se sienten inadecuados. Neff ha investigado sobre los factores que componen la autocompasión y ha desarrollado un modelo de tres factores, con otros 3 componentes opuestos:

1. Amabilidad/bondad hacia uno mismo (Self-Kindness) vs. auto-juicio/autocrítica (Selfjudgment)
2. Humanidad común/compartida (Common Humanity) vs. Aislamiento (Isolation)
3. Mindfulness vs. Sobreidentificación/ensimismamiento (Over-identified).

En este contexto, vemos que, para Neff, mindfulness (entendido como el acoger los pensamientos y sentimientos dolorosos con una conciencia equilibrada, en lugar de sobreidentificarse con ellos) constituiría uno de los tres componentes de la autocompasión.

Con esta conceptualización, mindfulness y autocompasión están altamente correlacionados, utilizando el FFMQ de Baer et al. y la Self-Compassion Scales (SCS) de Neff que se utilizan en la investigación de esta Tesis, se han encontrado correlaciones ( $r=0,69$ ) en muestras de personas no meditadoras [161]. Sobre lo que no existe acuerdo es sobre la relación causa-efecto que guardan mindfulness y auto-compasión. Neff

defiende que cambios en mindfulness serían predictivos de cambios en autocompasión. Por otro lado, se ha comprobado que la práctica de la autocompasión es un ingrediente importante en el éxito de las intervenciones basadas en mindfulness como la MBCT y las mejoras de sintomatología guardan mayor correlación con mejoras en puntuaciones de autocompasión que con mejoras en puntuaciones de mindfulness [162].

Se han descrito numerosos beneficios relacionados con autocompasión [163], la autocompasión se asocia con el bienestar, la inteligencia emocional, la conexión social, la satisfacción vital, los sentimientos de competencia, la felicidad, el optimismo y la sabiduría. Las personas autocompasivas cumplen mejor con las dietas y con los programas de ejercicio, tienen más probabilidad de dejar de fumar y toleran mejor la dilación. La autocompasión también se relaciona con la disminución de la ansiedad, de la depresión, del enfado y del narcisismo.

Hölzel et al. [61] defienden un modelo en el que la autocompasión guardaría mayor relación con la regulación emocional y con cambios en la perspectiva del self (puede verse este modelo en la Figura 10). Para estos autores, las habilidades atencionales podrían tener más importancia al comienzo de la práctica y, posteriormente, podrían ir adquiriendo importancia las prácticas más compasivas. De hecho, este es el orden de aprendizaje que se sigue en los programas más conocidos, aunque Hölzel et al. posiblemente se refieren a niveles de práctica que van más allá de los programas de 8 semanas de duración.

La realidad es que en los programas de mindfulness más conocidos, como la MBSR y MBCT, la compasión y la autocompasión están implícita y explícitamente recogidos, aunque varios autores defienden que la autocompasión va ganando cada vez más importancia en los nuevos desarrollos.

En referencia a la empatía, compasión y autocompasión, puede resultar relevante

la teoría de las neuronas espejo desarrollada por el equipo de Rizzolatti [164], al poder proporcionar cierto nexo común. En 1996 el equipo de Rizzolatti, estudiando el cerebro de monos, descubrió un grupo de neuronas que no sólo se activaban cuando el animal ejecutaba ciertos movimientos, sino que, simplemente con contemplar a otros hacerlo, también entraban en acción. Las llamaron neuronas espejo o especulares. En un principio se pensó que simplemente se trataba de un sistema de imitación. Sin embargo, los múltiples trabajos que se han hecho desde su descubrimiento, indican que las implicaciones trascienden el campo de la neurofisiología pura. El sistema de espejo permite hacer propias las acciones, sensaciones y emociones de los demás, permite ponerse en el lugar del otro. La base de nuestro comportamiento social es que exista la capacidad de tener empatía e imaginar lo que el otro está pensando.

Rizzolatti et al. [165] afirman que este tipo de neuronas permiten captar las intenciones de los otros. Estas neuronas se activan incluso aunque no veamos la acción, cuando hay una representación mental de la misma. Su puesta en marcha corresponde con las ideas. La parte más importante de las neuronas espejo es que es un sistema que resuena. El ser humano está concebido para estar en contacto, para reaccionar ante los otros. Las neuronas espejo nos permiten entender la mente de los demás, no sólo a través de un razonamiento conceptual sino mediante la simulación directa, sintiendo, no pensando.

Ramachandran [166] afirma que: "El descubrimiento de las neuronas espejo hará por la psicología lo que el ADN por la biología". Llama a las neuronas espejo neuronas Ghandi o neuronas de la empatía.

En el apartado 7, referente a estrés y emociones, ya se ha comentado el modelo de los tres sistemas de regulación emocional de Gilbert [121] que concede gran importancia al sistema de satisfacción, seguridad y protección para equilibrar los otros dos sistemas



de amenaza y de activación. Gilbert [24] ha desarrollado la Terapia Basada en la Compasión (CFT) como un medio para lograr equilibrar estos tres sistemas.

Resulta interesante remarcar la falta de relación que existiría entre autocompasión y **autoestima**. Respecto a la creencia común que acostumbra a relacionar el trabajo del psicólogo con una mejora de la autoestima de sus pacientes, parece que podrá estar más relacionada con la autocompasión y autoaceptación que se ha estado comentando. Ryan y Brown [167], no están de acuerdo con que el aumento de la autoestima sea un buen objetivo terapéutico y se refieren a la paradoja de la autoestima: “si usted la tiene, no la necesita; si no la tiene, no la necesita”. Afirman que una alta o baja autoestima revela preocupación, interés por la autoestima, la cual va asociada con fluctuaciones temporales debido a su carácter contingente de los acontecimientos. Esta clase de autoestima es inestable y vulnerable. Una alta o una baja autoestima pueden ser problemáticas. Neff y Germer [168] afirman que una autoestima basada en el auto-realzamiento y la comparación social puede llevar a los prejuicios, la ira, el ego defensivo, y el narcisismo. Esta estima basada en contingencias, en logros, no es auténtica. Uno debe quererse por lo que es, además de por lo que hace, la verdadera autoestima permanece en el ser, en saber que se es valioso y no debería buscarse la autoestima, sino la acción correcta.

Neff y Vonk resaltan las diferencias entre autoestima y aprecio hacia uno mismo [169], la autoestima tiende a basarse en la separación y la comparación, en ser mejor que los demás y, por tanto, especial, en la necesidad de vernos superiores que fomenta nuestra separación de los demás, provoca sentimientos de aislamiento, desconexión e inseguridad. El aprecio por uno mismo, por el contrario se basa en la conexión, en ver las similitudes que compartimos con los demás, en reconocer que todos tenemos nuestros puntos fuertes.

### **8.3. Burnout, Fatiga por compasión y Mindfulness**

Los profesionales de la salud y, más en general, los trabajos de tipo asistencial están sometidos a un tipo de estrés relacionado con el cuidado de otros. Este estrés sostenido de una forma crónica, puede dar lugar a lo que se ha denominado síndrome de **Burnout** o del profesional quemado [170], relacionado con las profesiones asistenciales y de relación con otros, enfermeros, médicos, profesores... [171].

El burnout se caracteriza por una serie de síntomas como agotamiento emocional, despersonalización (indiferencia e insensibilidad a ciertos aspectos del trabajo) y falta de realización o de logro personal. En el burnout parece que tendrían una destacada influencia cuestiones de tipo organizacional, referidas al modo en cómo se estructuran en una organización las características del trabajo: liderazgo, carga de trabajo, conflicto de rol, ambigüedad de rol, comunicación, ambiente de trabajo... Se produciría de un modo gradual, y originaría una serie de trastornos que pueden ser psicósomáticos, emocionales, conductuales, de deterioro del ambiente laboral y otros. También existirían factores predisponentes de mayor carácter personal, como poca experiencia, disponer de menos estrategias de afrontamiento al estrés, motivación muy elevada, exagerado sentido de la responsabilidad, idealización del trabajo, etc.

Otro síndrome relacionado con los profesionales de la salud es el de **Fatiga por Compasión o Desgaste por Empatía** [172]. La fatiga por compasión, tendría una vertiente más personal que organizacional, sería una consecuencia de la preocupación por los otros o por su dolor emocional, puede aparecer repentinamente y sin previo aviso y estaría relacionada con una especie de trauma secundario o vicario, debido a la relación con personas traumatizadas o que sufren. Este síndrome tendría en sus manifestaciones similitudes con el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), en sus componentes de hiperactivación, evitación y reexperimentación. Desde que el TEPT se recogió en el DSM

III [173], en esta y sucesivas versiones se hace referencia a que personas que no han estado sometidas directamente a una situación traumática pueden ser traumatizadas por exposición a sentimiento y emociones de las personas que sí la han sufrido. En concreto, el DSM-V [174] incluye, además de experimentar uno mismo el acontecimiento traumático, el ser testigo del mismo, el tener conocimiento a través de una persona cercana, o experimentar exposiciones repetidas a detalles del acontecimiento.

Figley [172] comenta que podría ser algo parecido al coste a pagar por cuidar de otros. “Los profesionales que escuchan de sus clientes historias de miedo, dolor y sufrimiento, pueden sentir un dolor, pena y sufrimiento similares, debido a que tienen a su cuidado a estas personas. Irónicamente, los terapeutas más efectivos son los más vulnerables a este efecto de reflejo o de contagio. Los que tienen gran capacidad para sentir y expresar empatía tienden a tener más riesgo de estrés por compasión”. El estrés vicariante sería el que se generaría en estas situaciones y su mantenimiento prolongado estaría en la base de la fatiga por compasión, a la cual define como un “estado de agotamiento y disfunción –biológica, psicológica y social- como resultado de prolongada exposición al estrés por compasión y a todo lo que este evoca”. Van Mol et al. [175] efectúan una revisión acerca de los problemas que ocasiona la fatiga por compasión y el burnout entre los profesionales de las unidades de cuidados intensivos y entre las diversas estrategias que comentan para reducirlos se encuentra el mindfulness.

A la luz de lo comentado en el apartado anterior 8.2 sobre empatía, compasión y autocompasión, podría ser que el entrenamiento en mindfulness y compasión contribuyera a disminuir el estrés empático que se ha relacionado con el burnout y que, para la fatiga por compasión, quizás resulte más adecuado referirse a ella como “Empathic Distress Fatigue”, como defienden Klimecki y Singer [176].

Además de estar presente en profesionales, el burnout también puede presentarse en estudiantes. Schaufeli et al. [177] han desarrollado un cuestionario de burnout académico adaptado a estudiantes (MBI-SS), derivado del Maslach Burnout Inventory (MBI), en el que se miden los factores de agotamiento, cinismo y eficacia académica (ver apartado 24.2.8). Ishak et al. [178] han realizado una revisión sistemática acerca de los trabajos que tratan de burnout en estudiantes de medicina, los estudios revisados revelan que el burnout es frecuente durante los estudios de medicina ya desde los primeros cursos. Con posterioridad a la revisión anterior, en 2014 Cecil et al. [179] han realizado un estudio sobre burnout y conductas saludables en estudiantes de medicina del Reino Unido, sus resultados confirman los de la revisión de Ishack et al. referentes a la importante prevalencia de burnout en estudiantes de medicina (prácticamente doblan la prevalencia de burnout comparados con estudiantes de odontología). Recientemente, Jackson et al. [180] han evidenciado la importante relación existente entre burnout (especialmente con los factores agotamiento emocional y despersonalización) y abuso o dependencia del alcohol en una muestra grande de estudiantes de medicina de USA. En España, Galán et al. [181] han utilizado el cuestionario de burnout adaptado para estudiantes MBI-SS con 270 estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina de Sevilla y sus resultados indican que el burnout se incrementa a medida que se progresa en la carrera.

### **8.4. Personalidad y mindfulness**

Giluk et al. [182] han efectuado un meta-análisis acerca de los estudios que han explorado las relaciones entre mindfulness, los factores de personalidad según el modelo de los cinco Grandes Factores (Big Five) y los afectos. Las principales relaciones, a pesar de la inconsistencia y alta variabilidad encontradas se dan entre mindfulness, estabilidad emocional, responsabilidad y afectos positivos.

La mayoría de las investigaciones efectuadas sobre la eficacia de los programas que utilizan mindfulness intentan encontrar pruebas de su eficacia a nivel grupal, sin explorar si se dan efectos diferenciales en función de variables de personalidad en los componentes del grupo. Si se diesen diferencias en función de variables de personalidad, podría entenderse mejor quien tiene mayores probabilidades de beneficiarse de un programa de entrenamiento en mindfulness, pues los factores de personalidad actuarían como variables moderadoras.

De Vibe et al. [183] han encontrado evidencia de que un entrenamiento en el programa MBSR tiene efectos diferenciales en función de algunas de las variables de personalidad que recoge el modelo de los Cinco Grandes Factores (Big Five). En su estudio, con grupo de control, y efectuado con 288 estudiantes de medicina y psicología, encontró que los estudiantes con puntuaciones altas en neuroticismo (entendido como expresión de vulnerabilidad emocional) habían obtenido mayor mejora, tras el programa, en angustia “mental distress” y bienestar subjetivo; los estudiantes que puntuaban alto en responsabilidad “conscientiousness” (entendido como escrupuloso, respetuoso con las reglas y controlado) obtuvieron mayores beneficios en estrés ante el estudio “study stress”. La extraversión no tuvo efectos como variable moderadora. Tampoco encontró efectos moderadores en el factor mindfulness medido con el FFMQ. La mayoría de los estudiantes eran mujeres que, a su vez, obtuvieron puntuaciones más altas en neuroticismo y responsabilidad “conscientiousness”, por lo que los autores postulan que pueden ser un importante grupo objetivo para las intervenciones de mindfulness en estudiantes.

En otros estudios se contemplan los factores de personalidad no como variables intervinientes sino como variables dependientes, siendo susceptibles de sufrir variación tras un entrenamiento en mindfulness. Franco et al. [184], tras un entrenamiento en mindfulness efectuado en estudiantes universitarios con grupo de control en lista de

espera, encontraron diferencias significativas en impulsividad, evitación experiencial, evitación social, ansiedad social, tensión y fatiga.

Thompson y Waltz [185] encuentran evidencia de que la práctica de mindfulness correlaciona positivamente con los factores Afabilidad, Responsabilidad y Estabilidad Emocional.

Otros estudios utilizan un enfoque correlacional transversal seleccionando meditadores experimentados y personas sin experiencia en meditación con objeto de encontrar diferencias en factores de personalidad, por ejemplo, van der Hurk et al. [186], utilizando este procedimiento, encuentran una relación positiva entre la práctica de la meditación mindfulness y los factores de personalidad apertura a la experiencia y extraversión, la relación es negativa con los factores neuroticismo y responsabilidad “conscientiousness”. Estos autores también estudian el papel mediacional de los factores de mindfulness y encuentran evidencia de que actúan como mediadores entre la práctica y las diferencias en factores de personalidad (por ejemplo, la habilidad de mindfulness “aceptar sin juicio” media en la relación negativa entre la práctica de mindfulness y el factor neuroticismo).

Para poder interpretar adecuadamente los resultados de estos estudios que puede parecer que ofrecen resultados contradictorios, resulta interesante concretar la distinción entre variable moderadora (que utiliza el estudio de deVibe et al) y mediadora (que utiliza el estudio de Hurt et al.). Para Baron y Kenny [187] las variables intervinientes pueden ser moderadoras o mediadoras. Una variable interviniente es moderadora cuando da cuenta de la relación entre la variable independiente y la variable dependiente; es decir, la función moderadora de una variable “representa el mecanismo generativo a través del cual la variable independiente focal es capaz de influir sobre la variable dependiente de interés”. Para estos autores, una variable interviniente es mediadora cuando afecta a la

dirección y/o la fuerza de la relación entre una variable independiente y una variable dependiente (reduciéndola, incrementándola, anulándola o invirtiéndola); en sus palabras, una variable moderadora “divide a una variable focal independiente en subgrupos que establecen sus dominios de máxima efectividad con respecto a una variable dependiente dada [...] implica que la relación causal entre dos variables cambia como una función de la variable moderadora”. Etchebarne et al. [188] aclaran estas distinciones en el contexto de la psicoterapia.

Niemiec et al. [189] han estudiado la relación entre mindfulness y sus prácticas y las fortalezas de carácter (sabiduría, coraje, humanidad, justicia, templanza, trascendencia...) tal como son entendidas desde la psicología positiva, resaltando las posibles sinergias que pueden conseguirse y alentando las posibles evaluaciones prácticas de su integración.

En la actualidad, el constructo personalidad despierta interés entre los neurocientíficos, Pedrero et al. [190] recogen como en la última década han proliferado los estudios dedicados a encontrar correlatos cerebrales, estructurales y funcionales de los rasgos de personalidad propuestos por diferentes teorías, especialmente desde el modelo de los cinco grandes factores de personalidad “Big Five”. Estudios recientes correlacionan estos rasgos con la red cerebral por defecto “default mode network” (DMN) en el que residiría el compendio de reglas implícitas de gestión (personalidad) que se iría formando durante la vida mediante mecanismos de plasticidad dependientes de la experiencia. El acceso a esta red neuronal por defecto, como indica Brewer et al. [191] es posible en estados de vigilia inactiva o de reposo funcional del cerebro, como los que facilitan las prácticas meditativas de campo abierto o no concentrativas, como mindfulness, por lo que estas prácticas podrían propiciar cambios que afecten a factores de personalidad.

## 9. MINDFULNESS COMO UN POSIBLE ELEMENTO DE RELACIÓN ENTRE DIFERENTES MODELOS PSICOLÓGICOS Y PSICOTERAPÉUTICOS

Diferentes autores, por ejemplo Jeffery R. Martin [89], Germer et al. [93], Dunn et al. [192], destacan la función transteórica “transtheoretical” que tiene mindfulness al recomendarlo para mejorar la conciencia durante las sesiones, reducir los patrones de pensamiento rumiativos, aumentar la auto-compasión, independientemente de la orientación teórica; también destacan su utilidad para los propios terapeutas en relación con importantes habilidades clínicas, como el estar atentos, no juzgar y conseguir una mejor percepción del paciente. Boswell et al. [193] destacan también su dimensión transdiagnóstica, al resultar de utilidad en sintomatologías comunes a diferentes diagnósticos, como pueden ser la rumiaciones y las dificultades para regular las emociones. Miró [194] destaca que mindfulness estaría en la base de diferentes modelos psicoterapéuticos, no solamente de los cognitivos conductuales. Se trataría de una capacidad humana universal, de algo parecido a una “aspirina psicológica”. Como tiene que ver con la auto-observación de un modo particular, con la metacoscienza... podríamos pensar que puede estar presente en otras orientaciones psicoterapéuticas, aunque puedan estar refiriéndose a este constructo, o a otros con muchas similitudes, con otros términos. Mindfulness podría tener relación con el concepto de **incremento de consciencia** (consciousness-raising) que Norcross et al. [195] identificaron, en un análisis teórico de distintos sistemas de psicoterapia, como uno de los constructos subyacentes a los mismos. De forma específica, Bruce [196] se plantea si mindfulness se encuentra en el núcleo de las diferentes terapias; en su estudio correlacionó mindfulness, alianza terapéutica y resultados de las terapias, siendo los resultados obtenidos poco concluyentes.



Mindfulness puede tener relación con la **autoobservación** “self observation” que Beitman y Soth [144] proponen como el factor común efectivo de los diferentes enfoques terapéuticos. Estos autores se apoyan en precisiones terminológicas que pueden resultar útiles para desbrozar estos términos. Recogen las diferencias utilizadas por Wheeler et al. [197] entre consciencia como capacidad “consciousness”, consciencia como acto de ser consciente de un contenido “awareness”, autoconsciencia “self-awareness” o consciencia autooética “autonoetic consciousness” como autoconsciencia del yo y del yo en su contexto (tendría relación con la mentalización de Fonagy y la “teoría de la mente”). La autoobservación emergería de la autoconsciencia.

Beitman y Soth [144] postulan que, mindfulness y autoobservación, en el proceso psicoterapéutico interaccionan en varios planos, aunque no de manera solapada, pues algunos contenidos, que en ciertos momentos pueden “dejarse ir”, en otros momentos “se trabaja” con ellos. Destacan que la meditación mindfulness puede contribuir a que los terapeutas puedan situarse ante los pacientes con “**atención libre flotante**” refiriéndose a las palabras de Freud [198]. Pienso que lo mismo podríamos decir del “**sin memoria ni deseo**” de Bion [199] o del “observar al ego” de Hartmann [200], Kabat-Zinn [4] habla de atención desnuda “bare attention” para referirse al tipo de atención propia del mindfulness. Para estos autores, la diferencia más fundamental entre la práctica de la atención plena y la activación de la autoobservación en la psicoterapia se centra en el componente relacional. Mindfulness acostumbra a relacionarse con una actividad meditativa en solitario, mientras que la autoobservación en psicoterapia depende de una relación interpersonal. Destacan que en psicoterapia se da una “coobservación”, inherente a la relación psicoterapéutica interpersonal, la cual ayuda a aumentar y enfocar la autoobservación. También resaltan como, actualmente existen psicoterapias como la MBCT que incluyen estos aspectos de autoobservación y mindfulness.

## Mindfulness como un posible elemento de relación

Se han citado autores de la psicología dinámica y en la actualidad existe una corriente de convergencia entre mindfulness y la psicoterapia psicoanalítica, como destacan Lin y Seiden [201]. Desde hace más tiempo, ya hemos comentado, en el apartado 8.1, la relación que puede tener mindfulness con la **mentalización** tal como la desarrolla Fonagy [132] -recogiendo las diferencias con mindfulness que resaltan Karlsson y Kermott[134]- y con el establecimiento de un “**apego seguro**”, según la teoría del apego de Bowlby [123].

En referencia a la autoobservación, Brown et al. [202] comentan los aspectos disfuncionales relacionados con un menor bienestar psicológico que puede suponer el centrarse demasiado en uno mismo (se refieren tanto a la autoobservación como a focalizar la atención en uno mismo “self-focused attention”). Por el contrario, resaltan el carácter de consciencia abierta, imparcial, tanto hacia el interior como hacia el exterior que supone practicar mindfulness, lo cual puede incrementar las oportunidades de adaptación, autorregulación y bienestar. Esta distinción es muy importante para poder diferenciar entre la autoobservación patológica y la terapéutica, aspecto que resalta con claridad Marta Alonso [203].

Desde la perspectiva de los constructos personales de Kelly [204], las técnicas de meditación concentrativas pueden ser vistas como experimentar deliberadamente con la "constricción" en términos kellianos. En la constricción del campo la percepción se reduce a unos pocos elementos en un intento de reorganizar y hacer manejable el sistema de constructos. Las técnicas de meditación no concentrativa pueden ser vistas como “dilatación”, mediante la cual la persona amplía su campo de percepción para incluir más elementos, con el objetivo de una organización más amplia de su sistema de constructos. Así, la meditación permite al practicante salir de las limitaciones conceptuales, un proceso que se considera que es el sello distintivo de la apercepción y la creatividad, y lo

contrario de neuroticismo, como resalta Craven [205]. Debido a que Kelly asociaba el predominio de constricción de constructos con la depresión y el predominio de la dilatación de constructos con la manía, puede pensarse que podrían ser aconsejables diferentes enfoques meditativos en función de las características de los pacientes y de los objetivos a conseguir, Podría comprobarse si distintos tipos de meditación provocan diferentes estados de ánimo y si podrían contribuir a conseguir un equilibrio entre los dos polos.

En referencia a la psicoterapia humanista, mindfulness podría tener semejanzas con el concepto de “**focusing**” de Gendlin [206] en su sentido de brindar una atención sutil y con aceptación al cuerpo, atendiendo a lo que está ocurriendo, desde una sensación corporal global, sin juzgar, con consciencia del momento presente. También guarda similitudes con el concepto “**awareness**” de Perls [207], fundador de la terapia Gestalt, el cual también resaltaba que la terapia efectiva ayudaba a los clientes a experimentar el “aquí y ahora” y enfatizaba el “hacer” por encima del “hablar”. No obstante, podrían existir diferencias, en el sentido comentado también en los constructos anteriores, pues, tanto Gendlin como Perls, piden al cliente que permanezca en contacto prolongado con ciertas experiencias, más que en el continuo fluir de la consciencia y en el “ser”. Rogers [208] concedía gran importancia a la consciencia que puede fluir libremente, a través de la experiencia; hablaba de “**abrirse a la experiencia**”, “tendencia al vivir existencial”, “confianza en el propio organismo” y “libertad experiencial”. Martínez y Pacheco [209] destacan las similitudes que pueden encontrarse entre las competencias relacionales rogerianas del terapeuta y mindfulness.

Wang y Lopez [142] proponen una relación entre **pensamiento dialéctico** y mindfulness. Afirman que esta relación ayuda a las personas a abrirse y a aceptar una amplia gama de cogniciones y emociones, incluso las negativas, les permite aceptar las

contradicciones, la interrelación y los cambios continuos inherentes a todas las personas, fomentando la flexibilidad cognitiva. El pensamiento dialéctico está en la base de la Terapia Dialéctico Conductual de Linehan [11] que incluye números elementos basados en mindfulness.

También se ha relacionado mindfulness con la **Psicología Positiva** [210], por su relación con aspectos como bienestar, sabiduría, felicidad, resiliencia... Algunos autores, como Pérez-Álvarez [211], critican esta psicología y se refieren a “la tiranía de la actitud positiva y a un optimismo sin escrúpulos”, quizás mindfulness pueda proporcionar elementos de aceptación y ecuanimidad que compensen estos aspectos que critica este autor; lo que está claro es que mindfulness no se basa en autoinstrucciones positivas. Mediando en estas opiniones, Hamilton et al. [212] defienden que mindfulness sería el nexo de unión entre las terapias cognitivo conductuales y la psicología positiva.

Vemos pues elementos que tratan del posible papel de mindfulness como constructo unificador de diferentes escuelas y campos psicológicos, integrando tradiciones psicológicas de oriente y occidente. También existen elementos para pensar que mindfulness puede tener entidad propia, sin quedar englobado en constructos previamente existentes.

## **10. BENEFICIOS / EFECTOS POSITIVOS DE LA PRÁCTICA**

Malinowski [213] destaca como la práctica de la meditación puede afectar positivamente las funciones atencionales (especialmente la atención sostenida), pues mejora los procesos de asignación de recursos. Como resultado de las prácticas mindfulness, estos recursos atencionales se asignan eficientemente de manera más temprana, lo cual redundará en una mejora del procesamiento posterior.

Kristeller [214] destaca que la práctica de la meditación mindfulness produce varios efectos. A nivel consciente, podemos darnos cuenta de que la mayoría de las experiencias físicas y emocionales son inestables, suben, bajan, no permanecen constantes. Separando los estímulos de las respuestas una y otra vez, la mente puede generar patrones diferentes de respuesta, tal como recogen las modernas teorías del aprendizaje. Podemos hacernos conscientes de nuestra habilidad para lograr desengancharnos del parloteo habitual de nuestra mente, lo cual proporciona una sensación de libertad, pues nos permite liberarnos del funcionamiento mental en “piloto automático”. Finalmente permite un paso más, al suspenderse las respuestas reactivas disfuncionales y crearse las condiciones para que aparezcan respuestas más integradas. A medida que van desapareciendo nuestras respuestas condicionadas, podemos descubrir nuevas perspectivas, más creativas, más “sabias”, sobre los desafíos de la vida. Puede producirse una reintegración o sincronización de las redes neuronales implicadas y una gama más amplia y diferente de conexiones neuronales. De manera más específica, se le ha relacionado con la neuroplasticidad, la integración neural y el equilibrio neurológico [27, 62, 213, 215]. Es posible responder de manera más espontánea, más natural, con discernimiento, en lugar de actuar de forma muy restringida y determinada por los condicionantes internos y externos que nos afectan. Mindfulness aumenta el bienestar general [15], produce mejoras en el funcionamiento corporal, salud, respuesta inmunológica, bienestar físico [48]; claridad mental y reducción de tensión corporal [216], por citar algunos.

Kristeller [214] propone un modelo de 6 dominios (ver Figura 9) en los que tendría influencia la meditación mindfulness, estos serían el cognitivo, el fisiológico, el emocional, el conductual, la relación con sí mismo y con los demás, y el espiritual. Los presenta en este orden porque postula que sería en el orden en que se irían notando los efectos en función de la práctica. En cada uno de estos 6 dominios propone 3 estadios de

desarrollo, inicial, intermedio y avanzado. Piensa que los dominios y niveles no tienen límites rígidos, sino que estarían interactuando continuamente y afirma que, aunque se producen diferencias individuales importantes, postula este modelo por su capacidad heurística. Diferentes tipos de prácticas incidirían especialmente en ciertos dominios, por ejemplo, piensa que las meditaciones guiadas podrían promover cambios a nivel conductual. Para cada estadio y dominio propone los efectos que pueden conseguirse, la mayoría son experiencias positivas, pero también señala que no siempre ocurre así, por ejemplo, en el dominio emocional pueden aflorar recuerdos traumáticos dolorosos.

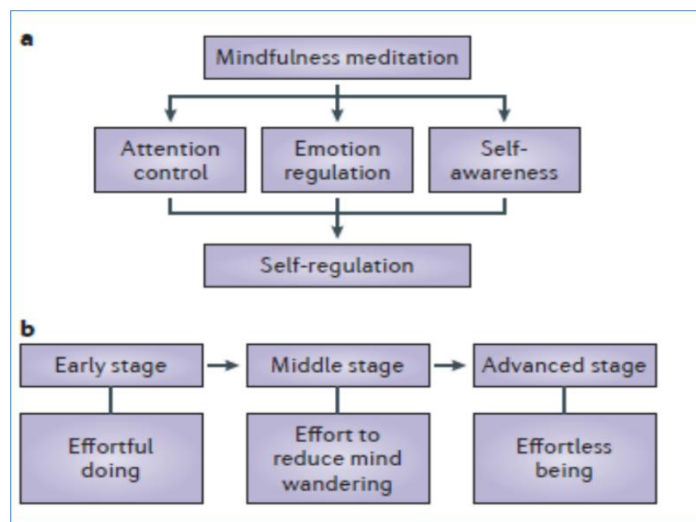
Stage of Development	Advanced	Integration of Effects/Exceptional Capacities/Sustained Insight and Spiritual Wisdom					
	Intermediate	Altered states ↑ Attentional flexibility ↓ Ruminative thinking ↑ Mindfulness	Pain reduction ↑ Pain control Change in physiologic processes Breath control	↑ Sustained equanimity ↑ Positive emotion ↑ Engagement in the moment ↑ Anxiety/anger/depression	↑ Compassionate behavior ↓ Addictive behavior ↑ Adaptive behavior Deconditioning	Dissolving attachment to sense of self ↑ Connectedness to others ↑ Empathy Self-integration ↓ Narcissism	Altered states ↑ Mystical experiences Awareness of "transcendence" ↑ Compassion ↑ Unselfish love Heightened sense of inner peace/calm
	Initial	↑ Ability to focus ↑ Awareness of mind/thoughts	↑ Awareness of Breath ↑ Awareness of Body Relaxation Response	↓ Reactivity ↑ Awareness of emotional patterns	↑ Impulse control ↑ Awareness of behavior patterns	↑ Self-acceptance ↑ Sense of self	↑ Spiritual engagement ↑ Awe
Domain	Attentional/Cognitive	Physical	Emotional	Behavioral	Relation to Self/Others	Spiritual	

**Figura 9: Modelo multidominio de los efectos de la meditación**

*Fuente: Kristeller (2004)*

Dos de las más importantes funciones atribuidas al mindfulness son facilitar y favorecer un equilibrio cognitivo y afectivo, según se ha comentado en el punto anterior. En este sentido, Tang et al. [62] defienden que la meditación mindfulness incluye tres componentes que interactúan para lograr una mejor auto regulación: incremento de control atencional, mejora de la regulación emocional y modificación la autoconciencia (en el sentido de disminuir los procesos auto referenciales e incrementar la conciencia del cuerpo). En la Figura 10 puede verse este modelo, que, al igual que el de Kristeler, distingue entre 3 niveles de práctica (temprana, media y avanzada), en este caso en

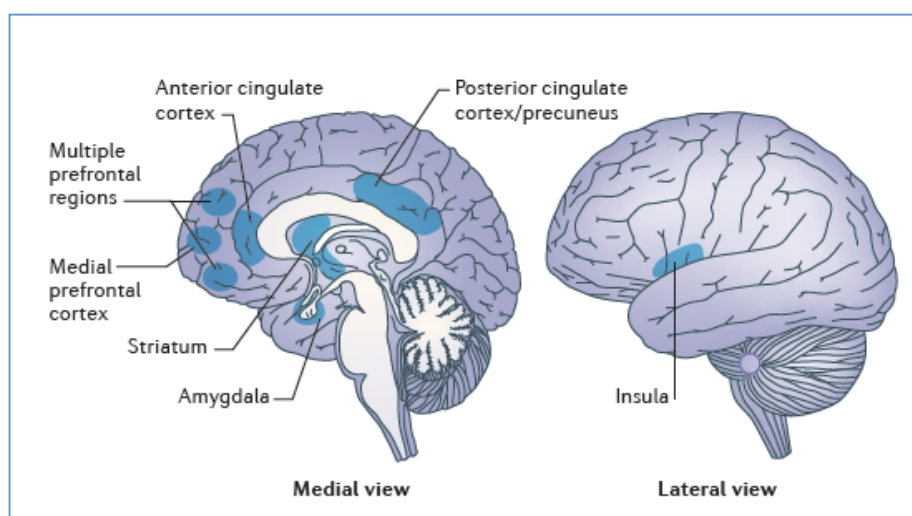
función del tipo de esfuerzo que demandan.



**Figura 10: Componentes de la meditación mindfulness y etapas en su práctica**

*Fuente:* Tang et al. (2015)

Tang et al. también describen las regiones cerebrales implicadas en los 3 componentes de la meditación mindfulness. En el control atencional estarían implicados la corteza anterior cingulada y los núcleos estriados, en la regulación emocional intervendrían varias zonas prefrontales, zonas del sistema límbico y los núcleos estriados, en la autoconciencia intervendrían la ínsula, la corteza prefrontal medial, la corteza posterior cingulada y el precúneo. Ver Figura 11.



**Figura 11: Regiones cerebrales implicadas en la meditación mindfulness**

*Fuente:* Tang et al. (2015)

## Beneficios / efectos positivos de la práctica

Tang et al. también realizan una revisión de diferentes estudios que aportan evidencia de cambios que se han producido en diferentes estructuras cerebrales después de la práctica de meditación mindfulness. Ver Figura 12.

Zonas de cerebro y función	Hallazgos	Estudio
Cortex cingulado anterior (ACC). Autoregulación de atención y emociones	Mejora de la activación del ACC durante la meditación de atención consciente a la respiración (práctica de atención focalizada)	Hölzel et al. (2007)
	Mejora de la activación del ACC en estado de reposo	Tang et al. (2009)
Cortex prefrontal (PFC). Atención y emoción	Mayor activación del PFC dorsolateral durante la ejecución de una tarea de Stroop emocional	Allen et al. (2012)
	Mejora de la activación del PFC ventrolateral, mejora de la conectividad de varias regiones del PFC con la amígdala	Hölzel et al. (2013)
	Relación entre el alivio de la ansiedad tras el entrenamiento en mindfulness y la activación del PFC y el ACC (junto con la ínsula)	Zeidan et al. (2014)
Cortex cingulado posterior (PCC). Autoconciencia	Desactivación del PCC durante diferentes tipos de meditación, incremento del acoplamiento con el ACC y el PFC dorsolateral	Brewer et al. (2011)
	Reducción de conectividad entre PCC izquierdo y PFC medial y ACC en reposo en el grupo de alta práctica	Hasenkamp & Barsalou (2012)
	Mejora de la actividad del PCC derecho en estado de reposo	Tang et al. (2009)
Ínsula. Conciencia y procesamiento emocional	Una mayor activación de la ínsula anterior y acoplamiento modificado entre PFC dorsomedial y la ínsula posterior durante la atención a las sensaciones respiratorias interoceptivas	Farb et al. (2013)
	Mejora de la activación de la ínsula ante la presencia de sonidos emocionales durante la meditación de compasión	Lutz et al. (2008)
	Mejora de la actividad de la ínsula izquierda en estado de reposo	Tang et al. (2009)
Cuerpo o núcleo estriado. Regulación de la atención y de las emociones	Mejora de la actividad del núcleo caudado y putamen en estados de reposo	Tang et al. (2009)
	Menor activación en el núcleo caudado durante la anticipación de recompensa	Kirk et al. (2014)
Amígdala. Procesamiento emocional	Disminución de la activación en la amígdala derecha en respuesta a imágenes emocionales en un estado no-meditativo	Desbordes et al. (2012)
	Disminución de la actividad en la amígdala dorsal derecha en respuesta a la manifestación de creencias negativas	Goldin & Gross (2010)
	Regulación a la baja de la amígdala izquierda durante la visualización de imágenes emocionales en un estado mindful en principiantes, pero no en meditadores expertos	Taylor (2011)

**Figura 12: Evidencia de cambios en estructuras cerebrales tras práctica de meditación mindfulness**

*Fuente: Tang et al. (2015)*

Treadway y Lazar [60] recogen una serie de resultados relacionados con la práctica de la meditación mindfulness: más tiempo viviendo el momento presente (mayor



capacidad para vivir emociones negativas sin quedarse necesariamente “atrapados” en ellas), mayor afecto positivo (la práctica de mindfulness contribuye a mantener un patrón emocionalmente estable de actividad cerebral), menos reactividad al estrés (mayor capacidad para experimentar los acontecimientos negativos con menor reactividad) y mayor vitalidad cognitiva (protección contra la disminución de la corteza cerebral que ocurre normalmente en la vejez ). En relación con este último punto, existe evidencia de que la práctica de la meditación puede tener efectos neuroprotectores y reducir el deterioro cognitivo asociado con el envejecimiento [217, 218].

## **11. RIESGOS / EFECTOS NEGATIVOS DE LA PRÁCTICA**

En general, parece existir un sesgo, introducido por los responsables de las publicaciones o los propios autores de las investigaciones, en el sentido de no publicar investigaciones en las que no se obtienen resultados o que los resultados obtenidos son contrarios a las hipótesis que pretenden demostrar los investigadores. Ocurre lo contrario que en periodismo, en cuyo contexto se afirma que una buena noticia no es noticia; en investigación, por el contrario, las noticias que no son buenas no acostumbran a ser noticia. Cuando se investiga sobre los efectos de determinadas prácticas o terapias, este efecto puede tener su importancia, pues quedan silenciadas evidencias de no eficacia o de posibles efectos contraproducentes.

Si nos centramos en la práctica del mindfulness, las dificultades para encontrar publicaciones rigurosas sobre posibles riesgos o efectos negativos derivados de la práctica aumentan: las prácticas de los diferentes programas de mindfulness son diferentes, pueden ir dirigidas a poblaciones diferentes (con o sin problemas de salud mental), incluyen prácticas de meditación pero existen prácticas de meditación que no podemos considerarlas mindfulness, los formadores o entrenadores pueden proceder de campos muy diferentes (desde profesionales de la salud mental a gurús espirituales) y su

preparación también puede ser muy diferente, la intensidad de las prácticas puede ser equilibrada o se puede fomentar una práctica intensiva muy exigente, pueden existir problemas de salud previos que incidan en los efectos de la práctica de mindfulness, etc.

Otra posible dificultad es que la mayoría de los trabajos proporcionan información a nivel de grupo, pero no permite conocer nada de las dinámicas individuales de las personas que lo componen. Desde un punto de vista neurobiológico, tan utilizado actualmente en los trabajos de mindfulness, parece claro que los promedios no existen en un sentido físico, existe cada persona por separado y sus diferentes estados neurocerebrales individuales, no “un estado neurobiológico promedio”. Aunque pueda no resultar tan claro, desde un punto de vista mental, tampoco existe nada parecido a una “mente promedio” o a “estados mentales promedio”. Este problema entronca en la discusión clásica en ciencia entre los enfoques nomotético e ideográfico, con las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos. En este sentido, Shonin [219] comenta cómo estos estudios acostumbran a limitarse a la medición de ciertas variables cuantitativas y quedan excluidos otros aspectos de la experiencia completa del participante, incluso en los estudios cualitativos se acostumbra a seguir un marco semi-estructurado que limita los parámetros que se recogen.

Dobkin et al. [220] destacan la importancia de la formación del instructor o terapeuta y de su experiencia en meditación, de si es un profesional de la salud y está preparado para enfrentarse a posibles problemas que pueden presentarse, como una crisis de ansiedad o similar. También destacan la importancia de separar personas con determinada problemática (problemas psiquiátricos, adicciones, trastornos de estrés postraumático...) de los programas que se imparten para la población en general, estas personas deben ser dirigidas a programas específicos para la problemática que presentan.

Algunos de los estudios existentes que reportan efectos negativos se refieren a otras formas de meditación (especialmente a la meditación trascendental TM) y no podemos afirmar hasta qué punto son generalizables dichos efectos negativos y, en general, no se había comprobado si existían problemas previos de salud mental.

En el estudio de Lustyk et al. [221] dedicado a la meditación mindfulness, efectúan una revisión de la literatura científica sobre sus efectos secundarios. Los efectos secundarios más frecuentes tienen que ver con sus posibles consecuencias sobre la salud mental, también recogen efectos referentes a la salud física y a la salud espiritual. Realizan indicaciones para evaluar dichos riesgos, enumeran contraindicaciones y resaltan la importancia de llevar a cabo una correcta selección de participantes, cuidar la cualificación de los formadores y realizar un seguimiento periódico de los efectos.

D.H. Shapiro [222] encontró que aproximadamente la mitad de los meditadores expertos, que participaban en un retiro intensivo de meditación Vipassana - a pesar de que manifestaban más efectos positivos que negativos-, relataba, al menos, algún efecto adverso, de estos, un 7,4% experimentaban efectos adversos importantes. Consistían en ansiedad inducida por relajación, incrementos paradójicos de tensión, menor motivación por la vida, aburrimiento, dolor, alteración del sentido de la realidad, confusión y desorientación, sensación de estar fuera del cuerpo, depresión, incremento de la negatividad, mayor sentimiento de crítica, e incluso sensación de adicción a la meditación. Los efectos negativos importantes disminuían con la mayor experiencia en meditación. Debe destacarse el entorno de retiro (con muchas horas de práctica) en el que se realizó la investigación.

Como posible elemento explicativo de algunos de la aparición de estos síntomas, Snyder [223] afirma que, durante la meditación el cerebro libera serotonina, lo cual puede ayudar a las personas con depresión leve, pero demasiada serotonina puede causar, en

algunas, una ansiedad paradójica inducida por la relajación. En lugar de relajarse durante la meditación, a estas personas les entra angustia y pueden incluso sufrir ataques de pánico.

Craven [205] en un trabajo sobre meditación y su aplicación en la psicoterapia, describió también efectos adversos de la meditación, como sensaciones kinestésicas incómodas, leve disociación, sentimientos de culpa, ansiedad, síntomas de tipo psicótico, omnipotencia, euforia, conductas destructivas y sentimientos suicidas.

Castillo [224] realizó una revisión de la literatura sobre meditación y despersonalización así como entrevistas a 6 practicantes de meditación trascendental MT. Concluyó que la meditación trascendental MT puede provocar despersonalización y desrealización. En función de la significación que le atribuya el meditador a estas experiencias, irán acompañadas o no de ansiedad o pánico en diferentes grados.

Kutz et al. [225] estudiaron el uso de la meditación adjunta a un tratamiento psicoterapéutico de larga duración. Sus conclusiones resultaron muy favorables, destacando importantes disminuciones de ansiedad y depresión, aunque también describen que la meditación podía provocar sentimientos de indefensión que a su vez producían afectos desagradables, tales como miedo, ira, temor y desesperación. El programa de meditación incluía meditación con atención en la respiración, meditación con consciencia en el cuerpo y meditación mindfulness.

En referencia a estos problemas secundarios, Morse [226] destaca que muchos de estos efectos se asemejan a síntomas ansioso/neuróticos y que en los estudios citados no se ha separado la posible influencia de los síntomas previos o la personalidad premórbida de los practicantes. Afirma que no puede discernirse si la práctica de la meditación atrae a ciertos tipos de personalidad propensa a estos problemas o si, por el contrario, es la

práctica de la meditación lo que incrementa la consciencia de estos sentimientos, síntomas y rasgos de personalidad.

Otras posibles explicaciones serían que las personas muy estresadas, no están familiarizadas con las experiencias de relajación y soltarse, por lo que se sienten amenazadas por dichas experiencias; que al abrirse a cualquier pensamiento, afecto o experiencia que pueda ocurrir, no se resisten a este tipo de experiencias y son más probables; que la meditación implica una mayor comprensión y conocimiento personal, lo cual puede resultar doloroso... En el contexto budista se destaca que la meditación actúa como un espejo, que muestra con claridad lo que ya existía previamente.

En cuanto a la potenciación de sintomatologías depresivas quizás podría tener relación con el intento de desapego, de desprenderse de deseos, del sentimiento de pérdida que puede provocar... podría recordar a la “noche oscura del alma” de los místicos. La noche oscura del alma hace referencia a una experiencia mística que no se repite y se añora.

Carrington [227] comenta que los meditadores tienen más probabilidades de experimentar los inconvenientes de esta técnica durante los primeros diez minutos de una sesión de meditación, cuando se alcanza un estado de relajación profunda. Afirma que, en ocasiones el proceso de normalización no resulta fácil. Cuando esto ocurra aconseja cambiar a otra actividad de gestión de estrés, como caminar, tai chi o yoga, y luego volver a intentarlo cuando se esté más relajado.

Dawson [228] ha estudiado a 20 personas que tuvieron problemas tras haber participado en retiros intensivos de meditación vipassana. Encuentra episodios de fragmentación en lugar de integración, con experiencias de ataques de pánico, episodios depresivos, maníacos e incluso un problema muy grave: un suicidio que ocurrió a los pocos meses. Defiende que la iniciación en la práctica debe producirse de forma gradual

y con una selección de los participantes. En este mismo sentido, VanderKooi [229] defiende el uso de cuestionarios en los que se realicen preguntas sobre antecedentes psiquiátricos para realizar una selección previa de los participantes en retiros intensivos de meditación.

Persinger [230] comparó practicantes de meditación trascendental MT con no meditadores y encontró efectos como percepciones no relacionadas con los sentidos, percepción bizarra, síntomas de pensamiento mágico... Defiende que la meditación puede potenciar desordenes de tipo epiléptico. Este investigador encuentra toda una serie de síntomas de preponderancia del hemisferio derecho en los meditadores y advierte de los riesgos de su práctica en personalidades esquizotípicas y con frágil concepto de sí mismas. Epstein [75, 231] también refiere como posibles efectos negativos de la meditación la posibilidad de desencadenar estados psicóticos y el perderse en “estados oceánicos”, de disolución de la propia identidad sin atender a los problemas y dificultades de la vida real.

En el apartado 6.2 sobre mindfulness e hipnosis ya nos hemos referido a la posible relación con fenómenos de tipo disociativo y a la mayor vulnerabilidad a la sugestión en practicantes de meditación. En relación a los efectos secundarios que exponen los autores citados en los párrafos anteriores, podría resultar de utilidad lo que exponen Bakker y Moulding [232], estos autores estudian la Sensibilidad de Procesamiento Sensorial “Sensory-processing sensitivity” SPS, referida a un rasgo que determina que los individuos procesen una variedad de estímulos del medio ambiente de una forma intensa y profunda, lo cual puede tener connotaciones positivas (mayor apreciación y consciencia del entorno) o negativas (sentirse abrumado por tales estímulos). La mayoría de estudios han tratado sus efectos negativos, destacando la mayor propensión a la ansiedad y a la depresión. Bakker y Moulding estudiaron la relación entre SPS, mindfulness y la

ansiedad. Sus resultados apoyan que se da una relación entre SPS, depresión y ansiedad, pero sólo cuando existe un bajo nivel de mindfulness y aceptación, cuando mindfulness y aceptación son altos no existe tal relación.

Otras sintomatologías relatadas por participantes en retiros intensivos se refieren a trastornos del sueño, trastornos digestivos, distanciamiento de la realidad cotidiana, cierta confusión, temor a perder el control, temor a volverse loco, temor a la muerte..., aunque no todas las investigaciones las constatan.

Con respecto a los trastornos del sueño, Simor et al. [233] encuentran que mindfulness está inversamente relacionado con los trastornos del sueño, lo cual va en coherencia con la mayoría de estudios sobre mindfulness y calidad del sueño, relacionándolo los autores con el papel del mindfulness a nivel de regulación emocional como posible protector de los trastornos del sueño. En referencia a las dificultades de relación y a problemas de aislamiento social, Brown [234] ha estudiado el papel del mindfulness como un elemento protector a las amenazas, especialmente las provenientes de las relaciones sociales.

Un denominador común de estas investigaciones es que relatan problemáticas y experiencias ocurridas en retiros en donde se practica meditación de forma muy prolongada durante varios días seguidos, en entornos de aislamiento y privación estimular, insuficientes horas de sueño, ayunos o escasa alimentación... Creo que no resultan significativos para la mayoría de las técnicas recogidas en este trabajo, aunque no deben ignorarse. Por otro lado, vemos que dada la diversidad de métodos de meditación, resulta difícil extraer conclusiones sobre si estos fenómenos ocurren con determinadas prácticas (podría tener relación con grupos de practicantes sometidos a la disciplina de “maestros” con determinadas características patológicas, fenómenos de sugestión grupal...). Es posible que, en muchos casos, los practicantes a los que se

refieren estas investigaciones pretendieran importantes efectos de tipo espiritual o religioso, buscaran estados alterados de consciencia, etc., lo cual les sitúa en un contexto diferente al objetivo de este trabajo -en este sentido, Font [235] realiza una exhaustiva descripción de las psicopatologías que pueden estar relacionadas con las experiencias espirituales y religiosas-.

Una consecuencia que puede extraerse es el ser consciente de que pueden ocurrir problemas, practicar con prudencia y durante periodos de tiempo limitados, en contextos y grupos “sanos” en los que se controlen los antecedentes psiquiátricos, con supervisión cualificada (aquí puede defenderse el rol del psicólogo experto en psicopatología y en salud mental para gestionar de una manera profesional todas estas problemáticas) y que sepa actuar ante la presencia de problemas.

Parece también importante diferenciar entre una práctica poco supervisada e individual de la meditación y los programas y tratamientos terapéuticos. Para la primera se precisa un cierto grado de salud mental, en este sentido Pérez-de-Albéniz y Holmes [236] destacan que la meditación puede resultar de mucha utilidad a las personas que ya han alcanzado un nivel adecuado de organización de su personalidad (para poder dejar de lado el “ego” es necesario disponer de un “ego” bien estructurado –en este sentido, el ego es entendido por estos autores como una imagen interiorizada que se construye a partir de las experiencias relacionales y que tiene las cualidades de consistencia, uniformidad y continuidad-). Esta visión del ego como imagen que tenemos de nosotros mismo, en un sentido similar a la memoria autobiográfica de Damasio [237], es el que se utiliza en este trabajo cuando se hace referencia al ego.

Pérez-de-Albéniz y Holms [236] también resaltan el componente adictivo que puede tener la meditación, que puede transformarse en un ritual que sustituya a otros rituales en personas con propensión a este tipo de conductas obsesivas y compulsivas.



Para las personas que presentan problemas existen los programas y tratamientos terapéuticos que se exponen en el apartado 17 “Uso del mindfulness en ciencias de la salud y psicoterapia” en los que se aplica el mindfulness para abordar y mejorar muchas disfunciones, trastornos y patologías, incluidas las más graves, como los trastornos psicóticos [238]. Estas aplicaciones tienen lugar en un entorno profesional asistencial y no guardan relación con la mayoría de prácticas a las que se refieren los trabajos con los efectos secundarios encontrados debido a la práctica de la meditación.

Para concluir, lo expuesto en este apartado sirve para recordar que la meditación mindfulness no está exenta de riesgos, la necesidad de prudencia en su uso, una prescripción adecuada a las características personales del practicante y a sus objetivos, y la conveniencia de un seguimiento cualificado de dicha práctica.

## **12. MINDFULNESS Y ESPIRITUALIDAD**

Aunque las prácticas de mindfulness se efectúan desde una vertiente laica y desprovistas de sus originales elementos de carácter religioso, como ya se ha comentado, la palabra mindfulness, es la traducción inglesa de la palabra en lengua pali “sati”. “Sati” es un término de origen budista y, en este contexto, es el primero de los siete factores de iluminación; estaría formado por 4 tipos de atención: atención al cuerpo, atención a las sensaciones, atención a los pensamientos y atención a la mente; también es el séptimo paso del llamado noble óctuple sendero [239]. La palabra “sati” en idioma pali, correspondería a la palabra “smṛti” en sanscrito y a la palabra “tren-ba” en tibetano [51]. Debido a las características de esta tesis, no se profundiza en estos aspectos, los cuales adquieren diferentes connotaciones en función de las distintas tradiciones budistas que consideremos: theravada, mahayana, vajrayana... En realidad, dentro de mindfulness se están incorporando nuevas prácticas que tendrían que ver con otros términos de la misma tradición: por ejemplo, los componentes de las llamadas cuatro nobles verdades: “metta”

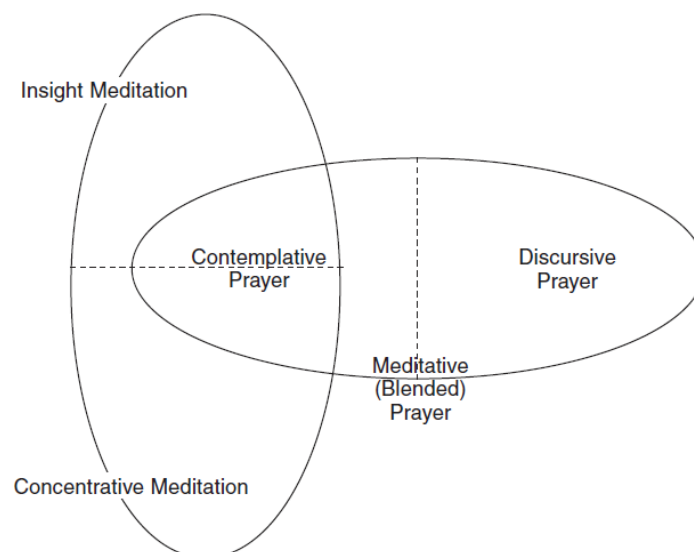
o bondad amorosa, “karuna” o compasión, “mudita” o alegría y “upekkha” o ecuanimidad.

Para algunos autores [240, 241], este tipo de prácticas han sido conocidas por diferentes culturas religiosas y tradiciones, adaptadas a los diferentes contextos. En nuestra tradición cultural, han existido grandes místicos que han tratado de estos temas y que es de justicia recuperar. San Juan de la Cruz (distinguió entre oración discursiva y oración contemplativa), Santa Teresa de Jesús (“Las Moradas” podrían considerarse un tratado de mindfulness, sobrepasado ya en las moradas finales), San Ignacio de Loyola (su idea de “contemplativos en la acción” guardaría ciertas similitudes), por citar algunos, han llegado a niveles de experiencia y conocimiento de estos temas muy profundos y avanzados. De la iglesia ortodoxa proceden los textos agrupados bajo el nombre de Filocalia, dedicados a la mística y a la ascesis, La Nube del no Saber, de un autor anónimo inglés del siglo XIV, por citar solo algunos. En la actualidad existen grupos que practican la meditación cristiana, como el fundado por John Main [242], inspirado en los padres del desierto. En la cábala judía, el sufismo mahometano y otras tradiciones también existen desarrollos similares. Shopen y Freeman [243] también hablan de la meditación como de una tradición occidental olvidada.

Mindfulness puede ser una vía en donde convergen y se complementan las miradas orientales y occidentales de la cultura y de la vida. Ha sido posible que nos lleguen de oriente prácticas que tienen un origen espiritual y religioso y que han podido traspasar este uso para convertirse en prácticas de salud, bienestar y crecimiento humano sin ningún prejuicio o problema moral por parte de los practicantes occidentales y, hasta la fecha, no ha sido posible que haya ocurrido algo similar con prácticas semejantes procedentes de nuestra propia cultura, pues sus intentos de recuperación encuentran grandes resistencias debido principalmente a prejuicios ante el fenómeno religioso,

especialmente si proviene de nuestro propio contexto cultural. Paradójicamente, nuestra cultura no tiene prejuicios en importar prácticas de culturas espirituales y religiosas que han defendido, y en algunos casos todavía defienden, la existencia de castas, han estado y están en la base de sociedades profundamente injustas y desiguales y que defienden prácticas médicas y curativas basadas en conocimientos contrarios a la evidencia científica.

Stratton [241] propone un modelo que intenta relacionar meditación y oración. La meditación la entiende como situada en un continuo que puede ir entre meditación concentrativa y meditación de campo abierto o “insight”. Los distintos tipos de oración los sitúa entre dos polos que van entre la oración discursiva (que tiene una orientación activa) y la oración contemplativa (de carácter pasivo), en mitad del continuo existiría una práctica que oscila entre los dos polos y que llama oración meditativa. Para este autor, la relación entre la meditación y la oración contemplativa sugiere una superposición, pero no una fusión, de la zona media de la meditación (en el óvalo vertical) y de la oración contemplativa (en la zona izquierda de la oración (óvalo horizontal)). Ver Figura 13.

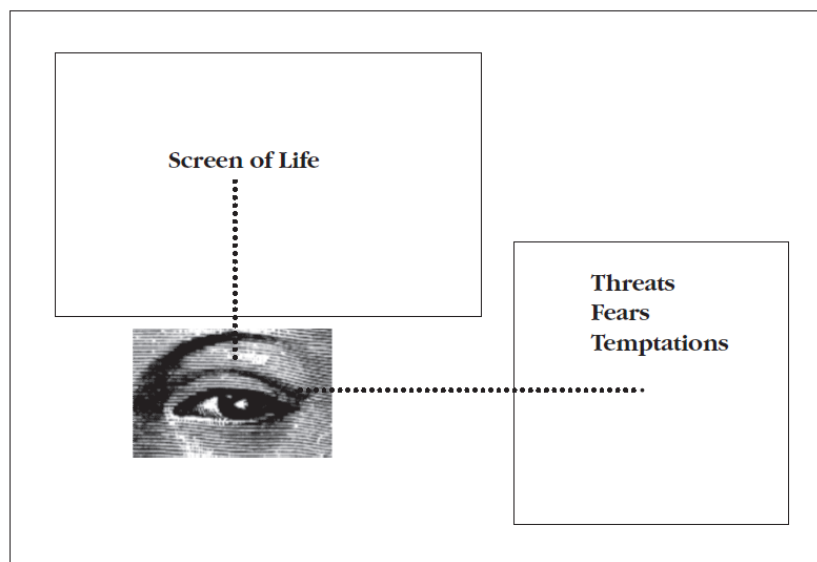


**Figura 13: Posible relación entre meditación y oración**  
*Fuente: Stratton (2015)*

Algunos autores incluso defienden que la práctica de mindfulness no sólo es compatible con el cristianismo, sino que incluso puede ayudar a los cristianos a vivir más plenamente sus valores y creencias; en este sentido, Symington y Symington [244] han desarrollado un modelo de mindfulness propio diseñado para apoyar y enriquecer el camino hacia una espiritualidad cristiana. Este modelo se basa en tres pilares: presencia mental, aceptación y observación interna. Una aportación interesante del mismo es el de distinguir entre fusión positiva y negativa (normalmente, en los modelos terapéuticos que incluyen mindfulness, como por ejemplo la terapia ACT, la fusión se considera negativa y se entrenan prácticas de “defusión” –yo no soy mis pensamientos, o mis emociones...-), para estos autores, por ejemplo, la fusión que se produce en una relación amorosa sería positiva, mindfulness sería un antídoto para la fusión negativa. El efecto combinado de un anclaje en el centro y una menor fusión negativa incrementan la habilidad para seguir los propios valores.

Según este modelo, cada persona posee un par de ojos físicos y un par de ojos internos. Puede imaginarse a los ojos internos contemplando un sistema de “home cinema” con dos pantallas. La pantalla frontal mira al frente, proyectados en esta pantalla están los pensamientos y sentimientos, en esta pantalla frontal está el momento presente, así como también imágenes que ofrecen un significado y propósito a la vida. Para vivir una vida de alegría, paz y libertad debe mantenerse la concentración en la pantalla frontal, aunque todos debemos lidiar con una pantalla lateral que nos distrae, en esta pantalla lateral se nos muestran las amenazas, temores, y pensamientos y sentimientos potencialmente destructivos. Cuando se activa la pantalla lateral, la persona se siente atraída y desvía la mirada interna de la pantalla frontal, si esto se prolonga, puede producirse la fusión negativa y una gran dificultad para volver de nuevo la mirada a la pantalla frontal. Su modelo intenta ayudar a establecer una buena relación con la pantalla lateral, a la vez que proporciona herramientas para estar más conectados a la pantalla

frontal. La imagen de las dos pantallas ofrece a los practicantes una manera simple de entender y aplicar las habilidades mindfulness. Los pensamientos y sentimientos pueden ser entendidos y organizados en función de las dos pantallas frontal y lateral. Esta imagen permite estructurar su experiencia y relacionarse con sus sensaciones internas de forma que se fortalece la libertad psicológica y la acción basada en valores. La imagen de las dos pantallas permite encontrar un espacio interno entre la rumiación negativa (enfocarse en la pantalla lateral) y la represión, en la que hay un intento poco saludable para bloquear los pensamientos y sentimientos que nos amenazan. Ver Figura 14.



**Figura 14: El método de las 2 pantallas**

*Fuente: Symington y Symington (2012)*

A pesar de quedar desvestido de sus componentes de origen religioso, algunos autores defienden que la práctica de mindfulness, especialmente si es mantenida durante el suficiente periodo de tiempo, tiene unos efectos de tipo espiritual y potenciador de un sentido de trascendencia. Kristeller [214] afirma que la práctica de mindfulness puede producir un crecimiento espiritual, pues se produce un distanciamiento, una menor valoración de las necesidades de supervivencia más elementales, primitivas y materiales. Podría ser que la práctica de la meditación potencie las funciones neurológicas específicas para la experiencia espiritual que han descrito d'Aquili y Newberg [245–247], como ha

sido conocido a lo largo del tiempo por diferentes tradiciones espirituales, aunque Leigh et al. [107] han estudiado la espiritualidad y el mindfulness y han encontrado evidencia de que pueden ser constructos separados.

Otros autores defienden que si se desvincula y aísla la práctica de mindfulness de sus orígenes espirituales y religiosos, considerando únicamente su vertiente utilitarista, en realidad está sufriendo una desvirtuación que lo altera en su esencia [248]. Dorjee [51] resalta que, además de sus aspectos de atención sostenida, el mindfulness verdadero abarca otros factores relacionados con la recta visión, el discernimiento ético y el cultivo de las emociones saludables.

Existen investigaciones que obtienen resultados diferentes en función de si se practica una meditación de base secular o una de espiritual, con mayores efectos para la segunda [249], considerando que la espiritualidad es un ingrediente crítico de la misma.

No es fácil definir los efectos espirituales, aunque los efectos conseguidos parecen ser sostenibles en el tiempo y resistentes a las variaciones ambientales. Los efectos espirituales se refieren también a los estados especiales de consciencia que pueden producirse y que puede originar que los meditadores se confundan con respecto a qué efectos esperar durante y después de la práctica, pudiéndose generar expectativas poco realistas, lo cual viene fomentado con los posibles efectos menores que pueden producirse en este dominio desde los inicios de la práctica.

Llegados a este punto podría resultar interesante diferenciar entre espiritualidad, religión, fe y creencias como hace Font [235], pero esto se aleja demasiado del objeto principal de esta investigación. J.C. Smith [59] ha planteado que los cambios a nivel espiritual aparecen en personas que tienen una inquietud o creencia sobre estos temas. El tema de la integración de la espiritualidad, como un aspecto central de la

persona, y la psicoterapia es una constante a lo largo de la historia, y ha sido planteada por importantes psicoterapeutas, como Jung, Maslow o Frankl, quizás uno de los posibles mecanismos por los que puede ejercer su influencia mindfulness es incorporando esta dimensión de una manera implícita, sin generar prejuicios ni resistencias en las personas “no creyentes” y permitiendo incorporar esta dimensión con libertad, sin sentirse juzgadas ni ridiculizadas, en personas “creyentes”. A modo de reflexión, se aconseja ejercer la crítica y la prudencia ante los denominados maestros de meditación que pretenden ejercer funciones clínicas, así como ante los clínicos que pretenden ejercer funciones que pueden ir más allá de sus competencias como tales.

La relación entre procesos terapéuticos y espiritualidad existe desde la antigüedad. En nuestra cultura cristiana y occidental, la palabra terapeuta ha estado también asociada al universo de “lo espiritual” y no sólo al ámbito mundano del tratamiento de la enfermedad. Segovia [250] remarca los 2 significados de la palabra terapeuta (según el Diccionario de la Real Academia Española): 1) persona que profesa la terapéutica, 2) se dice de cada uno de los individuos de una secta religiosa, al parecer de origen judaico, que en los primeros siglos de la Iglesia observaba algunas prácticas del cristianismo. Resulta curioso como la etimología de las palabras puede resultar sorprendente y paradójica, recordándonos orígenes y relaciones que hoy hemos olvidado.

Ramakrishnan [251] efectúa una revisión de trabajos que abordan aspectos relacionados con la espiritualidad, la religión, la teología y la medicina. Este es un tema que puede generar polémica pero que este autor intenta abordar desde las prácticas basadas en la evidencia. Defiende que la práctica del mindfulness desarrolla habilidades como la atención y escucha profunda que permiten conectar mejor con los aspectos espirituales de uno mismo y de los demás, resultando de utilidad para poder trabajar, en un contexto médico, con la salud espiritual de los pacientes. La práctica del mindfulness

resultaría de utilidad para las personas que tiene a su cargo más específicamente las cuestiones de salud espiritual y también para los profesionales de la salud en general.

### **13. ALGUNOS POSIBLES MECANISMOS EXPLICATIVOS DE LA EFECTIVIDAD DE MINDFULNESS**

Los estudios generalmente se centran en los efectos sobre la reducción de síntomas como la variable dependiente principal, quedando en segundo término la investigación de los posibles mecanismos explicativos.

Lykins y Baer [252] estudiaron las relaciones entre la experiencia en meditación mindfulness y varios posibles mecanismos de actuación. Se centraron en comparar a meditadores con larga experiencia frente a no meditadores equiparados en variables demográficas, encontraron evidencia de la relación entre la práctica continuada de meditación e incrementos de mindfulness en su vida diaria, así como con disminución de pensamiento rumiativo, disminución del miedo a las emociones e incremento de conductas de autorregulación. Resultan interesantes los estudios como este en que se centran en meditadores con larga experiencia, frente a los numerosos estudios que tratan de los efectos de la meditación a corto plazo (programas de 8 semanas de entrenamiento), pues los efectos y sus mediadores podrían ser diferentes.

Segal et al. [7] también destacan la importancia de la disminución de la rumiación acerca de los beneficios de la MBCT para prevenir las recaídas en pacientes con depresión recurrente.

Linehan [12] resalta el papel de la desensibilización mediante la exposición a emociones negativas como un aspecto importante de la Terapia Dialéctico Conductual



para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), así como una mayor capacidad para comportarse de forma adaptativa al experimentar emociones y sensaciones catalogadas como desagradables. Baer [253] afirma que uno de los principales mecanismos que pueden explicar la efectividad clínica del mindfulness es experimentar, mediante ejercicios, una especie de exposición a varios tipos de información, interoceptiva y exteroceptiva, que acostumbra a evitarse y/o suprimirse.

Shapiro et al. [18] describen un modelo en el cual mindfulness produce sus efectos a partir de 4 variables: otra relación con la experiencia “reperceiving”, la cual está en el origen de cambios en la *autorregulación, clarificación de valores, flexibilidad cognitiva y de conducta, y exposición*. Describen *repercepción “reperceiving”* como un cambio en relación con la experiencia percibida y como similar a otros conceptos que acostumbran a utilizarse como *descentramiento “decentering”, defusión “defusion” y distanciamiento “distancing”*; todos estos términos harían referencia a la habilidad de observar los propios pensamientos y sentimientos como eventos temporales en la mente que no requieren respuestas concretas, en vez de partes del sí mismo que son importantes o necesariamente verdaderas. Carmody et al. [80] intentaron validar este modelo con un entrenamiento en MBSR, encontrando solamente resultados favorables parciales. Para Feldman et al. [254] el descentramiento es el mecanismo diferencial mediante el que actúa mindfulness, en comparación con otras técnicas de reducción de estrés.

Nueva relación con pensamientos y emociones: Kristeller [38] recoge como, en el budismo, la mente es considerada como uno más de los sentidos. A nuestro organismo le afecta tanto el mundo externo como el mundo interno, las señales de peligro pueden venir tanto del exterior como del interior, provocando numerosos cambios neurofisiológicos negativos, en realidad esto es conocido y aceptado por la psicología cognitiva, que tiene una larga experiencia en estudiar cómo construimos en gran parte nuestra realidad

## Posibles mecanismos explicativos de su efectividad

mediante la significación y sentido que atribuimos a lo que nos acontece. Además, estos estímulos internos generan, a su vez, más reacciones, pensamientos, sentimientos y conductas, de ahí, su gran importancia.

Estas premisas son compartidas con la terapia cognitiva, que busca que la persona sea consciente y cambie sus pensamientos irracionales o negativos [255, 256]. La terapia cognitiva intenta actuar directamente en dichas experiencias significativas intentando modificar su contenido y sustituirlo por otro alternativo, pensamientos negativos por pensamientos más equívocos, reformulando el significado de las experiencias. La terapia conductual intenta provocar cambios en las relaciones entre los estímulos desencadenantes y las respuestas mediante la extinción y la práctica reforzada. La meditación, expone Kristeller [38], actúa de manera diferente, aunque puede ser integrada en los tratamientos cognitivos y conductuales. Por un lado, proporciona una manera de soltar, de un modo suave, todo lo que incide sobre la mente, resulte agradable o desagradable. Para lograr esto utiliza varios recursos, el más básico consiste en llevar la atención a estímulos repetitivos que no tengan un significado, por ejemplo, centrarse en la respiración; esta práctica podría tener efectos similares al de cualquier procedimiento de distracción, la diferencia estaría en que no necesitamos ocupar la mente en un elemento alternativo. Luego, podemos pasar simplemente a observar los contenidos de la consciencia, observando cómo se van produciendo patrones de reacción condicionados, una especie de automonitorización reflexiva, observando la formación del proceso de consciencia en sí mismo. Aprendemos a observar la cadena de pensamientos sin influir en ella y sin reaccionar a la misma, sin responder, sin intentar buscarle un significado, sin juzgarlos..., esto podría producir un proceso similar al que se produce en la extinción.

Kabat-Zinn [4] resalta el cambio de intención (dejar de lado el esfuerzo por controlar la experiencia interna y la lucha con el momento presente) cuando afirma que

“mediante la práctica de mindfulness ponemos en marcha mecanismos muy potentes que funcionan, independientemente de nuestra voluntad, y que contribuyen a mejorar nuestra salud y bienestar” Este aspecto también dificulta su estudio objetivo, pues se afirma que no debe pretenderse ningún objetivo cuando se practica meditación. En la reunión previa para los participantes en el programa MBSR se les pide que identifiquen 3 objetivos con los que desea trabajar durante el programa, luego se les anima a que no intenten realizar progreso alguno hacia la consecución de sus objetivos durante las 8 semanas del programa (sólo deben permanecer en el presente y seguir las instrucciones sobre la meditación), se les comenta que con paciencia y práctica regular, el movimiento hacia nuestros objetivos se producirá por sí mismo, de modo que será posible conseguir algo sin pretender nada.

Afirmando que mindfulness funciona con independencia o más allá de nuestra voluntad, Kabat-Zinn parece introducir elementos comunes a las terapias persuasivas que magistralmente describen Strong y Claiborn [257] para explicar la eficacia de las terapias cuando resaltan la importancia de presentar el cambio como si no fuera tal, como resultado de un proceso de evolución interno y autónomo del cliente (no de la condescendencia con el terapeuta), con la existencia de agentes causales del cambio que operan más allá del control voluntario del cliente, con la creencia del terapeuta en una “teoría” del cambio y su capacidad de influencia, etc.

Van den Hout et al. [258] basándose en que tanto MBCT y EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares) son efectivas en reducir el impacto de la ideación negativa, intentan explicar sus efectos debido a que ambas terapias piden al paciente una tarea dual: atención a la respiración y atención al movimiento ocular, a la vez que experimentan pensamientos o imágenes negativas. Afirman que esta dualidad de tareas afecta a la Memoria de Trabajo, que dispone de recursos limitados y tiene que reducir la viveza y emocionalidad que provocan los

pensamientos o imágenes negativas. En su investigación consiguieron evidencia parcial, lo que sugiere que, además de la Memoria de Trabajo, existirían otros mecanismos explicativos.

Corrigan [259] postulan que EMDR y mindfulness compartirían la capacidad para restaurar la activación bilateral de la corteza cingulada anterior que se encuentra afectada en los síndromes post-traumáticos y en la disociación hipnótica, a la vez que mejorar la integración recíproca entre las partes que modulan la cognición y la afectividad de dicha corteza cingulada anterior. Esta hipótesis de mejora de la integración neural también es defendida por D. Siegel [120]

Sun et al. [260] aplicaron con éxito un tratamiento combinado mediante meditación mindfulness y EMDR a un paciente anciano hospitalizado. Piensan que las dos terapias consiguieron sinergias debido a que comparten la observación consciente y atenta de una experiencia angustiante.

Farb et al. [261] defienden que procesamos la información de manera diferente en función de que sea información sobre experiencias sensoriales centradas en el momento presente (foco experiencial FE) o información sobre pensamientos o imágenes mentales con una referencia temporal más dilatada (foco narrativo FN), en el procesamiento de estos dos tipos de información intervendrían diferentes áreas cerebrales (córtex prefrontal lateral derecho y áreas viscerosomáticas, frente al córtex prefrontal medial). En un experimento usando resonancia magnética y con entrenamiento en meditación mindfulness, encontraron que esta conseguía un cambio de actividad cerebral coherente con sus hipótesis. Parecen aportar evidencia de que con entrenamiento en meditación mindfulness se procesa la información de manera diferente y más distribuida en las diferentes áreas cerebrales, ayudando a diferenciar entre estas dos formas de referencia de sí mismo que normalmente resulta difícil diferenciar.

Treadway y Lazar [60] basándose en numerosos estudios sobre los efectos neurobiológicos del mindfulness afirman que “se dispone de pruebas suficientes para demostrar que la meditación es un estado mental único, distinto de los estados de reposo, y que parece promover cambios funcionales y estructurales a largo plazo en regiones del cerebro importantes para llevar a cabo funciones relevantes desde el punto de vista clínico” (p.133). En el apartado 4.1 se han citado varios trabajos que aportan evidencia de estos cambios a nivel neurológico, aquí se añade el trabajo de Lee et al. [262] que aporta que dichos efectos a nivel cerebral pueden ser diferentes en función de si se entrena meditación en atención o meditación “metta”. Estos efectos diferentes también se observan entre prácticas de meditación con atención focalizada o prácticas de meditación de atención distribuida o de campo abierto [27, 191].

Incrementar el nivel de consciencia: en el apartado 6.3, dedicado a mindfulness y biofeedback se ha destacado este elemento en común entre ambos métodos [97]. Vemos el posible nexo de unión con otros mecanismos que se acaban de exponer: incremento de conductas de autorregulación, automonitorización reflexiva, exposición a información interoceptiva y exteroceptiva, observación consciente y atenta...

Mejor gestión de los recursos atencionales: en el apartado 10 ya se ha comentado como Malinowski [213] relaciona las prácticas de mindfulness con una mejor gestión y asignación de recursos atencionales.

Uno de los estudios que ha tenido más difusión acerca de los mecanismos de actuación de mindfulness es el de Hölzel et al. [61]. Estos autores proponen varios componentes a través de los cuales la meditación mindfulness produce sus efectos: regulación de la atención, conciencia el cuerpo, regulación emocional (tanto a nivel de revaloración como de exposición, extinción y reconsolidación) y cambios en la perspectiva del “self”. Estos componentes están altamente relacionados y en continua

interacción. En la Figura 15 pueden verse estos componentes, junto a ejemplos de instrucciones, de los cambios que producen y de las áreas cerebrales implicadas.

Mechanism	Exemplary instructions	Self-reported and experimental behavioral findings	Associated brain areas
1. Attention regulation	Sustaining attention on the chosen object; whenever distracted, returning attention to the object	Enhanced performance: executive attention (Attention Network Test and Stroop interference), orienting, alerting, diminished attentional blink effect	Anterior cingulate cortex
2. Body awareness	Focus is usually an object of internal experience: sensory experiences of breathing, emotions, or other body sensations	Increased scores on the Observe subscale of the Five Facet Mindfulness Questionnaire; narrative self-reports of enhanced body awareness	Insula, temporo-parietal junction
3.1 Emotion regulation: reappraisal	Approaching ongoing emotional reactions in a different way (nonjudgmentally, with acceptance)	Increases in positive reappraisal (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire)	(Dorsal) prefrontal cortex (PFC)
3.2 Emotion regulation: exposure, extinction, and reconsolidation	Exposing oneself to whatever is present in the field of awareness; letting oneself be affected by it; refraining from internal reactivity	Increases in nonreactivity to inner experiences (Five Facet Mindfulness Questionnaire)	Ventro-medial PFC, hippocampus, amygdala
4. Change in perspective on the self	Detachment from identification with a static sense of self	Self-reported changes in self-concept (Tennessee Self-Concept Scale, Temperament and Character Inventory)	Medial PFC, posterior cingulate cortex, insula, temporo-parietal junction

**Figura 15: Mecanismos de actuación de mindfulness**

*Fuente:* Hölzel et al. (2011)

Existen otros modelos de mecanismos, desde una perspectiva propiamente budista [263], que no se expondrán.

Para concluir este apartado, importa mencionar cómo diferentes autores [252] resaltan que la mayoría de los estudios sobre los efectos de la práctica de mindfulness en el funcionamiento psicológico se basan en practicantes sin ninguna experiencia previa en meditación que participan en programas de entrenamiento de corta duración (el más común es el de 8 semanas de Kabat-Zinn), sin embargo, es conocido que, en las tradiciones budistas, la meditación es considerada como una práctica regular que requiere largos años y que tiene efectos muy amplios, más allá de la reducción de síntomas, incluyendo incremento de consciencia, comprensión, compasión, ecuanimidad y sabiduría. Por lo tanto, un estudio más completo de las personas que han practicado meditación mindfulness durante períodos prolongados de tiempo podría proporcionar

información valiosa acerca de sus efectos psicológicos y de los mecanismos implicados, como exponen Walsh y Shapiro [136].

#### **14. MINDFULNESS Y FILOSOFIA ORIENTAL Y OCCIDENTAL**

Para Grossman y van Dam [264], mindfulness puede ser considerado, dentro de la tradición budista, como un programa sistemático desarrollado durante varios milenios para investigar la experiencia subjetiva, a modo de experiencia fenomenológica. Brown y Cordon [265] también se refieren a la fenomenología de Husserl [266] como una corriente del pensamiento occidental que puede contribuir a entender mindfulness. Para Husserl (que fue alumno de Brentano y maestro de Heidegger, y se inspiraba fundamentalmente en Platón, Descartes y Kant), existirían 2 modos primarios de funcionamiento consciente: la **actitud natural** (es el modo de procesamiento por defecto y consiste en una orientación hacia nosotros mismos, hacia los demás y hacia el mundo en la que los acontecimientos y las experiencias se tratan como objetos sobre los que se llevan a cabo las operaciones cognitivas) y la **actitud fenomenológica** (nuestra atención se orienta hacia la realidad simplemente como aparece o se nos presenta).

La actitud fenomenológica permite tomar distancia, todo permanece, pero se percibe tal como aparece. Podría ser un concepto similar a lo que en el budismo se denomina “mente de principiante” [42]. Todo se observa como parte del flujo de consciencia. Se crea una intimidad con la experiencia consciente, una visión del mundo “desde dentro” en lugar de alejarse de ella como un observador independiente. Esto plantea la pregunta de “quién está mirando”, “quién es el sí mismo” que simplemente asiste a lo que acontece.

Varias escuelas filosóficas intentan encontrar sinergias entre la filosofía de la mente y las ciencias cognitivas, en este sentido, Gallagher [267] propone la existencia de dos tipos de “self”:

- ✓ Un “yo narrativo” compuesto por las actividades cognitivas coherentes que establecen y mantienen una narrativa continua o conjunto de historias sobre nosotros mismos y nuestro lugar en el mundo. Dennet [76](1995) lo denomina “centro de gravedad narrativa” y también sería algo semejante a lo que Gazzaniga denomina “el intérprete”, localizado en el hemisferio izquierdo [268].
- ✓ Un “yo mínimo”, que es nuestra experiencia básica e inmediata de la realidad. Es un “receptor activo” de aquello a lo que la consciencia dirige la atención. Para Husserl nuestra actividad intencional más fundamental es estar activamente receptivos a la realidad, darnos cuenta prestando atención a lo que nos afecta.

Ya se ha comentado como Capafons y Sosa [108] sugieren que el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, la Terapia ACT y Mindfulness suponen una vuelta a la fenomenología de Husserl, el volver a las cosas mismas, el dejar que las cosas ocurran, el no interferir como forma de controlar.

Ahora quizás pueda introducirse el concepto de metaconciencia (en lengua pali “sompajanna”) que es conocer el estado de la mente en un momento dado, incluida la cualidad de la atención de uno mismo, permite introspección o “insight” en el sentido de ver con claridad los fenómenos a los que se presta atención. Cuando mindfulness y metaconciencia trabajan juntas de esta manera, puede alcanzarse la “presencia” (inmediatez de la experiencia en la medida en que sucede) [51]. Grossman y van Dam [264] resaltan las dificultades y vulnerabilidades que representa intentar trasladar a los paradigmas psicológicos mecanicistas occidentales estos conceptos provenientes de la filosofía budista.

Todos estos aspectos que se comentan son muy importantes para los profesionales sanitarios y asistenciales, puesto que la atención receptiva que caracteriza el mindfulness puede potenciar una mayor capacidad o voluntad de interesarse por los pensamientos y



las emociones de la otra persona que participa en la comunicación, y también puede mejorar la capacidad de prestar atención al contenido de dicha comunicación, al tiempo que se es consciente del tono afectivo y del comportamiento no verbal del otro. Al mismo tiempo, esa persona puede ser más consciente de sus propias respuestas cognitivas, emocionales y verbales en la comunicación.

Puede añadirse que resulta paradójico que, además de proceder de las filosofías y prácticas orientales, este retorno a los orígenes se dé de la mano de las neurociencias, que han vuelto a poner en el centro del debate el estudio de los procesos de consciencia. En este sentido, Weich [269] destaca este carácter de mindfulness como elemento unificador de la sabiduría oriental y de la ciencia occidental.

## **15. CONOCIMIENTOS Y TEORÍAS DE LA PSICOLOGÍA Y NEUROCIENCIAS QUE PUEDEN AYUDARNOS A OPERATIVIZAR Y ENTENDER MINDFULNESS**

Desde la necesidad de comprender este término procedente del budismo podemos intentar introducirnos en la comprensión de diferentes conceptos relacionados con “sati” (mindfulness), Siegel et al. [13] nos hablan de “samatha” (en referencia a la meditación de concentración), “vipassana” (en referencia a la meditación de introspección), “metta” (en referencia a la meditación del amor incondicional) y afirman que cuando nuestra “sati” (mindfulness) es fuerte, podemos elegir pasar de una manera fluida de la práctica “metta” a “samatha” y “vipassana”, en función de las necesidades. Brown y Cordon [265] también utilizan terminología budista y se refieren a sampajanna (en relación a la metac consciencia). A pesar de que existen trabajos antiguos orientales sobre la atención, como el Satipatthana Sutta (Sutra de los fundamentos de la atención) y de la existencia de textos que tratan acerca de la relación entre el budismo y la psicoterapia cognitivo

Conocimientos y teorías de la psicología y neurociencias conductual [270, 271] puede verse la dificultad que, como occidentales y como científicos, tenemos para aprehender y operativizar estos conceptos.

Prieto [272] comenta el enorme rodeo que hemos debido realizar para llegar a considerar aspectos que nos vienen ahora a través de culturas orientales cuando los mismos ya estaban presentes desde el inicio de nuestra disciplina, “psiqué” en griego clásico significa respiración, soplo, aliento... Este autor resalta su similitud con la palabra afín en chino “qi” o “chi”, su similitud fonética y cómo han venido a significar energía vital, flujo, espíritu, fuerza... poniendo énfasis en los aspectos energéticos por encima de los materiales. También destaca Prieto que la palabra “psiqué”, además, significa mariposa y que la letra griega  $\psi$  “psi” (tan utilizada para identificar la psicología) debe su grafía a la forma del cuerpo de este insecto y la parte superior de ambas alas, como símbolo de lo sutil, lo vital..., sin olvidar las connotaciones que tiene la mariposa con respecto a metamorfosis, renacimiento. Es muy importante recordar y recuperar nuestros orígenes para poder encontrar nuestra identidad, tal como afirma Raimon en una de sus canciones: “qui perd els seus orígens, perd identitat”.

### **15.1. Atención**

Segovia [273] destaca como, a través de las instrucciones que se facilitan en las prácticas meditativas, podemos darnos cuenta de que deben intervenir la atención y procesos relacionados con las funciones ejecutivas (relacionadas con la programación, la regulación y comprobación de las actividades que realizamos),

En la literatura psicológica se han estudiado diferentes tipos clínicos de atención: alerta, amplitud de atención, atención focal, atención serial, atención dividida, atención de preparación, atención sostenida, inhibición, etc. Posner y Petersen [274] han postulado

tres sistemas neuronales implicados en los procesos atencionales: red atencional de vigilancia o alerta, red atencional de orientación y red atencional ejecutiva, cada red estaría ligada a determinadas estructuras neuronales.

La autorregulación de la atención, para Wallace y Shapiro [275], incluiría tres funciones: la capacidad de dirigir la atención de un contenido a otro, la capacidad de permanecer centrado en un único objeto, y la capacidad de metaatención, que permite darse cuenta de cuando la atención pasa a otros objetos.

En la Figura 16 pueden verse muy resumidas las características de los tres sistemas neuronales propuestos por Posner y Peterson y las funciones reguladoras de la atención postulados por Wallace y Shapiro.

- 1. Red atencional de vigilancia** (mantiene el estado de alerta).
  - Activada (atención sostenida)
  - Desactivada
- 2. Red atencional de orientación** (dirigir u orientar la atención hacia diferentes estímulos)
  - Fijación
  - Desenganche
  - Movimiento
- 3. Red atencional ejecutiva** (conflictos de atención, detección de errores, realización de varias tareas, atención al lenguaje, memoria de trabajo y cambio de tarea)
  - Resolución del conflicto atencional (cuando cualquier proceso distractor compite con el objeto de la meditación y en propiciar una atención sostenida)

**Figura 16: Redes atencionales**

*Fuente:* Posner y Petersen (1990) y Wallace y Shapiro (2006)

La aplicación de este modelo de redes atencionales a las prácticas mindfulness supone que cada tipo de práctica implicaría un determinado modo de funcionamiento de estas redes atencionales. Ver Figura 17.

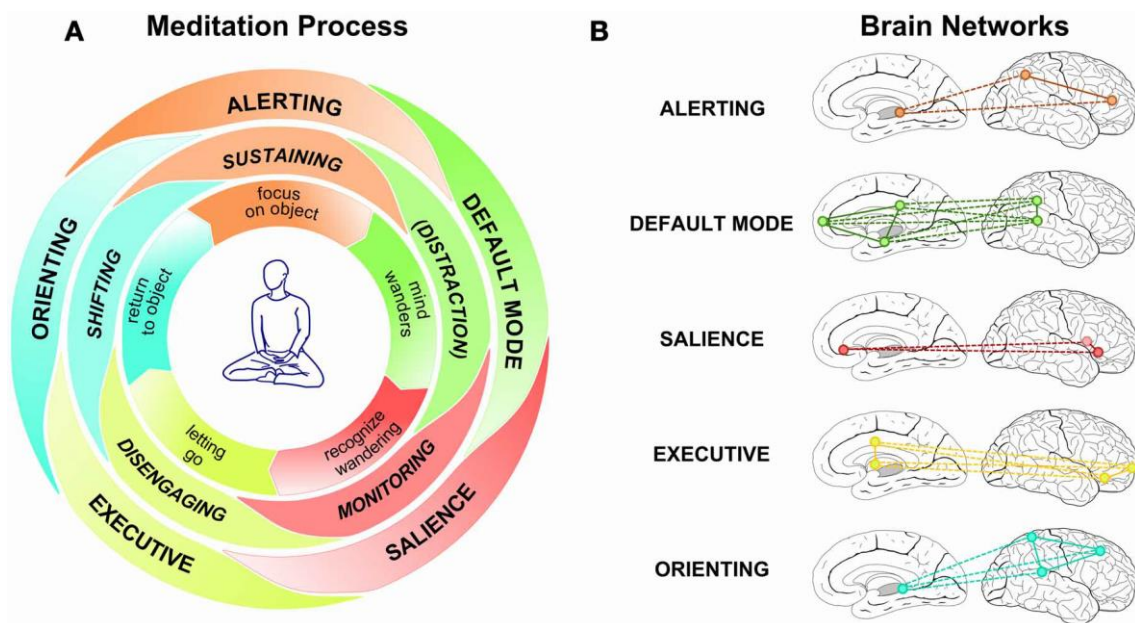
- **Exploración corporal:**
  - Red de vigilancia activada (atención sostenida)
  - Red de orientación activada (fijación, desenganche y movimiento)
  - Red ejecutiva activada (si te distraes, vuelve a la respiración)
  
- **Meditación de atención en la respiración:**
  - Red de vigilancia activada (atención sostenida)
  - Red de orientación activada (sólo fijación)
  - Red ejecutiva activada (si te distraes, vuelve a la respiración)
  
- **Meditación abierta:**
  - Red de vigilancia activada (atención sostenida)
  - Red de orientación activada (sólo desenganche)
  - Red ejecutiva activada (si te distraes, vuelve a la respiración)

**Figura 17: Prácticas mindfulness y redes atencionales**

*Fuente:* Basado con modificaciones en Segovia (2007)

Malinowski [213] ha efectuado en 2013 una revisión de los modelos atencionales y de las redes neuronales implicadas en los mismos que recoge mejoras con respecto a los modelos anteriores. En concreto, además de los 3 sistemas propuestos por Posner y Petersen, añade un cuarto sistema, que sería una subdivisión de la red ejecutiva, llamado red de relevancia “salience network” (Dosenbach et al., 2006; Seeley et al., 2007; Sridharan et al., 2008) que estaría implicada en la función de control atencional de detección de acontecimientos relevantes subjetivos a través de las diferentes modalidades (homeostáticas, cognitivas o emocionales) y proporcionaría señales a la red ejecutiva para actuar conforme a propósito, y un quinto sistema llamado red neuronal por defecto “default mode network” (Mason et al., 2007; Buckner et al., 2008; Hasenkam et al., 2012) que se activa cuando la atención involuntariamente se desplaza lejos del objeto, se distrae, durante el proceso de meditación. En la Figura 18 (parte A o izquierda) se resume el proceso de meditación focalizada o concentrativa. Pueden verse tres capas, de dentro a fuera: la experiencia fenomenológica del meditador, los procesos atencionales

subyacentes y las redes neuronales implicadas en estos procesos. En el nivel fenomenológico, el meditador se centra en la práctica de la meditación concentrativa fijando la atención en un objeto de meditación, como puede ser notar el movimiento de la respiración en el abdomen, en la capa de los procesos atencionales corresponde a mantener una atención sostenida y en la capa exterior de las redes neuronales implicadas corresponde a la red neuronal de alerta. A partir de aquí, en el sentido de las agujas del reloj, podría pasarse a una fase en que la mente pierde su foco de atención y se produce la distracción o vagar de la mente en el que la red neuronal por defecto adquiere mayor protagonismo. Después, el meditador se apercibirá de la distracción mediante la función de supervisión de la atención y la participación de la red de relevancia. Cuando el meditador se apercibe que la mente está vagando, suelta el objeto de su distracción desenganchando la atención del mismo con la participación de la red ejecutiva. Luego se produce el regreso al objeto primero de meditación, desplazando el objeto de la atención con la intervención de la red de orientación. El proceso completo puede ocurrir en breves momentos o extenderse en el tiempo, pues el meditador principiante puede necesitar un periodo considerable de tiempo para apercibirse que su mente está vagando y distraída. Malinowski destaca que en este proceso descrito en fases separadas, en realidad pueden producirse superposiciones y paralelismos, lo cual intenta representar mediante la superposición de los componentes exteriores y medios del círculo en dicha Figura 18 (parte A o izquierda).

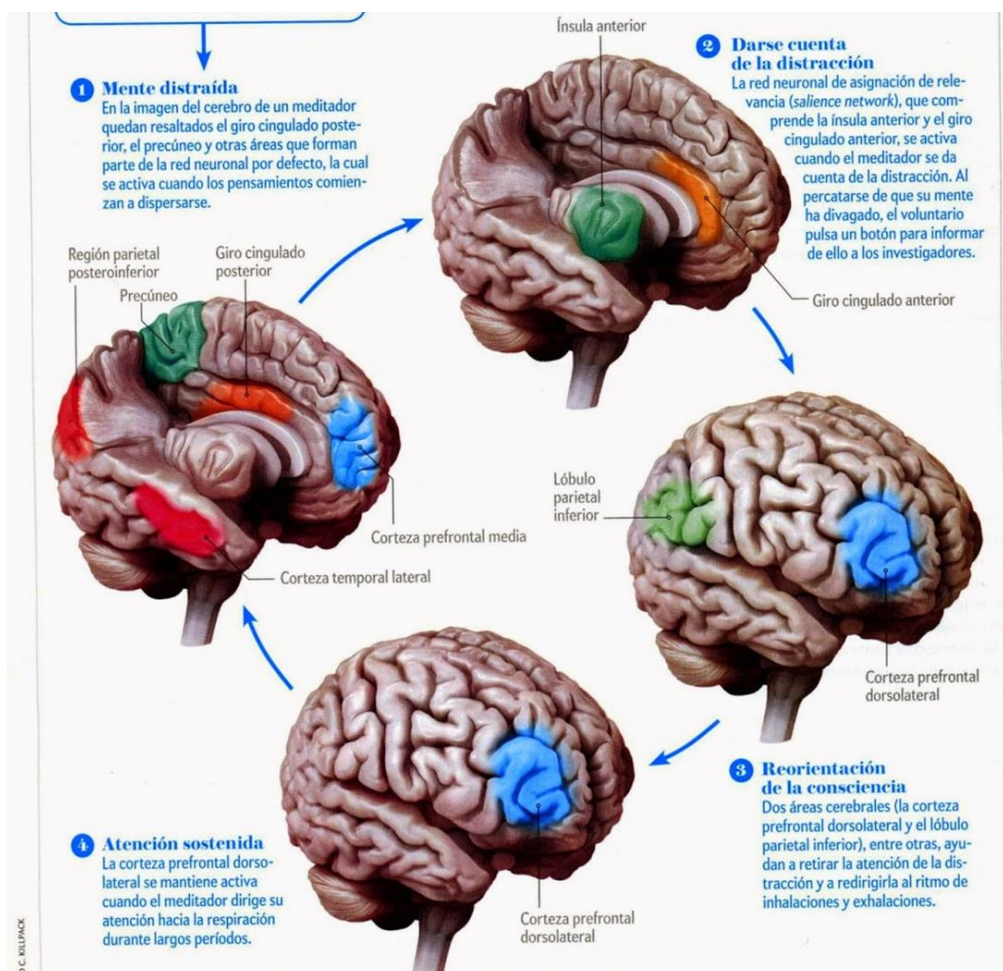


**Figura 18: Regulación de la atención durante la meditación**

Fuente: Malinowski (2013)

En la Figura 18 (parte B o derecha) se representan las principales áreas cerebrales implicadas en cada una de estas 5 redes neurales. La corteza frontal y parietal derecha y el tálamo están implicados en la red de alerta. La corteza parietal superior, la juntura temporo-parietal, colículo superior y campos oculares frontales están implicados en la red de orientación. La corteza cingulada anterior (ACC), la corteza prefrontal, la corteza lateral ventral y ganglios basales están implicados en la red ejecutiva. La corteza prefrontal dorsal, ventrolateral, la ACC y la ínsula anterior colaboran con la red de relevancia. Finalmente, la red neuronal por defecto implica una extensa área que comprende la corteza cingulada posterior, la corteza prefrontal medial, la corteza posterior lateral de las zonas parietal y temporal, así como la circunvolución alrededor del hipocampo.

Ricart et al. [27], recogiendo las investigaciones realizadas por Hasenkamp et al. [276], proporcionan unas imágenes que pueden resultar aclaratorias de los procesos y áreas cerebrales implicados en la meditación concentrativa o de atención focalizada. Ver Figura 19.



**Figura 19: Ciclo de meditación concentrativa y regiones cerebrales implicadas**

*Fuente: Ricard et al. (2015)*

## 15.2. Conciencia

Wheeler et al. [197] diferencian entre “consciousness” (capacidad general que un individuo posee para un tipo particular de representaciones mentales y experiencias subjetivas) y “awareness” (manifestación particular de expresión de esta capacidad general o “consciousness”). “Consciousness” sería ser consciente de que eres consciente (“to be aware that you are aware”).

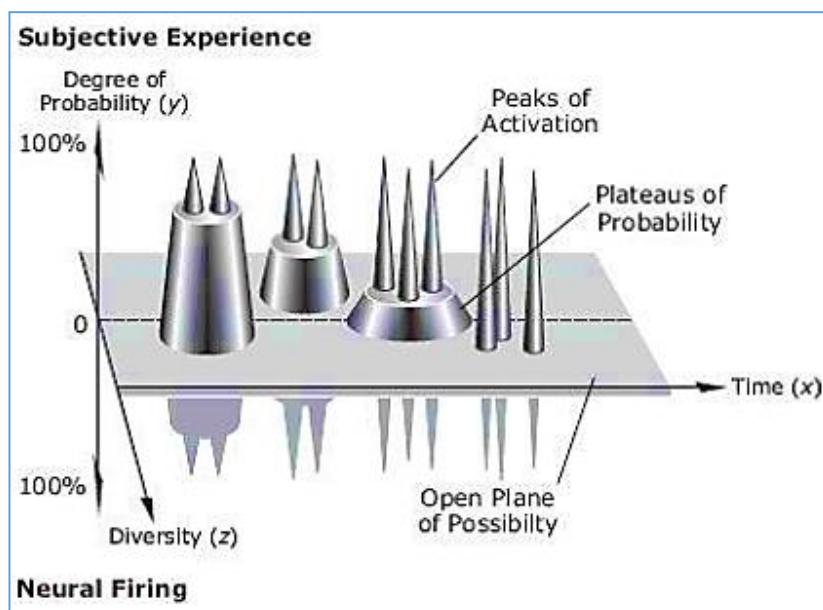
Como introducción en el tema se hace referencia a lo que el filósofo David Chalmers [277] denomina los problemas fácil “easy problem” y difícil “hard problem” de la conciencia.

El problema fácil “easy problem” consistiría en encontrar los correlatos neuronales de la conciencia (qué ocurre en el cerebro cuando somos conscientes, qué estructuras cerebrales están implicadas...). En realidad, este problema “fácil” es muy complicado y nos queda mucho por conocer, es el campo de trabajo de las neurociencias, desde las que es muy fácil decantarse hacia una perspectiva de reduccionismo materialista, atribuyendo una causación corporal al mundo mental. El antiguo problema mente-cuerpo se convertiría ahora en el dilema mente-cerebro, pudiendo caerse fácilmente en una identidad mente-cerebro desde posiciones materialistas (la conciencia queda reducida al cerebro) o en un funcionalismo desde el cual la mente resulta una función del cerebro.

El problema difícil “hard problem” trata acerca de qué tipo de relación existe entre una actividad física y una activada mental, citando a Chalmers, “por qué todo este procesamiento cerebral está acompañado de una vida interna que experimentamos”.

Una posición no reduccionista ante estos dos problemas es la que adopta Daniel Siegel en su Teoría de la Neurología Interpersonal [26] cuando expone su modelo acerca del Plano de Posibilidad (ver Figura 20). Esta metáfora visual de la conexión entre los aspectos físico/neural y mental/subjetivo de la realidad se basa en la premisa de que ningún aspecto es más real que el otro y que los dos se influyen mutuamente. A veces el cerebro dirige y arrastra la mente porque es la fuerza motriz de la experiencia; pero en otras ocasiones es la mente la que marca la pauta y utiliza el cerebro para crearse a sí misma





**Figura 20: Plano de Posibilidad. Los dos lados de la realidad**

*Fuente: D. Siegel (2010)*

El mundo interior mental no es lo mismo que la actividad cerebral, la experiencia subjetiva no existe en un determinado lugar físico, pero si ocurre en el tiempo. El tiempo es el factor común entre estas dos caras de una misma realidad. Existe “coocurrencia” pero no existe respuesta acerca de cuál de las dos ocurre primero. No existe relación de causa-efecto unidireccionales (por ejemplo, sentir miedo y activación de la amígdala). Si la mente no fuera más que la actividad del cerebro no habría mucho más que hablar, el cerebro se ocuparía de todo; sin embargo es conocido que la mente puede activar circuitos cerebrales y modificar estructuralmente y funcionalmente el cerebro, como se ha visto en la revisión de Tang et al. [62] expuesta en la Figura 12 y que muestra cambios en el cerebro tras práctica de una actividad como la meditación mindfulness. Esta realidad permite que se produzca la neuroplasticidad, tanto a nivel de neurogénesis, como de sinaptogénesis y de mielogénesis.

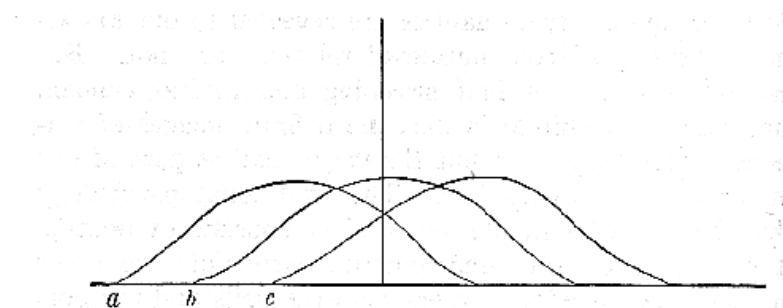
Desde la filosofía, resulta muy interesante el concepto que utiliza Levine de vacío o laguna explicativa “explanatory gap” [278] para referirse a la dificultad para entender la experiencia subjetiva (la manera en la que "sentimos" las cosas cuando las experimentamos) desde las teorías fiscalistas (por ejemplo, podemos decir que el dolor es

el resultado de la activación de ciertas áreas del cerebro, pero esto no nos ayuda a comprender cómo “sentimos” el dolor).

Treisman [279] aborda también un problema muy complejo, como es el del enlace “binding” o cómo conseguir integrar diferentes informaciones en una única experiencia consciente.

Williams James [280] utilizó la metáfora de la conciencia como una ola y se refería al “flujo de conciencia”. Para James la conciencia es continua como las olas del mar, de modo que no podemos apreciar claramente dónde acaba una idea y dónde comienza la siguiente. Si hay alguna interrupción en este flujo (como se da cuando dormimos), tras el salto temporal la conciencia vuelve al punto en que la abandono.

Para James, cada contenido mental correspondería con una onda de activación que se alza y decae, y se solapa con las ondas inmediatamente anteriores y posteriores, de modo que, en un instante dado, la idea dominante es aquella de entre las varias que se activan, a la vez que posee un pico de activación mayor. Al igual que los sobretonos musicales, la nota fundamental se mezcla con las otras y es alterada por esta mezcla. A esta mezcla de ideas o estados mentales la denominó “sobretonos psíquicos” (psychic overtone o fringe). Ver Figura 21.



**Figura 21: Ondas de conciencia**

*Nota:* La barra vertical representa el momento de observación y cada onda sería un pensamiento o contenido mental.

*Fuente:* Williams James (original de 1890)

James efectuó además una distinción muy interesante, dentro de los estados de conciencia que componen este flujo. Pueden existir estados “sustantivos” y “transitivos” (Substantive and Transitive States of Mind). Para explicarlos recurre a la metáfora del vuelo de un pájaro que va de rama en rama. Defiende que no todas las ideas y pensamientos son accesibles a nuestra introspección, sino que pasamos de una idea a otra sin ser conscientes de las transiciones. Los “estados de vuelo”, los transitivos, corresponden a aquellos momentos en que la idea dominante en conciencia aún no ha perdido su activación, pero aquella que ha de sustituirla no tiene todavía suficiente fuerza. Los estados sustantivos serían los contenidos de conciencia. Afirma que resulta muy difícil reconocer con la introspección los estados transitivos, es como coger un copo de nieve que al cogerlo se derrite, o encender la luz para ver la oscuridad o agarrar una peonza para atrapar su movimiento, al intentarlo se destruye. Autores recientes como Travis y Pearson [281] también utilizan la metáfora de la ola y se refieren a la conciencia (entendida como contenidos de conciencia) como una ola y de la conciencia pura como el océano. En la meditación se toma conciencia de los contenidos (estados sustantivos) y se intenta apereibirse de la conciencia sin contenido (podría ser algo similar a los estados transitivos de James)

James, también introduce el término de “presente especioso o engañoso” (según traducciones). (specious present en el original). Citando a James: “¿dónde está este presente? Se ha derretido en nuestras manos, ha huido antes de que podamos tocarlo, se ha desvanecido en el momento mismo en que iba a cobrar vida”. De aquí la utilización del término “presente engañoso”, es la ilusión de una conciencia instantánea y simultánea a los estímulos sensoriales. Ejemplos de este presente podrían ser las notas de una melodía o la trayectoria de una estrella fugaz, intervalos que parecen estar contenidos en el presente. Sin embargo, este presente no es un punto, sino un intervalo con duración, un incesante fluir. La meditación mindfulness decimos que se centra en el momento presente,

pero ¿dónde comienza y termina el momento presente? ¿cuánto dura el momento presente? Según Fraisse [282], nuestra percepción de la estimación del tiempo se organiza en torno a tres órdenes de magnitud: duraciones por debajo de los 100 milisegundos (mseg) se perciben como instantáneas, duraciones entre 100 mseg. y 5 seg. son percibidas como el “ahora”, el presente, y duraciones por encima de los 5 seg. parecen estar ya mediadas por procesos de memoria.

Edelman y Tononi [283] distinguen entre Consciencia Primaria (formada por experiencias de fenómenos limitadas al momento presente y Consciencia de Orden Superior (se basa en una consciencia directa de un ser humano que posee lenguaje y una vida subjetiva que puede ser narrada, que forma parte de un relato).

En este sentido, Damasio [284, 285] distingue entre Consciencia Central y Consciencia Ampliada o Extendida y postula una consciencia que se va construyendo de manera evolutiva y en la que distingue tres estadios:

- ✓ Proto sí mismo: produciría las sensaciones espontaneas del cuerpo vivo.
- ✓ Sí mismo central: ya existe diferenciación entre el propio organismo y otros objetos, hay un patrón coherente que enlaza en el presente las imágenes del propio organismo y de los objetos.
- ✓ Sí mismo autobiográfico: se basa en la memoria autobiográfica formada a partir de memorias de experiencias individuales del pasado y del futuro que es posible anticipar. Existe un sentido del sí mismo que persiste a través del tiempo.

Tulving [286, 287] distingue entre diferentes tipos de consciencia, basándose en diferentes experimentos con tareas de recuerdo.

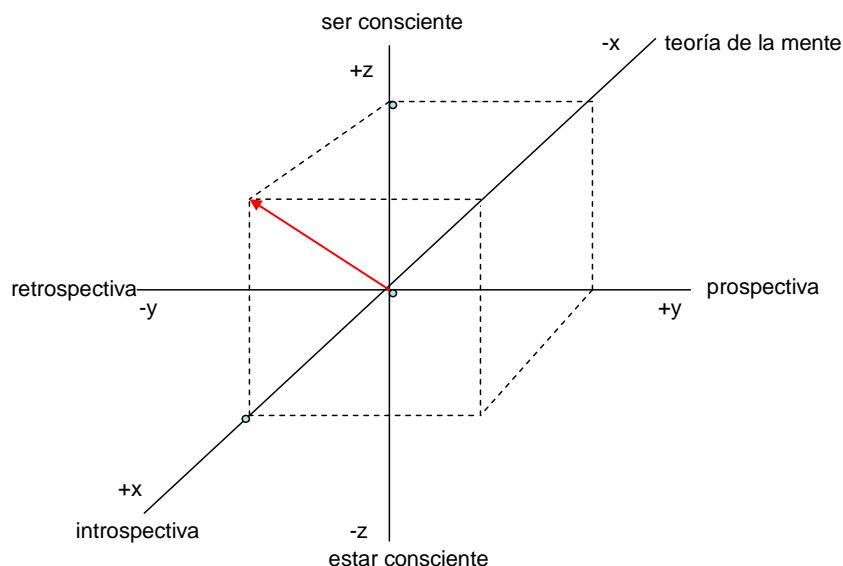
- ✓ Consciencia anoética: sería una especie de consciencia sin consciencia. El sujeto es capaz de producir una respuesta automática en la que no existe consciencia

de la misma o en la que se utilizan determinados conocimientos. Producen las denominadas respuestas implícitas, en las que no existe consciencia ni de la información ni de su contexto.

- ✓ Consciencia noética: se posee consciencia de que se tiene un conocimiento pero no existe consciencia de que esta información nos ha sido presentada en un momento determinado de nuestro pasado. Podemos tener conciencia de la información, pero no de su contexto. Podría explicar fenómenos como el “dejà vu”. No podemos hablar propiamente de un recuerdo, accedimos a nuestro propio pasado, pero se trata de un conocimiento, no de un recuerdo.
- ✓ Consciencia auto-noética: existe consciencia de que la información que se recupera es una huella de memoria y, por tanto, se presentó en un contexto determinado de la vida, en un espacio y tiempo concreto. Tiene lugar la actividad de recordar, existe un recuerdo.
- ✓ Consciencia cronotésica: es una forma de conciencia que permite a los individuos pensar sobre el tiempo subjetivo en el que viven y les permite viajar mentalmente a través de este tiempo.

Tirapu-Ustarroz et al. [288] proponen un modelo de consciencia no unitario, con varios niveles de complejidad, según criterios direccionales. Es un modelo con 3 ejes que serían: de abajo (estar consciente) hacia arriba (autoconsciencia y teoría de la mente), de atrás (autoconsciencia retrospectiva) hacia delante (autoconsciencia prospectiva) y de dentro (autoconsciencia introspectiva) hacia fuera (teoría de la mente), el cual representan gráficamente como un cubo. Intentando situar el contenido de este trabajo dentro del modelo, quedaría clara su situación en el eje “de atrás hacia delante”, en concreto, en el punto medio en el que se sitúa el “ahora”. Pero ¿qué ocurre en los otros dos ejes?: en el eje de abajo hacia arriba podríamos estar en el punto superior de ser consciente, y en el eje de dentro hacia fuera estaríamos en el punto interior de autoconsciencia. Se intenta

recoger en la figura 22, que es el campo en el que intentará moverse el trabajo: consciencia del “ahora” y autoconsciencia. Es posible que las dos dimensiones que recogen los ejes x y z de la figura, no sean independientes (ortogonales) y estén interrelacionadas, pues posiblemente se necesite estar altos en z (ser conscientes) para plantearnos que pueda existir tanto autoconsciencia como teoría de la mente (también parece difícil que pueda haber teoría de la mente sin autoconsciencia). Los mismos autores parece que reconocen estas ambigüedades cuando utilizan en el texto, para hablar de este análisis vectorial, tanto el término consciencia como autoconsciencia. No obstante, el modelo resulta muy sugerente.



**Figura 22: Mindfulness y dimensiones de consciencia**

Nota: Se ha utilizado el modelo dimensional de Tirapu-Ustarroz y col. (2003)

Para Pöppel [289] los contenidos de consciencia provienen de cuatro dominios funcionales:

- ✓ Percepción
- ✓ Memoria
- ✓ Emoción (evaluación del estímulo)
- ✓ Volición (respuesta al estímulo)

Para Baars [290–292] y su teoría del Espacio Global de Trabajo, la mente es activa y la consciencia unitaria, es una estructura de mando unificada, a la que denomina “órgano de publicidad de la mente”. Afirma que la consciencia de una tarea disminuye con la experiencia y que hay un continuo entre consciente e inconsciente. Para Baars, la atención es el foco, “elije” qué entra realmente en la consciencia, pero el foco tiene también una penumbra alrededor. Desde esta teoría, el único modo de actuar con libertad es desaprender, dirigiendo la atención hacia la propia respuesta y aprendiendo nuevas conductas incompatibles (sería uno de los objetivos del mindfulness). La voluntad es la lucha entre los hábitos y la atención consciente, para Baars todo comienza con la mirada.

Desde una posición muy diferente a Baars y muy reduccionista, para Dennet [76] y su Modelo de Borradores Múltiples no existe ningún ejecutivo central. La actividad mental es un proceso continuo de revisión y edición llevado en paralelo por varios subprocesos que desconocen lo que está haciendo su vecino. Para Dennet es una confusión preguntarse cuándo y dónde algo se hace consciente. El yo es sólo un centro de gravedad narrativo que no debe buscarse en el cerebro, es una costumbre social humana, la de contar la biografía, es sólo un cuento sobre nosotros mismos, útil para la interacción social, en dónde la conducta debe ser predecible.

Puede verse que estas explicaciones de Dennet tienen estrecha relación con los experimentos de Gazzaniga [268, 293] en los que se utilizaron “simultaneous concept test” en “split-brain patients, y su “intérprete” del hemisferio cerebral izquierdo.”. Este “intérprete” busca continuamente explicaciones e interpretaciones a la conducta, fabula todo lo que desconoce; lo que hacemos pasa a ser un poderoso determinante de lo que creemos como verdadero. Estas teorías parecerían aportar soporte a la “ilusión de lo real” de la que hablan las filosofías orientales, podría ser algo parecido a un “intérprete” que inventa buscando coherencia.

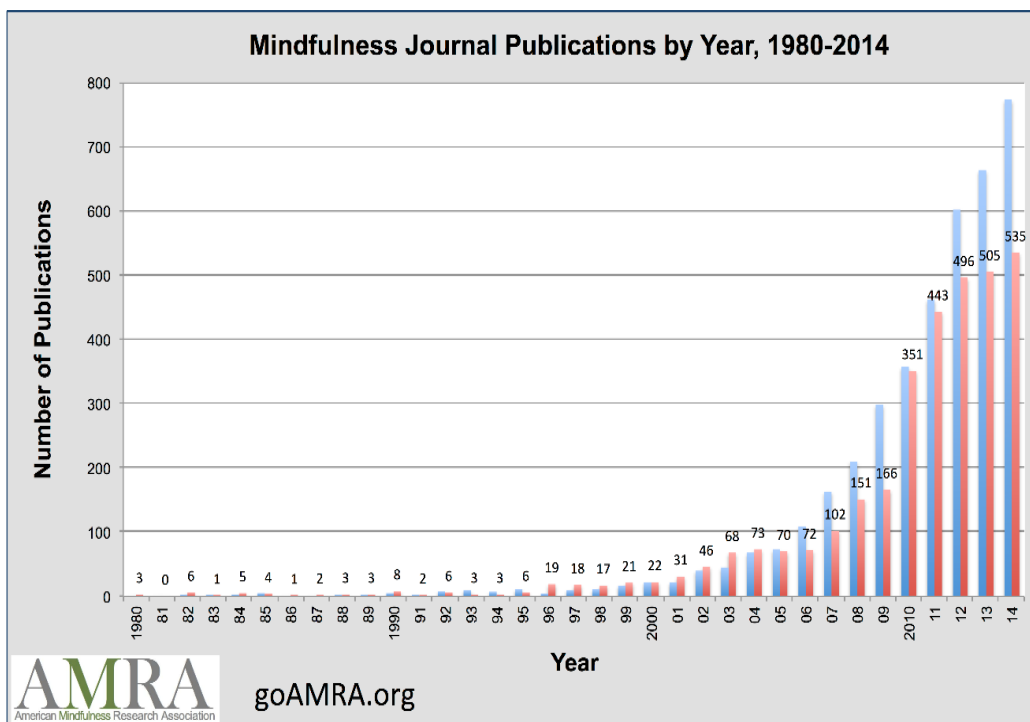
Edelman y Tononi [283] formulan la Hipótesis del Núcleo Dinámico y enumeran las propiedades generales de la experiencia consciente. A diferencia de las hipótesis que simplemente invocan una correlación entre la experiencia consciente y tal o cual estructura neuronal o grupo de neuronas, la hipótesis del núcleo dinámico explica las propiedades generales de la experiencia consciente enlazándolas con los procesos neuronales específicos que pueden generarlas. Para estos autores la consciencia es un proceso integrado, de naturaleza serial, continuo, pero en continuo cambio, no sería un objeto.

Integrando todo este conocimiento sobre la atención y la consciencia con los trabajos sobre mindfulness y utilizando esta terminología, propia de la psicología y de las neurociencias, será posible avanzar en el conocimiento empírico del mindfulness.

## **16. EXPANSIÓN DEL MINDFULNESS Y POSIBLES CRÍTICAS: ¿ES UNA MODA?**

Los trabajos en revistas científicas sobre mindfulness se han incrementado de manera muy importante en los últimos 15 años (ver Figura 23), en el año 2000 se publicaron 22 trabajos y en el 2014 han sido 535. La American Mindfulness Research Association (AMRA), según información de su página web [294] afirma tener 3.200 publicaciones científicas sobre mindfulness en sus bases de datos. AMRA publica una revista mensual específica para trabajos sobre mindfulness: Mindfulness Research monthly.



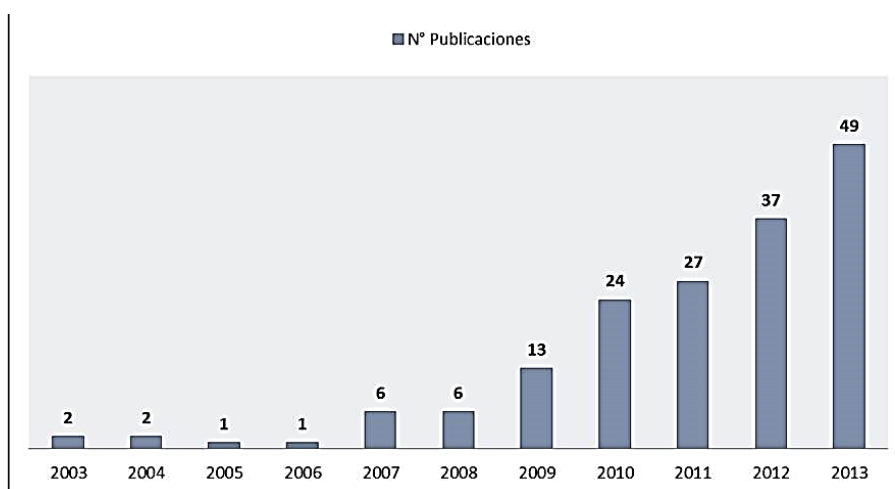


**Figura 24: Publicaciones en revistas sobre minfulness por año, 1980-2014.**

Leyenda: Línea Roja: estimación conservadora según revisión individual. Línea Azul resultado de la búsqueda “mindfulness” en base de datos ISI de Web of Science

Fuente: AMRA (2015)

En España existe la Asociación Española de Mindfulness y Compasión (AEMIND) fundada en 2013, previamente se denominaba Asociación Mindfulness y Salud (AMYS) y recientemente ha añadido la palabra Compasión a su nombre, con la idea de acoger en su ámbito el desarrollo y crecimiento actual en el campo de la compasión y la autocompasión. En la Figura 24 puede verse también el crecimiento de



Fuentes consultadas: ISI Web of Knowledge, PsycINFO, Medline, Pubmed y Google Scholar.

Artículos científicos publicados que incluyeran el término 'self-compasión' en el título y en las palabras claves. Se excluyeron Libros y Tesis . Búsqueda concluida el 20 de septiembre 2013.

**Figura 23: Artículos publicados con el término “self-compasión” por año, 2003-2013**

Fuente: Araya (2013). Equipo Mindfulness UAI. www.mindfulness.cl

trabajos publicados sobre el tema de la autocompasión.

En el ámbito académico, en nuestro país se imparten Masters y Cursos de Experto sobre Mindfulness en varias universidades españolas, entre ellas la Universidad de Zaragoza, la Universidad de Barcelona, la Universidad de Lleida, etc.

También fuera del ámbito científico, a nivel popular, el mindfulness está de moda, mientras se escribe este trabajo se publica en un diario generalista un reportaje a doble página sobre el mindfulness. Por un lado, parece positivo que se generalice el interés por la meditación y la búsqueda de la salud y el bienestar a través de la misma, por otro lado, esto puede conllevar aspectos de moda pasajera, como ha ocurrido con otras tantas prácticas.

Puede parecer que estas prácticas van ligadas al gusto por lo “light” en nuestra sociedad, por un culto al cuerpo, una preocupación por la alimentación, el bienestar, el relax, el uso de masajes, la cultura “new age”, pensamiento débil, líquido, relativismo, etc. Mindfulness podría convertirse también en una especie de espiritualidad “light”, superficial y sin compromiso. Actualmente todo es “mindfulness”, como todo es “zen”, lo vemos en las revistas de decoración y en la publicidad. Puede preguntarse hasta qué punto el éxito del mindfulness es el éxito de un vocablo, de una palabra, de un anglicismo.

Cabe interrogarse hasta qué punto nuestra sociedad que no quiere esforzarse, que busca la comodidad, deriva hacia este tipo de prácticas frente a las psicoterapias de la palabra, que requieren esfuerzo mental para comprender y un periodo dilatado de tiempo. Es más fácil practicar una postura, evadirse, intentar dejar la mente en blanco ante los problemas, seguir prácticas individualistas, que refuerzan la omnipotencia (“yo sólo puedo curarme”). Las personas están dispuestas a soportar “incomodidades” corporales, mantener posturas incómodas, pero puede que no muestren la misma disposición para trabajar con contenidos mentales.

Grossman [295] comenta cómo se está haciendo un uso desnaturalizado, banalizado o distorsionado del concepto mindfulness, una vez se le ha despojado de su contexto y verdadera naturaleza dentro de la cultura budista.

Puede parecer que se medita de la misma forma que se consulta a la echadora de cartas, o se actúa según las predicciones del horóscopo. ¿Se verá afectada su efectividad cuando estos aspectos se diluyan y sea sustituida por otras prácticas en consonancia con las creencias de los tiempos y lo socialmente divulgado, deseado e intuido, como ya ocurrió con otras terapias como el espiritismo, magnetismo, hipnotismo, etc? Este aspecto de la importancia del marco cultural y de sus creencias como condicionante del éxito de las psicoterapias ha sido expuesto por Strong y Claiborn [257].

¿Hasta qué punto muchos de sus practicantes no requerirían efectuar otros tipos de psicoterapia antes de efectuar meditación o de intentar propiciar un cierto desarrollo espiritual con este tipo de técnicas? ¿Se conoce realmente cuándo están indicadas y cuando contraindicadas? ¿Cuántos desajustes y agravamientos de patologías han provocado el uso de estas prácticas por parte de personas que tenían previamente problemas psicológicos? ¿Se está buscando el conseguir equilibrio y serenidad o, en algunos consumidores de estas prácticas, se pretenden ciertos “poderes mágicos” que, además, se venden por parte de ciertas escuelas que facilitan formación en estos métodos? ¿Cuántas de estas escuelas son movimientos sectarios y que fomentan relaciones de dependencia patológicas, o están dirigidos por personas poco competentes?

¿Hasta qué punto no supone un fracaso de los terapeutas para utilizar terapias basadas en el lenguaje y la interacción, que requieren un alto grado de maestría por parte del terapeuta para llevarlas a cabo con éxito?

Quizás uno de las mayores críticas podría ser el llegar a creer que puede llegarse a experiencias que nos transformaran y que tras un momento de “iluminación” nuestra

vida cambiará totalmente a mejor, de un modo mágico. En esta Tesis se ha hecho referencia a la relación entre la mindfulness y el psicoanálisis, sin embargo, Freud [296] interpretaba la experiencia meditativa de “sentimiento oceánico” (sentir que se diluyen los límites, que se es parte de un todo, en unión con el universo) como una formación reactiva de omnipotencia frente a la impotencia e indefensión infantil; incluso Jung [297, 298] se refirió a los efectos perniciosos de imitar filosofías orientales que intentarían destruir la consciencia individual, de la lucha contra el deseo mediante métodos de contemplación y meditación, de la que afirma queda un cadáver psíquico sin energía vital: “la gente hará cualquier cosa, por absurda que sea, con el fin de evitar enfrentarse a sus propias almas. Practicarán yoga y todos sus ejercicios, seguirán una dieta estricta, aprenderán teosofía de memoria, o repetirán mecánicamente textos místicos de la literatura de todo el mundo, todo porque no pueden seguir adelante con ellos mismos y no tienen la más mínima fe en que algo provechoso pueda surgir de sus almas”.

Segovia [250] también alerta de los riesgos de la práctica de la meditación como herramienta clínica y no como una praxis epistemológica que nos permita comprender los malestares de nuestra sociedad actual: “Los mayores riesgos de lo anterior son dos: construir en los seguidores una metafísica de la aceptación donde las preguntas fundamentales de nuestra propia existencia quedan reducidas a “eventos mentales que deben ser dejados a un lado” y convertirse, paradójicamente, en una práctica que termine normalizando nuestra alienada temporalidad social e interpersonal, en cuanto ofrece potentes herramientas para reducir sus efectos nocivos sin necesidad de cambiarla ni cuestionarla”

Dawson y Turnbull [299] también critican las prácticas de mindfulness que sólo tienen un carácter utilitarista y pragmático, desprovistas de sus raíces, los formadores que no siguen una práctica personal comprometida, el olvido de sus aspectos éticos, etc. Se

preguntan si mindfulness puede llegar a ser una especie de “nuevo opio para las masas” en el sentido marxista.

Podría afirmarse que existe una tendencia social y en ciertos ámbitos psicoterapéuticos en el sentido de que es imposible no aceptar los beneficios del mindfulness. Kohlenberg [300] se refiere a la misma con fina ironía: “Pienso que estoy interesado en el mindfulness porque es algo que ha llegado a ser muy importante para tanta gente que yo respeto. Pero, a veces, me pregunto si es solo otra palabra para “prestar atención”.

## **17. USO DEL MINDFULNESS EN CIENCIAS DE LA SALUD Y PSICOTERAPIA**

El mindfulness forma parte de programas psicoeducativos y experienciales grupales como el programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena (MBSR o REBAP) de Kabat-Zinn [4–6] y terapias como la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT o TCBCP) de Segal, Williams y Teasdale [7]. Además, aunque de una manera menos central, forma parte de otras terapias de las llamadas cognitivo conductuales de tercera generación [8], como son la Terapia de Aceptación y Compromiso ACT [9, 10] y la Terapia Dialéctico Conductual DBT [11, 12].

Estas terapias cognitivo conductuales de tercera generación, o tercera ola de psicoterapias como las denominó Hayes [69] implican el empleo de estrategias terapéuticas de aceptación de la realidad además de las estrategias de cambio comunes a las terapias de primera o segunda generación (la primera se basaba en el carácter empírico, experimental y centrado en el cambio directo a la conducta, y la segunda en la aportación de los modelos cognitivos).

La característica esencial de las terapias de tercera generación es que adoptan una perspectiva más vivencial y optan por estrategias de cambio de carácter indirecto. Estos nuevos enfoques pretenden que nos podamos relacionar de una manera diferente con nuestras experiencias e incorporan mindfulness como un procedimiento efectivo para promover la aceptación y la serenidad ante lo que nos ocurre, sea de la naturaleza que sea; también incorporan otros temas como valores, pensamiento dialéctico, etc. Incluso terapias de tercera generación que tienen un enfoque muy conductual como la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) de Kohlenberg y Tsai [301] también están influenciadas por el mindfulness [300, 302].

Además de influenciar a las terapias cognitivo conductuales, también incluyen influencias del mindfulness terapias con un enfoque psicodinámico, como la Terapia Breve Relacional (BRT) de Safran y Muran [303], terapias con orientación humanista [304] y la psicología positiva [212].

Existe un continuo desarrollo del campo de aplicación del mindfulness enfocado a diferentes objetivos terapéuticos que conlleva que aparezcan continuamente diferentes terapias o variaciones de las ya existentes, a modo de ejemplo se citan algunas: Tratamiento para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (Acceptance and Mindfulness-based approaches to anxiety) de Roemer y Orsillo [305], Tratamiento para el Trastorno Obsesivo-compulsivo (Mindfulness-based Behavioral Therapy for OCD) de Schwartz [306], Abordaje para el Abuso de sustancias (Mindfulness-Based Relapse Prevention) de Marlatt y colaboradores [307], Abordajes para los Trastornos de la alimentación (MB-EAT Program: Mindfulness-Based-Eating Awareness Training) de Kristeller y colaboradores [308], Tratamiento para el déficit de atención con hiperactividad TDAH [309], etc.

### **17.1. Evaluación coste-efectividad de las Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBIs)**

Además de la eficacia terapéutica de las intervenciones basadas en mindfulness (MBIs) parece que, debido a sus características de tratamiento grupal, psicoeducativo, con un número de sesiones pautado y limitado y con ejercicios que pueden realizarse en casa con grabaciones, las MBI tendrían un coste competitivo en relación con otras intervenciones alternativas [310–312]. No obstante, el coste-efectividad de una intervención solamente puede ser evaluada en relación a una intervención alternativa de menor coste y/o una efectividad mayor.

Drummond et al. [313] presentan diferentes tipos de análisis económico para evaluar la efectividad de programas en el área de la salud. Distinguen entre el método de coste-beneficio (que se centra en aspectos monetarios), el de coste-rendimiento o rentabilidad (suele requerir la elección de un único criterio específico de valoración principal como medida del efecto), el de coste-utilidad (acostumbra a medir los resultados en alguna medida general de mejora de la salud) y el análisis de coste-consecuencia (compara costes con una amplia gama de resultados desagregados).

Existen pocos trabajos que aborden este aspecto, Edwards et al. [314] proponen que los diseños de investigación tengan en cuenta esta faceta y formulan diferentes cuestiones que deben plantearse para poder tratar este aspecto de manera rigurosa.

## **18. ALGUNOS FACTORES DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA Y PROFESIONALES DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Numerosos estudios [315–318] muestran altos niveles de estrés y ansiedad en estudiantes de medicina, describiéndose múltiples factores relacionados.

## Algunos factores de riesgo en estudiantes de medicina

Por una parte, los estudiantes de medicina están sometidos a altos niveles de exigencia de rendimiento académico desde, al menos el bachillerato, debido a la necesidad de obtener altas calificaciones para poder acceder a los estudios de medicina. Sajid et al. [319], en otro contexto cultural, ha estudiado como el estrés puede incrementarse a medida que el alumno va superando los diferentes cursos y como este estrés es mayor en los alumnos que tienen mayores dificultades para superar los objetivos académicos de la carrera de medicina.

Estas altas exigencias pueden implicar determinados tipos de comportamiento y de patrones relacionales (predisposición a situaciones de pobre relación social, reforzar patrones de autoexigencia y “dureza” respecto a las necesidades habituales de una persona joven). Estas circunstancias pueden reforzar la manifestación de conductas obsesivas y otros patrones de comportamiento poco saludables [318].

Otro de los factores descritos, específico de los estudiantes de medicina es el contacto, ya desde el inicio de las prácticas, con el dolor emocional, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. A medida que progresan en sus estudios van tomando también contacto con las limitaciones y condicionantes propios de la práctica médica, las dificultades de comunicación y de competencias, la limitación de recursos o la mercantilización de la medicina. Se ha descrito regresión a nivel de razonamiento moral y empatía durante los estudios de medicina [320].

Los estudiantes de medicina y los profesionales de la salud en general, están asimismo sometidos a un tipo de estrés relacionado con el cuidado de otros. Este estrés sostenido de una forma crónica, puede dar lugar a lo que se ha denominado síndrome de burnout o del profesional quemado, relacionado con las profesiones asistenciales y de relación con otros [171].



El burnout se caracteriza por una serie de síntomas como podrían ser: agotamiento emocional, despersonalización (indiferencia e insensibilidad a ciertos aspectos del trabajo) y falta de realización personal. Se describen factores predisponentes de carácter personal, como poca experiencia, disponer de menos estrategias de afrontamiento al estrés, motivación muy elevada, exagerado sentido de la responsabilidad e idealización del trabajo.

Shapiro, Astin, Bishop y Cordova [84] recogen como el estrés puede incrementar el burnout en personal sanitario. Otros estudios recogen como el burnout puede estar relacionado con la falta de habilidades de cuidado personal de los médicos residentes y puede influir en que los pacientes reciban una atención deficiente [321].

En el apartado 8.3 se ha comentado como el burnout también puede presentarse en estudiantes. Schaufeli et al. [177] han desarrollado un cuestionario de burnout académico adaptado a estudiantes (MBI-SS), derivado del Maslach Burnout Inventory (MBI), en el que se miden los factores de agotamiento, cinismo y eficacia académica (ver apartado 24.2.8).

Ishak et al. [178] han realizado una revisión sistemática acerca de los trabajos que tratan de burnout en estudiantes de medicina. Los estudios revisados revelan que el burnout es frecuente durante los estudios de medicina ya desde los primeros cursos. En diferentes instituciones de Estados Unidos se estima que cerca de la mitad de los estudiantes de medicina pueden verse afectados por burnout. Esta situación puede prolongarse durante la etapa de residencia y con posterioridad, yendo asociada a trastornos psiquiátricos e ideación suicida. Se recomiendan intervenciones individuales y colectivas durante la formación para prevenir y paliar el burnout.

Con posterioridad a la revisión anterior, en 2014 Cecil et al. [179] han realizado un estudio sobre burnout y conductas saludables en estudiantes de medicina del Reino

## Algunos factores de riesgo en estudiantes de medicina

Unido. Sus resultados confirman los de la revisión de Ishack et al. referentes a la importante prevalencia de burnout en estudiantes de medicina (prácticamente doblan la prevalencia de burnout comparados con estudiantes de odontología). Los autores resaltan la importancia de mantener hábitos de vida saludables desde los primeros cursos para prevenir el burnout, encontrando que el factor agotamiento emocional tenía relación con curso, consumo de tabaco y poca actividad física; el factor despersonalización estaba relacionado con sexo, curso e institución académica; y el factor realización o logro personal con atracones de alcohol, curso, sexo y poca actividad física.

Recientemente, Jackson et al. [180] han evidenciado la importante relación existente entre burnout (especialmente con los factores agotamiento emocional y despersonalización) y abuso o dependencia del alcohol en una muestra grande (n = 4.402) de estudiantes de medicina de USA. La tasa de abuso o dependencia del alcohol que han encontrado se sitúa en el 32,4 % de la muestra estudiada y es superior a otras muestras similares de estudiantes de otras carreras. También han encontrado que el abuso o dependencia del alcohol entre los estudiantes de medicina está asociado con una mayor deuda educativa (en nuestro país todavía no se produce de forma importante este fenómeno de endeudarse para poder pagar los estudios, pero los incrementos del coste de las matrículas, junto con la larga duración de la crisis económica y de empleo, hacen preveer que este factor irá adquiriendo importancia).

En España, Galán et al. [181] han utilizado el cuestionario de burnout adaptado para estudiantes MBI-SS con 270 estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina de Sevilla. y facilitan puntuaciones para estudiantes de 3º curso y 6º curso. En dicho estudio, a medida que se progresa en la carrera aumenta el burnout y las puntuaciones de alumnos de 6º curso (37,5% de prevalencia) doblan a las de los alumnos de 3º (14,8% de prevalencia). No han encontrado relación entre burnout y sexo.

Shanafelt et al. [322] encontraron correlaciones entre los reportes de estrés y burnout en médicos residentes con depresión y alcoholismo. Murray et al. [323] efectuaron un seguimiento de médicos norteamericanos entre los años 1986 a 1997 y documentaron como iban declinando los aspectos relacionados con la satisfacción de su vida profesional. También existen estudios con estudiantes de medicina que relacionan el distrés relacionado con el cumplimiento del currículum académico con el abuso de sustancias, la dificultad para relacionarse, el suicidio y el desgaste personal, fomentando conductas de cinismo y otros inconvenientes [324]. Parece, pues, evidente que los estudiantes y profesionales de la salud tienen un riesgo de burnout, siendo adecuado entrenar en deportes que los ayuden con los numerosos estresores relacionados con su tarea.

Otro síndrome relacionado con los estudiantes y profesionales de la salud es el de Fatiga por Compasión o Desgaste por Empatía [172]. La fatiga por compasión, tendría una vertiente más personal que organizacional, sería una consecuencia de la preocupación por los otros o por su dolor emocional, podría aparecer repentinamente y sin previo aviso y podría tener relación con una especie de trauma secundario o vicario, debido a la relación con personas traumatizadas o que sufren. Van Mol et al. [175] efectúan una revisión acerca de los problemas que ocasiona la fatiga por compasión y el burnout entre los profesionales de las unidades de cuidados intensivos.

Asimismo, actualmente un alto número de estudiantes son mujeres, con lo que podrían sumarse problemas de adaptación adicionales [325, 326] debidos a dificultades en los modelos de enculturación del rol profesional.

Otro factor de riesgo adicional puede ser la resistencia a admitir, si se da el caso, de que pueden necesitar ayuda: serán médicos, no pueden permitirse padecer ciertas dolencias, les resulta muy difícil aceptarlo y pueden resistirse a solicitar dicha ayuda, por

Algunos factores de riesgo en estudiantes de medicina miedo a que pueda perjudicarlos a nivel profesional. En este sentido, Schwenk et al. [327], mediante una encuesta a 769 estudiantes de medicina de la Universidad de Michigan, han estudiado el estigma que supone a los estudiantes de medicina el padecer depresión, encontrando que dicha sensación de poder padecer estigma es mayor en estudiantes con depresión moderada o severa (comparados con los no deprimidos o con depresión leve) y está relacionada con el curso (mayor en primeros cursos) y el sexo (mayor en hombres).

Como consecuencia de ello, se ha descrito un incremento del agotamiento emocional, disminución de empatía, riesgo de consumo de tóxicos y aumento del riesgo de presentar problemas de salud mental. El estudio de Salamero et al. [1] presenta una buena descripción en una muestra de estudiantes de medicina de nuestro contexto. En su estudio se detectan niveles importantes de distrés emocional y riesgo elevado a sufrir trastornos psicopatológicos, especialmente en las mujeres.

En el estudio de Schwenk et al. [327] se encontró que la prevalencia de la depresión moderada a severa en estudiantes de medicina era del 14,3%, siendo mayor en las mujeres. A medida que avanzaban en sus estudios eran más propensos a reportar ideación suicida.

Rosenthal y Okie [328] efectúan una muy buena recopilación y descripción de los problemas asociados al padecimiento, aceptación y solicitud de ayuda ante la depresión en estudiantes de medicina. Entre esta problemática está la excesiva espera antes de abordar el problema, la automedicación, el sentirse culpable por necesitar antidepresivos, el miedo a las posibles repercusiones en su currículum y carrera, al miedo a la falta de confidencialidad si solicitan ayuda, la posible influencia de las rotaciones en las prácticas, del cambio en los ritmos de sueño, etc.

Se han intentado diversos programas estructurados para mejorar el bienestar de los estudiantes de medicina, así como el desarrollo de estrategias preventivas para cuando sean profesionales de la salud. Shiralkar et al. [329] efectúan una revisión de los programas de control de estrés para estudiantes de medicina, seleccionan 13 programas con intervenciones que incluyen autohipnosis, meditación, programas de reducción de estrés basados en mindfulness (MBSR), feedback de varios hábitos de salud, diálogos educativos sobre autocuidado, seminarios de escritura reflexiva sobre emociones, medicina “cuerpo-mente”, cambios en la longitud y tipo de currículum y cambios en el sistema de evaluación. Encuentran que las intervenciones que obtienen mejores resultados en reducción de estrés y ansiedad son las que utilizan reducción de estrés basada en mindfulness (MBSR) o técnicas de meditación, autohipnosis y cambios en el sistema de evaluación (“pass/fail grading”).

Este trabajo se centra en los programas basados en mindfulness o que utilizan mindfulness entre sus estrategias.

## **19. USO DEL MINDFULNESS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA Y PROFESIONALES DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Mindfulness no sólo es importante para el paciente, también puede ser útil para los propios profesionales de ciencias de la salud y, más en concreto, los médicos y estudiantes de medicina. Tres son los aspectos importantes: un uso del mindfulness para mejorar habilidades de cuidado personal, un uso para mejorar habilidades y competencias propias de su trabajo y la aplicación explícita de técnicas o terapias basadas en mindfulness o que lo utilicen (este tercer aspecto será abordado de manera escueta en esta tesis, pues el taller que se desarrollará e imparte no incluye entrenamiento específico sobre terapias basadas en mindfulness).

Otros puntos que también se incluyen en este apartado son la relación del mindfulness con los valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética de la profesión médica y, también, aspectos que tienen que ver con la práctica psicoterapéutica pero que resultan más o menos pertinentes para la práctica médica en función de las diferentes especialidades y modalidades de la misma.

### **19.1. Uso del mindfulness para mejorar habilidades de cuidado personal**

Tal como se ha comentado, los estudiantes de medicina y los profesionales de la misma acostumbran a estar sometidos a un alto nivel de exigencia y deben tratar con un tipo de problemáticas que los puede hacer vulnerables a padecer situaciones que afecten a la correcta gestión de sus emociones y a su propia salud entendida en un sentido integral, tanto psíquico como somático.

Existen una docena de estudios publicados sobre la efectividad de Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI) con estudiantes de medicina, ninguno de ellos realizado en nuestro contexto. Algunos utilizan diseños con asignación aleatoria de participantes, tres [316, 330, 331] utilizan una medida unifactorial de mindfulness y solamente uno [183] ha utilizado una medida multifactorial de mindfulness (FFMQ), y en otro se ha utilizado una medida total de autocompasión en estudiantes de medicina [316], aunque sin facilitar detalles de cada escala.

En uno de los programas pioneros, Shapiro, Schwartz y Bonner [332] aplicaron el programa MBSR de Kabat-Zinn [4] a una muestra de estudiantes de medicina, encontrando que disminuían sus niveles de ansiedad y otros trastornos de estado de ánimo, se incrementaban los niveles de empatía así como las puntuaciones que mediaban aspectos relacionados con la espiritualidad.

Numerosos estudios posteriores han mostrado resultados prometedores. Rosenzweig et al. [333] aplicaron el programa MBSR a una muestra de estudiantes de medicina, encontrando disminuciones significativas de su nivel de alteración emocional.

Hassed et al. [334] han aplicado un programa de mejora de la salud, basado en mindfulness, en estudiantes de medicina y han estudiado su influencia sobre sus niveles de ansiedad, bienestar y otras variables, comprobando sus efectos en periodos especialmente estresantes como son los de exámenes; han obtenido resultados positivos significativos en su estudio. Es de destacar que utilizan un programa propio que utiliza elementos de MBSR y MBCT junto con otros desarrollados por su equipo. No existe grupo de control.

De Vibe et al. [330] han investigado los efectos de un programa de mindfulness de 7 semanas de duración en estudiantes de medicina y psicología; han encontrado mejoras en los estudiantes de medicina en agotamiento mental, estrés relacionado con los estudios, bienestar subjetivo y mindfulness. Lo particular de su estudio es que la mejoría es más significativa en estudiantes de género femenino: los autores sugieren que estas diferencias de género pueden ser debidas a procesos biológicos relacionados con la forma en que las emociones son experimentadas, además de procesos de socialización asociados a cómo las emociones y el estrés se expresan en función del género. En el apartado 8.4 se ha comentado otro estudio de De Vibe et al. [183] en relación a los efectos diferenciales del entrenamiento en mindfulness en función de variables de personalidad en estudiantes de medicina.

Phang et al. [310] han aplicado un programa de reducción de estrés basado en mindfulness de 5 semanas de duración a estudiantes de medicina. Una semana después de la intervención existían diferencias significativas, con respecto al grupo de control, en medidas de mindfulness, estrés percibido, distrés psíquico y autoeficacia. Repitieron las

mediciones 6 meses después de la intervención y la única diferencia que se mantenía con respecto al grupo de control era la mejora en autoeficacia.

Erogul et al. [316] han aplicado una versión reducida y condensada del MBSR a estudiantes de primer año de medicina. Aunque su duración era también de 8 semanas, la intervención consistía en sesiones semanales de 75 minutos, propuesta de ejercicios de meditación en casa y un retiro intensivo de media jornada durante la última semana. La intervención consiguió una mejora significativa en nivel de estrés (medido con PSS) y de autocompasión (medida con SCS) al finalizar el tratamiento. A los seis meses se mantenía la mejora en autocompasión, pero no en estrés percibido. Midieron también la resiliencia, en la que no obtuvieron resultados significativos.

Jain et al. [335] realizaron un estudio con estudiantes de medicina, enfermería y otras ciencias de la salud que padecían distrés en el que compararon los efectos de un entrenamiento en meditación mindfulness con un entrenamiento en relajación. Los resultados fueron similares en reducción de distrés con los dos grupos, aunque la meditación mindfulness se mostró más efectiva en fomentar estados de ánimo positivos. Además, la meditación mindfulness fue la única que logró efectos en reducción de pensamientos rumiativos y distractivos. Los autores postulan que esta reducción en rumiación podría mediar en los efectos de reducción de distrés de la meditación mindfulness.

También existen investigaciones con estudiantes de medicina en los que se ha medido el nivel de cortisol en suero sanguíneo, siguiendo la hipótesis de que, si el incremento de estrés incrementa el nivel de cortisol en sangre y la práctica de mindfulness disminuye el nivel de estrés, entonces la práctica de mindfulness debería disminuir el nivel de cortisol en suero sanguíneo. En este sentido, Turakitwanakan et al. [336] midieron durante varias sesiones el nivel de cortisol en suero sanguíneo en estudiantes de



medicina antes y después de practicar mindfulness, encontrando diferencias significativas, con lo que los autores concluyen que la meditación mindfulness produce efectos a nivel de reducción de estrés y que puede evitar problemas relacionados con el mismo (citan problemas psiquiátricos, úlcera péptica y migraña).

Kuhlmann et al. [337] han desarrollado un protocolo de investigación muy riguroso para comprobar la efectividad de un programa que combina mindfulness y terapia de cognitiva en estudiantes de medicina. Utilizan 3 grupos con asignación aleatoria: el de mindfulness y terapia cognitiva, uno de entrenamiento autógeno y otro de control; el periodo de evaluación se prolonga tras la finalización del programa, estando previstas mediciones transcurridos 1 año y 5 años. Todavía no se dispone de resultados.

Greeson et al. [331] han adaptado un taller de 4 semanas de duración basado en el trabajo de habilidades mente-cuerpo para estudiantes de medicina. Lo han aplicado en estudiantes voluntarios de forma extracurricular y han hallado buena aceptación y mejora en habilidades de autocuidado, incremento de mindfulness y disminución de niveles de estrés.

Bullock et al. [338] han efectuado un estudio sobre el estrés que comporta la transición de estudiante a médico ejerciente, incluye aspectos individuales y organizacionales, entre los aspectos individuales destaca la utilidad de los procedimientos que incluyen mindfulness.

Intentando alcanzar una mayor economía de medios, Kemper y Yun [311] han utilizado un método híbrido (un curso de MBSR disponible online con el apoyo de un médico residente practicante, pero sin instrucción formal) para entrenar a un pequeño grupo de estudiantes de medicina. En la misma línea, Warnecke et al. [312] han aplicado un programa de práctica de mindfulness para entrenar a estudiantes avanzados de medicina con objeto de disminuir su nivel de estrés, obteniendo resultados positivos. La

particularidad de su método reside en que solamente facilitaban un CD de audio a los estudiantes, con el que debían practicar en casa diariamente durante 8 semanas, aquí nos encontramos pues con un programa que solamente consta de práctica.

Van Dijk et al. [339] aportan un dato interesante en su estudio sobre aplicación de entrenamiento en mindfulness con estudiantes de medicina. Encuentra que los estudiantes interesados en participar en los entrenamientos de mindfulness y los que realmente participan muestran puntuaciones superiores en distrés psicológico y neuroticismo, además de puntuaciones inferiores en mindfulness, en comparación con los que no muestran interés en dichos programas. Estos resultados refuerzan la idea de la importancia de la aleatoriedad en la asignación al grupo experimental o de control en estos estudios, así como que, cuando se ofrecen estos programas en las facultades de medicina, parece que despiertan mayor interés en los estudiantes que mayor beneficio pueden obtener de los mismos.

Alguno de estos programas ha sido aplicado también en médicos de atención primaria. Krasner et al. [340] han desarrollado un programa basado en mindfulness, comunicación y autoconocimiento. Incluye material didáctico, meditación mindfulness formal (escáner corporal, meditación sentada, paseo meditativo y movimientos conscientes), prácticas narrativas con ejercicios de indagación apreciativa y deliberaciones en grupo. Los participantes consiguieron mejoras en su bienestar y en las actitudes asociadas con una atención centrada en el paciente. En este sentido, Rappaport [341] destaca la relevancia de la escritura personal y creativa sobre aspectos relacionados con las emociones difíciles, los conflictos y la propia vulnerabilidad, así como la lectura atenta y sin juzgar de este material, de forma compartida, entre los profesionales de la medicina.

Fortney et al. [342] impartieron una forma abreviada (de 18 horas de duración) y adaptada del programa MBSR a 30 médicos de atención primaria. Encontraron que se producían mejoras significativas en las 3 escalas de burnout medidas mediante el Maslach Burnout Inventory, en las subescalas depresión, ansiedad y estrés del Depression Anxiety Stress Scales-21 y en estrés medido mediante la Perceived Stress Scale. No se produjeron cambios significativos en resiliencia ni en compasión.

Irving et al. [343] efectuaron una revisión de estudios empíricos en los que se utilizaba MBSR para incrementar el bienestar y reducir el estrés en profesionales de la salud (se incluían enfermeros, médicos, psicólogos...). Afirman que existe evidencia empírica de los beneficios de este programa en la salud física y mental de los clínicos, aunque la mayoría de estudios utilizan medidas de autoinforme y muy pocos incluyen medidas de registros psicofisiológicos, como cortisol en saliva, u hormonales. Los autores defienden el empleo de métodos cuantitativos y cualitativos combinados. En este estudio también se destaca el papel que puede jugar el entrenamiento recibido por los instructores del programa en los resultados obtenidos y la importancia de controlar este parámetro en las investigaciones.

En nuestro entorno, Martín et al. [344] han evaluado la efectividad, en un periodo de tiempo dilatado (1 año) de un programa de MBSR dirigido a profesionales de la atención primaria. Han encontrado mejoras significativas en burnout, alteración emocional, empatía y otras variables, destacando que se fomentan las actitudes dirigidas al autocuidado.

El programa MBSR de Kabat-Zinn se ha aplicado también a una muestra de estudiantes de psicoterapia [77], encontrando que estas prácticas, que los autores denominan de autocuidado, consiguieron reducciones significativas en estrés, afecto negativo, rumiación y ansiedad (estado y rasgo). Así mismo, obtuvieron incrementos en

afecto positivo y autocompasión. Encontraron incremento en la medida del constructo mindfulness (lo cual parece aportar evidencia de que el programa MBSR refuerza mindfulness como foco del programa) y comprobaron si podría ser variable predictiva de las mejoras en las otras variables medidas. Mediante un análisis de regresión encontraron relación entre mindfulness y el decremento en rumiación, ansiedad rasgo y estrés percibido, así como en el incremento de autocompasión; no encontraron relación entre medidas de mindfulness y afecto positivo y negativo, ni entre mindfulness y ansiedad estado. Asimismo, comprobaron la relación entre el tiempo dedicado a la práctica de las 4 actividades mindfulness que componen el programa MBSR (las clasificaron en práctica informal, exploración corporal, hatha yoga y meditación sentada), sin encontrar ninguna relación entre el tiempo de práctica (de manera individual con cada una de las 4 prácticas, ni con el tiempo total de práctica) y los cambios obtenidos en las variables medidas.

En el trabajo ya comentado de Shapiro et al. [84] se expone que el programa MBSR ofrece un modelo concreto, breve y equilibrado en el sentido de coste-resultados para poder ser aplicado fácilmente en clínicas y hospitales, a la vez que destacan la necesidad de adoptar medidas y proporciona recursos para aliviar el estrés en estos colectivos.

Con respecto a la importancia de la práctica regular de los ejercicios en casa, entre cada una de las sesiones presenciales en los programas que utilizan mindfulness -estos programas acostumbran a tener un alto nivel de exigencia en este aspecto, por ejemplo el programa MBSR de Kabat-Zinn demanda unos 45 minutos de práctica diaria en casa en determinadas condiciones de silencio y recogimiento que pueden resultar difíciles de conseguir en los hogares actuales-, Vettese et al. [345] efectuaron una revisión de 98 estudios, de los cuales, 24 evaluaron la asociación entre práctica de ejercicios en casa y los resultados de mejora obtenidos; en 13 trabajos (el 54%) se encontró al menos apoyo

parcial a los beneficios de la práctica fuera de las sesiones presenciales. Llama la atención la diferencia entre la importancia que se concede a dicha práctica en la metodología de estos programas y la cuestionable evidencia acerca de su utilidad en la mejora de las sintomatologías, por lo que es importante validar la utilidad real de estas prácticas para poder dimensionarlas adecuadamente.

Dobkin y Hutchinson [346] efectúan una revisión acerca de las facultades de medicina que incorporan formación en mindfulness a sus estudiantes y residentes. Encuentran a 14 de ellas que ya incluyen esta formación con diferentes formatos y metodologías, 2 de ellas ya han integrado mindfulness en sus planes de estudios. Destacan la utilidad de estos programas para reducir el burnout y la fatiga por compasión, disminuir el estrés y aumentar el bienestar psicológico. También destacan que estos médicos disponen de mejores recursos para fomentar el bienestar de sus pacientes, lo cual permite la transición al apartado siguiente.

## **19.2. Uso del mindfulness para mejorar habilidades y competencias relacionadas con una buena práctica médica**

El mindfulness puede contribuir al aprendizaje de algo esencial para el trabajo con los demás: el ser consciente de los propios contenidos de consciencia, el ponerse en posición observador, etc. Entre las habilidades que debe poseer un buen profesional de la salud puede citarse la capacidad empática, la escucha activa, el estar presente, el metaconocimiento y metaconsciencia de lo que está ocurriendo en la interacción terapéutica, el establecimiento de la alianza terapéutica (junto con su componente vincular), etc. Puede pensarse que la práctica del mindfulness mejora estas habilidades y, por tanto, mejoraría las competencias de los futuros médicos.

Los estudios realizados en este ámbito se han realizado principalmente con estudiantes y profesionales de psicología, aunque también los hay en el ámbito de los estudiantes y profesionales de la medicina.

Cohen y Miller [347] han desarrollado un programa de 6 semanas, siguiendo el modelo de MBSR, para entrenar estudiantes de psicología en mindfulness, enfatizando el aspecto de consciencia de la relación. Los resultados obtenidos sugieren un efecto positivo en mindfulness, estrés percibido, conexión social, inteligencia emocional y ansiedad. Conceden importancia a los cambios en bienestar interpersonal, pues lo consideran un beneficio importante para futuros profesionales de la salud mental y lo consideran un complemento útil para la formación clínica.

Beckman et al. [348] impartieron un programa de comunicación basado en habilidades mindfulness a médicos de atención primaria. Este programa obtuvo mejoras a nivel de reducción de la angustia psicológica, reducción del burnout y mejora de la empatía. Mediante entrevistas, indagaron acerca de los aspectos que podían influir en estos resultados según la opinión de los médicos asistentes. Los tres aspectos principales eran:

- ✓ El intercambio de experiencias personales de la práctica médica con sus colegas reducía el aislamiento profesional
- ✓ Las habilidades mindfulness mejoraban la capacidad de estar atento y de practicar la escucha atenta con sus pacientes, respondiendo a los pacientes de manera más efectiva y desarrollando una capacidad actuar de manera más flexible y adaptativa
- ✓ Desarrollo de una mayor conciencia de sí mismo que permitió a los participantes atender a su propio desarrollo personal.

Outram y Kelly [349] resaltan la importancia que tiene para los médicos el aprender a enfrentarse al sufrimiento debido a la enfermedad y a la vida, a la culpa y autoexigencia excesiva y al deseo de perfeccionismo que impide compartir los problemas y que aísla de los demás. Resulta notable la coincidencia con los componentes de la autocompasión que Neff [168] ha descrito: Amabilidad con uno mismo sin autocrítica, sentirse parte de la humanidad y no aislado, y mindfulness o apertura de conciencia sin ensimismamiento. Desde otro modelo teórico, Gilbert [350] describe el subsistema neuronal de calma y satisfacción, relacionado con la oxitocina y las endorfinas. Tanto el modelo de Neff y Germer (difundido en nuestro país por Vicente Simón y Marta Alonso) como el de Gilbert inciden en la importancia de desarrollar la compasión (brindar cuidado, consuelo y serenidad al que sufre, fracasa o se siente inadecuado) y la autocompasión (darnos el mismo cuidado, consuelo y serenidad que daríamos a otro cuando sufrimos, fracasamos o nos sentimos inadecuados). La importancia de la compasión y la autocompasión hace que su práctica, cada vez más, forme parte de manera explícita de los programas de entrenamiento de mindfulness más actuales, pudiéndose hablar con propiedad de programas de mindfulness y compasión.

Wexler [351] estudió la relación entre el mindfulness del terapeuta y la calidad de la alianza terapéutica, medida en el terapeuta y el cliente. Encontró correlación positiva significativa entre estas dos variables.

Grepmaier et al. [352] estudiaron si entrenar en mindfulness a psicoterapeutas en formación influía en los resultados que obtenían en las psicoterapias que realizaban a sus pacientes. Los pacientes de los psicoterapeutas que practicaban meditación obtuvieron mejores puntuaciones, con diferencias significativas, en clarificación y resolución de problemas; también se redujeron sus síntomas de manera significativa en somatización,

evitación social, obsesividad, ansiedad, ira, ansiedad fóbica, pensamiento paranoide y psicoticismo.

Hick [20] enfatiza la importancia del mindfulness en el contexto psicoterapéutico, considerándolo muy importante para el terapeuta. Destaca su utilidad para que el terapeuta pueda moverse desde el “modo hacer” al “modo ser”, afirma que este “modo ser” ayuda a dirigir al terapeuta hacia un encuentro directo con el paciente, en el “aquí y ahora”. Plantea que la relación terapéutica es un factor muy importante en el éxito de una terapia y que mindfulness contribuye al desarrollo de los diferentes componentes de una buena relación terapéutica, como son la empatía, la escucha atenta y la compasión.

Linehan [11] postula que mindfulness, más que como una intervención, debería ser considerada como una estrategia psicoterapéutica, pues las actitudes y conductas del terapeuta son más importantes para la relación terapéutica que las habilidades que intenta enseñar al paciente.

Robins [353] resalta la importancia para los terapeutas de practicar mindfulness, en un contexto de Terapia Dialectico Conductual para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, plantea que tiene los siguientes efectos (p. 57):

- ✓ Incrementar la habilidad para observar y describir la conducta de los pacientes en las sesiones de una manera no crítica (sin juzgar).
- ✓ Incrementar la habilidad para permanecer focalizados en la tarea y en el momento presente.
- ✓ Ayudar a regular sus propias emociones durante las sesiones, manteniéndose consciente en su propia respiración.
- ✓ Manejar sus propias opiniones acerca de su competencia como profesional (está obrando como mejor sabe en cada momento, poder rectificar en beneficio del paciente...).



- ✓ Ayudar a desarrollar una actitud de desapego, esforzándose por ayudar al paciente a alcanzar ciertas metas, y, al mismo tiempo, no permanecer apegado a estos resultados, disminuyendo así su grado de sufrimiento si no pueden conseguirse.

Warde et al. [354] han utilizado un entrenamiento para desarrollar habilidades muy necesarias en la práctica médica, especialmente en entornos de poblaciones vulnerables. Entre estas habilidades están el liderazgo, dar apoyo y soporte, el trabajo en equipo, mindfulness y el autocuidado. En esta línea, Epstein y Krasner [355] también destacan la importancia del entrenamiento en mindfulness para fomentar la resiliencia (entendida como capacidad de responder al estrés de una manera saludable, de tal manera que se logren los objetivos a un costo psicológico y físico mínimo), en los médicos, pues permite mejorar la calidad de la atención, del cuidado y su sostenibilidad. Esta resiliencia dependería de factores individuales, de grupo e institucionales; entre los factores individuales estarían la capacidad de mindfulness, autochequeo, establecimiento de límites, y las actitudes que promueven la participación constructiva y saludable con (en lugar de retirarse de) los a menudo difíciles retos en el trabajo.

Siegel [25] refiriéndose a la plasticidad neuronal que provoca la práctica de mindfulness, afirma que los cambios que se producen en el cerebro cuando estamos sintonizados emocionalmente con nuestros estados internos durante la meditación parecen correlacionarse con las zonas del cerebro activas cuando nos sentimos conectados con los demás (sintonía interpersonal e intrapersonal), y esto sugiere que los terapeutas pueden entrenar sus cerebros para ser más efectivos desde el punto de vista terapéutico, gracias a la meditación mindfulness. En línea con esta argumentación, Bruce et al. [356] postulan que mindfulness es un medio de auto-sintonía que aumenta la capacidad del terapeuta para sintonizar con los demás (en este caso, los pacientes) y que esta sintonía

interpersonal ayuda a los pacientes a lograr una mayor auto-sintonía que, a su vez, fomenta que disminuyan la gravedad de los síntomas y mejoren el bienestar y las relaciones interpersonales.

Dobkin y Laliberté [357] inciden en un aspecto no tenido en cuenta hasta ahora: cómo las habilidades mindfulness pueden ayudar a ser un buen docente, un buen profesor, para los estudiantes de medicina. Los autores proponen ejemplos de conductas mindfulness en residentes de psiquiatría que forman a estudiantes, afirman que están en línea con la filosofía humanista y el “modo ser” defendidos por Karl Jaspers.

Luchterhand et al. [358] abogan por crear una cultura de mindfulness en medicina, dado su impacto en el bienestar de los médicos y como potenciador de una orientación más centrada en el paciente. En su estudio exponen como promovieron la práctica y conocimiento de mindfulness en un sistema de salud mediante la elección de 5 líderes médicos de atención primaria que se formaron en mindfulness y actuaron como difusores y catalizadores dentro de la organización, fomentando actividades relacionadas con mindfulness de cara a los alumnos de medicina, sus propios colegas y los pacientes. En referencia a los estudiantes de medicina, se ha incorporado mindfulness al currículum formativo mediante, lecturas, poesía, sesiones humanísticas para compartir narrativas clínicas y respuestas emocionales ante problemas de los pacientes, así como ejercicios de meditación, compasión y autocuidado.

Todos estos aspectos que comentamos son muy importantes para la práctica clínica en los profesionales de ciencias de la salud, puesto que la atención receptiva que caracteriza el mindfulness puede potenciar una mayor capacidad o voluntad de interesarse por los pensamientos y las emociones de la otra persona que participa en la comunicación, y también puede mejorar la capacidad de prestar atención al contenido de dicha comunicación, al tiempo que se es consciente del tono afectivo y del comportamiento no

verbal del otro. Al mismo tiempo, esa persona puede ser más consciente de sus propias respuestas cognitivas, emocionales y verbales en la comunicación (lo que podría, a su vez, ayudarles a prevenir el malestar emocional al que se ha hecho referencia en el apartado anterior).

Aunque solo sea de manera tangencial, se remarca que, además de las habilidades y competencias que se han destacado, también existe bibliografía acerca de la utilidad de mindfulness para reducir los errores de diagnóstico y otros errores propios de la práctica médica [359], así como de su aplicación en determinadas especialidades médicas como la cirugía [360].

**19.3. Otras posibles aportaciones del mindfulness a los estudiantes de medicina y profesionales de ciencias de la salud: valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética**

El Grupo de Trabajo del programa DISSENY de Medicina integrado por miembros de todas las universidades catalanas que imparten estudios de medicina elaboró el año 2004 un documento sobre las **competencias profesionales básicas comunes que los licenciados en medicina debían reunir** [2], este documento está basado en el elaborado al respecto por el Institute for International Medical Education [3]. Estas competencias vienen clasificadas en 7 dominios o grupos y a continuación se hará referencia solamente a algunas competencias del **Grupo I: Valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética**, que pueden tener relación con la práctica de la atención plena o mindfulness, aportando la evidencia de las investigaciones publicadas al respecto:

**“1.- Reconocimiento de los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios morales y éticos...”**

Los principios morales y éticos son básicos para la mayoría de profesionales y para la pervivencia de cualquier sociedad. Cuando las tareas de la profesión, como ocurre en la práctica médica, conllevan atención a personas enfermas, que interactúan en situación de vulnerabilidad o indefensión con el profesional, en las que se toman decisiones que pueden afectar a la salud o a la misma vida, estos principios son capitales.

La formación de los médicos incluye afortunadamente estos aspectos y, cada vez se es más consciente de que no se trata solamente de una cuestión de conocimientos o de reflexión a nivel racional y cognitivo, sino que están implicados en estos aspectos importantes componentes emocionales de los que puede disponerse de escasa o nula consciencia. Esquerda, Pifarré, Viñas et al. [361] han evaluado la competencia ética en estudiantes de medicina y la han relacionado con la sensibilidad ética, el razonamiento moral y aspectos emocionales como la empatía. Es conocido también que, las emociones, por sí solas, no son suficientes, la emoción debe transformarse en vivencia, estimular la reflexión e interiorizarse [362].

En un principio, puede considerarse que mindfulness puede afectar de diversas formas en el sentido de promover decisiones éticas. A mindfulness se lo asocia con un mayor nivel de consciencia del propio entorno personal, esta consciencia tiene una cualidad de aceptación y de no juicio [5], que permite prestar atención a ideas potencialmente amenazadoras para el individuo. Mindfulness permite incrementar la aceptación emocional [7] y la voluntad de tolerar emociones y sensaciones incómodas. Debido a esta aceptación y a la capacidad de no juzgar, mindfulness alienta la toma en consideración de toda la información relevante en la toma de decisiones. Las personas conscientes pueden sentirse menos obligadas a ignorar, justificar o racionalizar ideas que podrían ser potencialmente amenazante para ellos, como un conflicto de intereses o un posible prejuicio. Por todo esto, diferentes autores defienden que mindfulness ayuda a las

personas a ser más conscientes de los aspectos éticos de sus decisiones, incrementándose así su consciencia moral.

Feito [363] enfatiza el aspecto biográfico, de la propia experiencia, al tener en cuenta cuestiones éticas y defiende una bioética narrativa en la que se va más allá de una relación técnica para centrarse en una relación clínica teniendo en cuenta los aspectos del contexto en la toma de decisiones. Defiende, especialmente para los profesionales sanitarios una concienciación ética “ethical mindfulness”, siguiendo la línea de Guillemin, McDougall y Gilam [364]. Ethical mindfulness no se basa en la opinión de expertos o en modelos a seguir, sería una disposición o modo de ser que incluiría 1) la sensibilización ante los momentos éticamente importantes de la práctica diaria, 2) el reconocimiento del significado de estos momentos, 3) capacidad de captar lo que está en juego desde el punto de vista ético en dichas situaciones, 4) conocimiento y reflexión acerca de los diferentes puntos de vista y sus limitaciones, y 5) el coraje, que incluiría apertura acerca de las propias creencias y capacidad de su cuestionamiento. No solo integra conocimiento, habilidades y actitudes, además intenta trabajar aspectos tan escurridizos como los valores. Con posterioridad, Guillemin ha incorporado a las 5 fases de este modelo el trabajo con las emociones [365].

Un aspecto central que incluye mindfulness y sobre el que también existes trabajos que lo relacionan con la ética es el cuerpo. Frolic [366] utiliza el concepto de “mindful embodiment” (podría traducirse por conciencia encarnada o personificada, expresada, realización consciente) para el tratamiento de problemas de ética y el entrenamiento de profesionales. Destaca como parece que los clínicos toman decisiones acerca de aspectos éticos que afecta a cuerpos discapacitados y enfermos sin ser conscientes de cómo sus “own embodied experiences” (sus propias experiencias encarnadas o corporalizadas) influyen en sus juicios o acciones. Intenta desarrollar una epistemología moral basada en

el cuerpo. Afirma que debe prestarse atención a lo que el profesional siente, piensa, se pregunta, teme, gestualiza, dice o hace en su práctica, así como la influencia que ejercen sus propios cuerpos, biografías o contextos sociales, intentando que la teoría quede integrada dentro de una práctica, conectada con la realidad inmediata. En esta línea existe convergencia con la antropología médica crítica interpretativa [367] que defiende que no es que “tengamos” cuerpos, es que “somos” cuerpos y “hacemos” cuerpos; desde esta orientación existirían tres “cuerpos” (el individual, el social y el político), en los que intervienen elementos físicos, simbólicos, intersubjetivos y sociales. En este punto de vista se incluye aspectos de la fenomenología en la concepción de un “yo” individual y sus componentes, incluyendo la crítica al dualismo mente-cuerpo, se resalta la importancia de las metáforas y símbolos corporales construidos socialmente como medio de entender la salud y la enfermedad, de los aspectos políticos que incluyen las estructuras y relaciones de poder, tanto en sus dimensiones micro como macro. También resalta la importancia de la autoetnografía y su apreciación de cuán difícil es separar las circunstancias del que debe tomar una decisión en la apreciación y condicionantes de la cuestión a decidir, dificultando sobremanera que pueda existir una neutralidad y objetividad en abstracto. Esta manera de proceder, afirma Frolic, permite alinear los valores y metas personales con los del trabajo clínico y desarrollar actitudes esenciales, como humildad, honestidad, franqueza, integridad y compasión.

Hyland [368] destaca como la relación entre mindfulness, el dominio afectivo y el compromiso social, pueden explorarse como maneras de desarrollar los valores sociales que fomentan el bienestar de la comunidad. Los críticos de la llamada “sociedad egoísta” [369] hacen notar la necesidad de volver a los valores colectivos y más solidarios, a formar comunidades menos materialistas caracterizadas por la confianza, la compasión y la empatía.

La relación de la práctica del mindfulness con la ética y la moral puede quedar bien reflejada en los siguientes párrafos literales de Kabat-Zinn [6]

“El fundamento de la práctica de la atención plena y de toda investigación y exploración meditativa se asienta en la ética y en la moral y, por encima de todo, en la motivación de no causar daño. ¿Por qué? Porque es imposible que nuestra mente y nuestro cuerpo alcancen el silencio y la calma –por no mencionar la realidad de las cosas más allá de sus apariencias superficiales utilizando la mente como instrumento de conocimiento– o encarnen y transmitan estas cualidades al mundo mientras nuestras acciones agitan, enturbian y desestabilizan de continuo el instrumento mismo con el que estamos mirando, es decir, nuestra propia mente”. p. 103

“Independientemente de la elocuencia, la transmisión de la ética y de la moral es mucho más eficaz a través del ejemplo que de la palabra. En cierto modo, cada cual debe ver, sentir y experimentar por sí mismo, como fruto del cultivo de la atención plena, los efectos, tanto internos como externos, de sus acciones, palabras y aun pensamientos y expresiones faciales, sean éstas las que sean, instante tras instante, respiración tras respiración y día tras día”. p. 106

Además, con la práctica de la atención plena se desarrolla la experiencia de lo que Thich Nhat Hanh [370] denomina “Interbeing” (Interser), un neologismo que describe la “intercomunidad” de todos los seres, con lo que no existiría un “yo” separado de los demás, con lo que cualquier cosa que hagamos a los demás nos la estamos haciendo a nosotros mismos. Esta experiencia tiene importantes consecuencias en el desarrollo y manifestación de una conducta ética.

“Si eres poeta, verás claramente que flota una nube en esta hoja de papel. Sin nube, no habrá lluvia; sin lluvia, los árboles no crecen; y sin árboles, no podremos hacer papel”.

Monteiro et al. [371] resaltan el componente ético que llevan implícito los programas psicoeducativos basados en mindfulness, como el MBSR Mindfulness Based Stress Reducción [4] y el MBCT Mindfulness Based Cognitive Therapy [7]. Aunque en las prácticas y programas basados en mindfulness se ha dejado de lado su origen religioso y espiritual proveniente de la filosofía budista que defiende unos determinados principios éticos, en realidad, la misma práctica lleva asociados estos componentes éticos que se desarrollan y refuerzan con dicha práctica. Los autores, en la Ottawa Mindfulness Clinic, han desarrollado un programa que han denominado Mindfulness Based Symptom Management (MBSM) que recoge aspectos de los 2 programas anteriormente citados, así como las 5 enseñanzas mindfulness o los 5 buenos hábitos de la manera que los reformula Thich Nath Hanh. Estos 5 hábitos tienen que ver con el respeto a la vida, la generosidad, el respeto a los límites, el habla compasiva y la escucha profunda y el consumo consciente. Debido a que estos principios pueden entenderse de manera abstracta, proponen definir sus correlatos conductuales apoyándose en el marco que proporciona la Psicología Positiva y el trabajo de Martin Seligman y colaboradores, de esta manera proponen conductas relacionadas con cada uno de los 5 hábitos y para cada uno de los aspectos de la experiencia que se trabajan en el programa: el cuerpo, las emociones, las sensaciones y los pensamientos. No se discute acerca de conductas correctas o incorrectas, sino que se fomenta el trabajo con uno mismo para que haya una mayor continuidad de las acciones conscientes y una progresión en el cultivo de estos hábitos.

Ruedy y Schweitzer [372] han estudiado los efectos de mindfulness, entendida como la conciencia de un individuo de su experiencia actual, en la toma de decisiones éticas y afirman que muchas de las decisiones poco éticas se derivan de una falta de conciencia. Esta conciencia hace referencia tanto a un nivel interno (conciencia de sus propios pensamientos) como externamente (conciencia de lo que está sucediendo en su entorno), afirman que las personas que son menos conscientes pueden equivocarse en el



reconocimiento de los problemas éticos o en la apreciación de los conflictos de intereses. Sostienen que varias causas de un comportamiento poco ético, como la cognición egoísta (Epley y Caruso, 2004), el autoengaño (Tenbrunsel y Messick, 2004), y los sesgos inconscientes (Bazerman et al., 2002), se ven agravados por una falta de atención y de conciencia, y que los bajos niveles de mindfulness pueden ayudar a explicar el comportamiento poco ético. Encuentran evidencia de que individuos que puntúan alto en escalas que miden mindfulness -utilizan la Mindful Attention Awareness Scale MAAS de Brown y Ryan [15]-, en comparación a individuos que puntúan bajo en estas escalas, son más propensos a actuar de manera ética –utilizan una escala de estrategias de negociación inadecuadas-, a valorar la defensa de las normas éticas y a utilizar un enfoque basado en principios para la toma de decisiones éticas. También han encontrado evidencia de que las personas que obtienen altas puntuaciones en mindfulness, en comparación a individuos que obtienen bajas puntuaciones, utilizan menos el engaño. Otra conclusión interesante de este estudio es que las personas más conscientes se preocupan más por ser éticos (enfoque interno) que en crear una imagen exterior ética (parecer éticos). También han encontrado que mindfulness aumenta la sensibilidad del propio autoconcepto hacia el comportamiento poco ético de tal manera que el rango de tolerancia para el comportamiento poco ético se reduce; este incremento de sensibilidad también podría ayudar a frenar los efectos de la llamada por Gino y Bazerman (2009) “slippery slope” (pendiente resbaladiza) que lleva a comenzar por infracciones de poca importancia para ir deslizándose hasta poder llegar a realización de comportamientos atroces e inhumanos. Los autores concluyen que, así mismo, mindfulness puede ayudar a disminuir la brecha entre los altos estándares éticos que podemos tener y nuestro habitual comportamiento poco ético mediante la atención consciente, momento a momento, de esta circunstancia.

Hunt [373] destaca la dialéctica existente entre una ética de la salud (se refiere básicamente a la atención en enfermería) entendida la atención a la salud desde un punto de vista industrial y burocrático (con énfasis en los procedimientos sistemáticos y protocolos necesarios para una producción en masa) frente a una atención a la salud entendida como “sentido de la vida”, en la que prevalece la sabiduría, sensibilidad y responsabilidad necesaria para un cuidado auténtico del enfermo. El autor resalta como la atención plena (mindfulness) que requiere este cuidado genuino puede ser obstaculizada por el enfoque industrial y burocrático, el cual ignora, obstruye o, incluso, suprime dicho mindfulness. Este “sentido de la vida” puede conseguirse mediante un auto cuestionamiento honesto y un cambio personal, sería algo así como una manera de mirar, una orientación, una sensibilidad, una actitud, una “filosofía”, el setting para el cuidado de la salud, que no podría definirse de manera precisa, y que es lo que permite actuar de manera flexible, fluida y respondiente. Las conductas relacionadas con este “sentido de la vida” tendrían que ver, en el ámbito sanitario, con tratar de distinguir entre lo que es evitable, cambiante o mejorable de lo que no y actuar en función de dicha distinción, no permitirse tratar a la vida o a aspectos concretos de esta como si pudieran aislarse o separarse de otras vidas y de las cuestiones relativas a la vida y a la muerte (tener en cuenta los aspectos interrelacionales, contextuales y de continuidad), no tratar los aspectos de la vida como algo permanente e inmutable (aceptar la impermanencia, lo inesperado e incierto), considerar la conveniencia de dejar ir, soltar el apego a uno mismo y a lo que está haciendo y/o ayudar a los demás a hacerlo, estar consciente de que las personas, los tiempos y los lugares pueden sorprenderle a uno y estar abierto al momento presente, mantener el sentido de proporcionalidad y equilibrio en cada intento de cambio y mantener un sentimiento de admiración, curiosidad, humildad y gratitud hacia y para la vida. Para el autor, mindfulness es lo que lo hace posible y significa estar plenamente consciente de lo que una situación concreta nos está “diciendo”, aquí y ahora. Cuando no

estamos plenamente conscientes, es como si estuviéramos “perdidos” de nosotros mismos, no somos nosotros quienes respondemos, sino un rol, o nuestra (o la de otros, de la organización...) visión de nosotros mismos que está reaccionando. La técnica y los procedimientos son necesarios y útiles, pero deben poder ejercerse en un setting que permita y colabore con el “sense of life”, debe poderse construir organizaciones éticas que posibiliten individuos éticos.

Un aspecto interesante, es el poder considerar los problemas principales de la bioética, como pueden ser los relacionados con el final de la vida: el determinar el momento la muerte, la actuación ante estados vegetativos prolongados, la pertinencia o no de la eutanasia, etc., desde la perspectiva de otras culturas y tradiciones religiosas. Ya se ha comentado como la práctica de mindfulness ha llegado a través de la tradición budista (aunque existen prácticas similares en otros contextos culturales y religiosos, como en la más cercana a nosotros tradición cristiana) y puede resultar interesante y orientador en algunos aspectos el considerar el tipo de tratamiento que tienen estos aspectos centrales de la bioética en otros contextos que intentan hacer compatibles el respeto por la vida y la compasión [374].

## **“2.- Valores profesionales que incluyen... *el altruismo... la compasión, la empatía...*”**

Burks y Kobus [375] resaltan la creciente demanda acerca de cualidades altruistas, humanistas y centradas en el paciente entre los profesionales sanitarios, lo cual hace que se nombren continuamente en códigos éticos y en programas de formación. No obstante, opinan que el altruismo acostumbra a ser entendido de manera intangible y opaca, lo cual dificulta su práctica correcta. El altruismo, en este contexto, no se refiere al ejercicio de actividades profesionales sin percibir remuneración económica como contrapartida, sino que implica una motivación dirigida hacia los demás, un deseo de incrementar o contribuir al bienestar de otro individuo, vendría a representar el polo contrario al

egoísmo. Es importante entender que, a menudo, las personas comparten las motivaciones y conductas orientadas hacia los demás con las orientadas hacia sí mismos, sin que esto deba representar necesariamente un conflicto. En el contexto de la interacción con el paciente, un comportamiento altruista puede manifestarse en acciones que van más allá de las obligaciones profesionales estándares, pueden comportar una necesidad de tiempo y recursos para el profesional, lo que puede implicar una sensación de sacrificio o pérdida, pero, a la vez, conllevan un sentimiento positivo hacia uno mismo por contribuir a evitar el dolor de otra persona o, por el contrario, ayudan a evitar la culpa y malestar que podrían resultar en caso de no ejercer dicho comportamiento (vemos cómo pueden ir asociadas las conductas altruistas con sentimientos de autosatisfacción o autoprotección). El altruismo puede llegar a desembocar en una conducta, pero puede ser una actitud, una aspiración personal, una intención. Los autores distinguen entre “orientación prosocial” y “conducta prosocial”, defendiendo a la conducta prosocial como focalizada en la acción de ayuda y en los beneficios positivos tanto para el receptor como para el dador de la ayuda.

Aunque los valores humanistas, como el altruismo, la compasión y la empatía, se promueven explícitamente dentro de los programas formativos del personal sanitario, tales valores pueden chocar paradójicamente con las prácticas culturales y costumbres que pueden observarse de una manera más implícita entre los profesionales y docentes. La “cultura médica” incluye las costumbres, creencias, estilos de comunicación, acciones y procesos de pensamiento que se transmiten a través de las normas informales, modelado, aprendizaje por observación y condicionamiento social implícito. Por ejemplo, si un docente habla de compromiso, pero su conducta refleja desinterés, los estudiantes pueden percibir esta combinación como un mensaje confuso.

Germer [376] afirma que una moralidad mal entendida puede provocar conductas de rigidez e intolerancia, lo cual puede dificultar que estas personas puedan

proporcionarse amabilidad y cuidado a sí mismas, pues confunden estas conductas con actitudes autocomplacientes. La alternativa a la justa indignación no es la inmoralidad, sino la evaluación de lo que es necesario para guiar a los demás hacia actividades menos nocivas. Un patrón de conducta más bondadoso es catalogar a las acciones en función de si aumentan o disminuyen el sufrimiento. También destaca como un sistema ético rígido nos ciega a las partes poco atractivas de nosotros mismos, como la lujuria, la envidia, la codicia, el odio y el egoísmo, lo que las hace menos manejables. Cuando se aprende a reconocer estas tendencias humanas en nosotros mismos, sin vergüenza ni negación, existe la oportunidad de orientarlas en una dirección más beneficiosa.

**“7.- Autoevaluación y reconocimiento de las necesidades de la mejora personal continua, siendo *conocedor de las propias limitaciones...*”**

Wise et al. [377] resaltan, en un marco psicoterapéutico, la importancia de lograr un equilibrio adecuado entre el cuidado de los clientes y el cuidado de los profesionales de la salud. Para estos autores, el *self-care* (auto cuidado) constituye un imperativo ético, como ya destacaron Pope, Tabachnick y Keith- Spiegel (1987), constituye una falta de ética el continuar trabajando cuando el profesional de la salud se encuentra demasiado angustiado para poder realizar eficazmente su trabajo. En la base de su programa está el modelo del impacto del estrés en la práctica profesional que detalla las consecuencias que se originan cuando el estrés no es manejado de manera eficaz y se entra en una espiral descendente en la que del estrés se pasa a la angustia, al deterioro y a las posibles conductas profesionales impropias. En su artículo exponen el programa Mindfulness-Bases Positive Principles and Practices (MPPPs), inspirado en el programa MBSR [4], en la Terapia de Aceptación y Compromiso ACT [9] y en el movimiento de la Psicología Positiva [378]. Afirman que su programa permite incrementar la auto compasión, la consciencia de las reacciones de contratransferencia y la capacidad de conectar con las vidas emocionales de los pacientes sin sobreidentificarse con ellas, así como el fomento

de actividades como el ejercicio físico, la meditación, dedicar tiempo a amigos y familia, estar en contacto con la naturaleza... Defienden que este tipo de programas debería formar parte del currículum académico y de la formación continuada, pues permiten reducir el estrés, cultivar el bienestar y la capacidad de relacionarse de una manera saludable con los pacientes, asumiendo los aspectos comunes.

#### **19.4. Aspectos más concernientes con la práctica psicoterapéutica pero también relacionados con la práctica médica**

En este apartado se incluyen aspectos más relacionados con la práctica de la psicoterapia, pero que, en función de las distintas especialidades y modalidades de práctica médica pueden resultar también pertinentes, al menos de manera parcial.

Aunque la práctica de la psicoterapia puede comportar aspectos positivos, por ejemplo, Farber [379] encontró que los terapeutas experimentan aumento en autoafirmación, seguridad, autonomía, introspección, capacidad de expresarse, de reflexión, una sensibilidad agudizada..., sin embargo, existen otros aspectos no tan beneficiosos, Guy [380] ha trabajado acerca de los procesos de deterioro que pueden producirse en los psicoterapeutas, a nivel de enfermedad mental, depresión, suicidio, abuso de sustancias, explotación del paciente, abuso sexual..., así como de la influencia negativa que podía suponer el vacío emocional, el aislamiento, el estrés y las dificultades asociadas con la práctica de la psicoterapia.

Jung [381] habló de la “infección inconsciente”, que puede ser el resultado de tratar con pacientes emocionalmente perturbados. Farber [382] comenta que “la práctica de la psicoterapia sirve para reactivar continuamente las experiencias, los recuerdos y las emociones tempranas del terapeuta”. Freudenberger y Robbins [383] hablan de que “las viejas cicatrices y heridas del terapeuta continuamente están siendo rozadas de nuevo,

particularmente por el paciente fronterizo”. Henry [384] comenta que “la misma práctica psicoterapéutica produce una reactivación constante de los estados internos personales”. Chessick [385] considera un estado de depresión y desesperación al que llama “tristeza del alma”, al cual considera contagioso. Guy [380] afirma que la suma de predisposiciones, factores relacionados con el trabajo, la influencia de acontecimientos vitales y los efectos interactivos que se producen, pueden causar la descompensación del psicoterapeuta. Estos factores pueden agravarse en un contexto en el que, debido al propio trabajo del terapeuta, puede estimularse la reserva, la negación, puede inhibirse el deseo de buscar ayuda, asimismo existe miedo al qué dirán, al ridículo, un sentimiento humillante y embarazoso de identificarse él mismo como “paciente”, a la pérdida de pacientes, del modo de sustento, concluye que debe combatirse contra la fantasía de que los psicoterapeutas han superado toda vulnerabilidad personal al daño y al deterioro emocional.

Para intentar cuidar la salud del psicoterapeuta Guy [380] defiende que son muy importantes el trabajo en equipo, la psicoterapia personal, la interacción con los colegas y la supervisión periódica. Este autor también destaca la importancia de que existan programas de ayuda, de carácter voluntario y confidencial, dentro del marco de la profesión.

Guggenbühl-Craig [386] va un poco más allá al afirmar que la propia vulnerabilidad es inherente a su capacidad como terapeutas: “los terapeutas deben aceptar la propia vulnerabilidad al desarrollo emocional como precio de su comprensión y agudeza; así, los de mayor éxito y talento para lograr el alivio del dolor psíquico de los demás, acostumbran a ser los más vulnerables al sutil desencadenamiento del daño y el deterioro emocional”. Vemos pues, que, lejos de volverse inmune al deterioro, como consecuencia de la formación y experiencia recibidas para tratar con el dolor emocional

de los demás, el psicoterapeuta suele ser especialmente vulnerable a su influencia sobre su propia vida personal, según las tesis de Guy [380].

May y O'Donovan [92] estudiaron las relaciones entre mindfulness, bienestar, burnout y satisfacción laboral en psicoterapeutas, confirmando la relación entre mindfulness, mayor bienestar, mayor satisfacción laboral y menor experiencia de burnout. Los autores resaltan como mindfulness incide en la naturaleza transitoria de las emociones, ayudarles a estar más abiertos a su propia experiencia emocional y a centrarse en el momento presente en la relación con sus clientes.

Christopher et al. [387] proponen que el entrenamiento en mindfulness resulta de utilidad para proporcionar estrategias de autocuidado a los consejeros y psicoterapeutas. En su estudio cualitativo afirman que las personas entrenadas continuaban practicando y les era de utilidad tanto a nivel personal (facilitando su bienestar físico, cognitivo, emocional e interpersonal) como profesional (en su manera de ser terapeuta y en la forma en que intervenían y conceptualizaban los problemas de sus clientes), aunque para su estudio solamente utilizaron una muestra de 16 personas. Christopher et al. [388] ya indicaron, en un trabajo anterior, que estas prácticas podían ayudar prevenir el “burnout” y reducir los niveles de estrés en “counseling”.

Fulton [389] afirma “Mindfulness ayuda al terapeuta a cultivar habilidades y cualidades mentales como la atención, la tolerancia afectiva, la aceptación, la empatía, la ecuanimidad, la tolerancia de la incertidumbre, el insight o introspección de las tendencias narcisistas y la perspectiva de la posibilidad de la felicidad”.

Aggs y Bambling [390] también aportan evidencia sobre como un entrenamiento en mindfulness puede mejorar las habilidades de los terapeutas y mejorar sus resultados con los pacientes. Puede destacarse que los cambios en los terapeutas fueron más a nivel



de actitudes (mejor aceptación ecuanimidad hacia su trabajo) que de mejora de sus habilidades para regular la atención.

En el estudio de Shapiro et al. [77] con terapeutas ya comentado, afirman que el entrenamiento en mindfulness, que mejora el afecto positivo y la autocompasión, puede ayudar a mejorar las habilidades profesionales de los terapeutas, incidiendo en mayor benevolencia y aceptación de sus clientes y pacientes, sugiriendo que se estudie en posteriores investigaciones.

Wang [391] estudió si la práctica en meditación mindfulness mejoraba los niveles de atención y empatía en los psicoterapeutas. Encontró diferencias significativas en empatía, pero no en atención.

Dunn et al. [392] han estudiado los efectos de que el terapeuta practique mindfulness, antes de una sesión de terapia, en la actitud de presencia del terapeuta en dicha sesión. Los terapeutas se percibían ellos mismo como estando más presentes y atentos en la sesión, los pacientes en cambio no notaban diferencias en este sentido, en cambio, los pacientes notaban que las sesiones eran más efectivas cuando los terapeutas habían realizado esta preparación previa. Vuelven a encontrarse unos supuestos efectos en los que parece que se escapan los mecanismos mediante los cuales se producen.

En el trabajo ya citado de Harrer [54] se destaca también la importancia que para la relación terapéutica tiene la atención o consciencia del terapeuta, al fomentar la observación interna y la aceptación en los pacientes, así como para la ocurrencia de experiencias terapéuticas.

En contradicción con todos estos trabajos citados, Stanley et al. [393] presentan evidencia contraria a que las habilidades de mindfulness puedan mejorar la capacidad de

los terapeutas para lograr resultados de mejora en sus pacientes cuando se aplican terapias estructuradas y muy procedimentadas.

También existen estudios sobre la relación entre la práctica de mindfulness y el manejo de la contratransferencia, entendida, citando a Gelso y Hayes [394], como “las reacciones internas y externas del terapeuta que están influidas por sus conflictos, pasados o presentes, y sus vulnerabilidades”. Esta contratransferencia vendría provocada por las características del paciente y de la situación terapéutica y puede tener efectos positivos o negativos en la terapia; según estos autores, los terapeutas que observen sus continuos y cambiantes flujos de consciencia pueden conocer mejor cuando tienen sentimientos contratransferenciales, por lo que mindfulness puede ayudarles a entender mejor su dinámica interna. Zanetich [395] ha investigado esta relación entre mindfulness y gestión de la contratransferencia (evaluada como autoconocimiento, manejo de la ansiedad y empatía por los supervisores de los terapeutas), sus resultados sólo muestran evidencia de la relación entre la práctica de mindfulness y el manejo de la ansiedad, pero no con autoconocimiento y empatía. Los resultados de Zanetich, asimismo resaltan la inconsistencia entre los resultados de instrumentos de autoinforme que miden mindfulness y la experiencia real en esta práctica; además es de destacar la falta de relación encontrada entre los años de entrenamiento en la práctica clínica y el desarrollo de estas habilidades de autoconocimiento y empatía, por lo que considera importante trabajar en cómo desarrollarlas.

Davis [396] postula la relación entre mindfulness, contratransferencia y diferenciación del self, entendida como la capacidad para diferenciarse uno mismo de los otros, incluyendo la habilidad para priorizar las necesidades del cliente sobre las propias necesidades, así como mantener estabilidad, una identidad coherente y salud psicológica.

Piensa que estos tres constructos guardan relación y postula que la práctica de mindfulness influye en el manejo de la contratransferencia.

En el apartado 8.1 se ha considerado la relación entre apego y mindfulness, y se han comentado varios estudios al respecto, en este apartado se recuerda esta relación y su posible influencia en las habilidades y competencias que requieren el trabajo psicológico y psicoterapéutico, por ejemplo, Petrowski et al. [397] evaluaron el tipo de apego que tenían los terapeutas (mediante el AAI) y lo compararon con el tipo de apego que establecen los pacientes en relación a sus terapeutas. Sus resultados muestran que no existe una influencia general de tipo de apego seguro o inseguro del terapeuta, pero si encontraron efectos más específicos de las modalidades de apego inseguro: cuanto más preocupado era el estilo de apego del terapeuta, el paciente mostraba un estilo más preocupado-fusional, y cuanto más rechazante era el estilo del terapeuta, más temeroso-evitativo era el estilo del paciente. Concluyeron que no es tan relevante que el terapeuta tenga un tipo de apego seguro o inseguro, sino el tipo de apego inseguro que manifieste, lo cual influye en el tipo de experiencia subjetiva de apego que el paciente establece con él.

Beitman y Soth [144] afirman que la práctica de mindfulness puede ser beneficiosa para los terapeutas en el sentido que les permite mantener, como se ha dicho, una “atención libre flotante”, en el sentido que comentaba Freud [198]. Este estado contribuye a que el cliente se sienta aceptado y no juzgado por el terapeuta.

Se ha hecho referencia en el apartado 8.1 también a la mentalización [132], a como el mindfulness puede tener relación con ella, a cómo pueden influirse mutuamente. Para entender la relación que puede existir entre mentalización y mindfulness, puede ser ilustrativa esta cita de Coderch [398] sobre su práctica psicoterapéutica enmarcada dentro de la psicología relacional:

“Intento encontrar algún medio de favorecer la mentalización; en algunas ocasiones pidiendo directamente a paciente que, además de pensar y sentir, piense en sus pensamientos y en sus sentimientos, ayudándole a diferenciar entre pensar y pensar en sus pensamientos, y sentir y pensar en sus sentimientos. Y también le pido que piense en el sentido que tienen para él mis palabras, más allá de lo que crea que yo he intentado transmitirle. También creo importante lograr que el paciente se vea a sí mismo desde el exterior, tal como lo ven los otros, y que trate de ver a los otros desde el interior de ellos mismos”. (p. 253)

Con objeto de poder realizar este trabajo que comenta Coderch, el terapeuta debe ser capaz de realizar en sí mismo lo que pide a los pacientes, la práctica de la meditación mindfulness puede ayudar al terapeuta a conseguirlo.

También existen evidencias de que el ejercicio de la psicoterapia puede desarrollar mindfulness, por lo que podría existir un proceso interdependiente entre mindfulness y psicoterapia, no solamente el entrenamiento en mindfulness podría incrementar las habilidades terapéuticas, sino que, además, la práctica de la psicoterapia incrementaría las habilidades de mindfulness. En este sentido, Martínez y Pacheco [209] han encontrado evidencia de que los psicoterapeutas experimentados obtienen mayores puntuaciones en mindfulness (medido a través de la escala MAAS) que los psicoterapeutas con menos experiencia, en este caso los terapeutas estudiados pertenecían a la orientación constructivista.

### **19.5. Uso específico del mindfulness en psicoterapia**

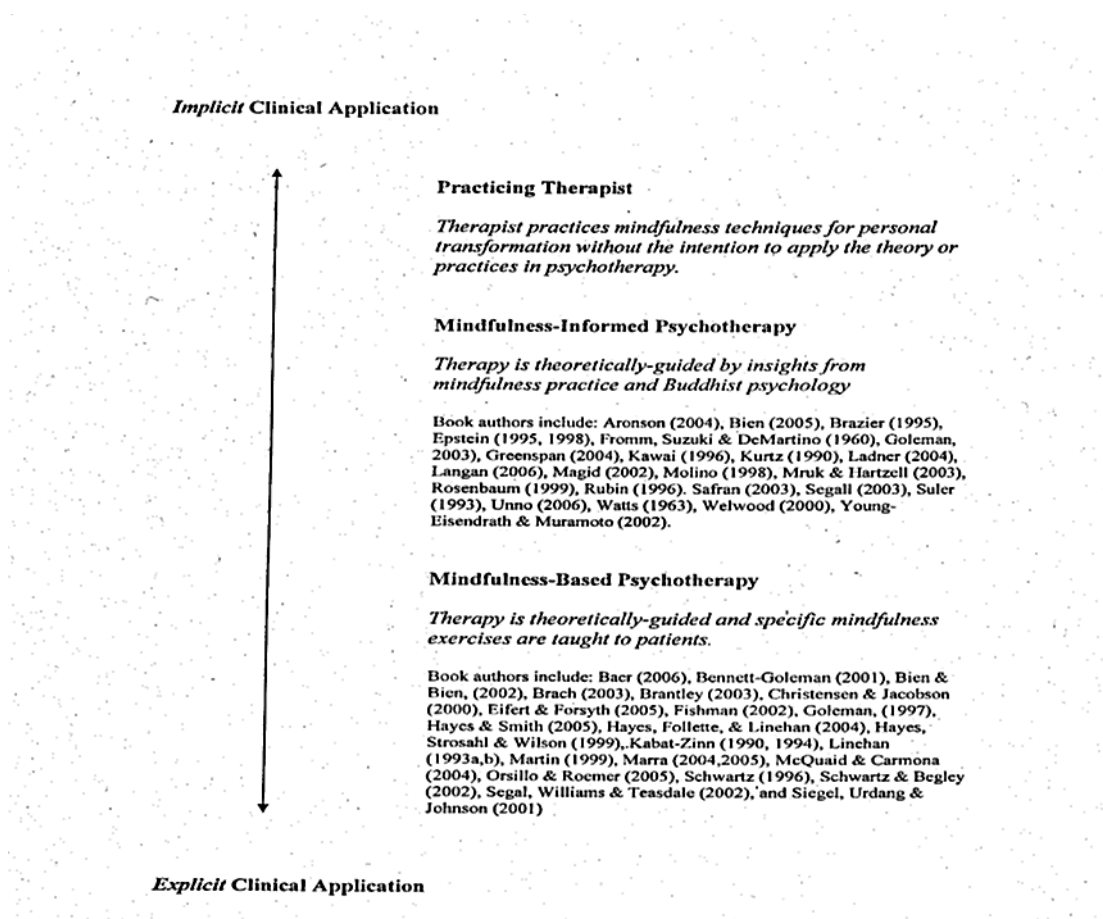
Además de los aspectos expuestos en los apartados 19.2 a 19.4, referentes a la mejora de habilidades y competencias relacionadas con el trabajo en ciencias de la salud

y psicoterapia, existen programas y terapias que incorporan mindfulness, como los que hemos relacionado en el apartado 17, de manera más o menos explícita.

En realidad, podríamos hablar de un continuo en la incorporación del mindfulness al trabajo psicoterapéutico. Germer [399] propone un continuo desde un polo implícito a un polo explícito, un enfoque parecido también es propuesto por Shapiro y Carlson [400]. Ver Figura 25.

En el polo implícito encontraríamos al psicoterapeuta practicante de mindfulness, sin intención de aplicar la teoría o la práctica a la psicoterapia. Sería un uso no perceptible explícitamente para el paciente (sólo existiría la contribución que la práctica del mindfulness hace en la mente del terapeuta y, a través de él, en la terapia).

Ya se ha comentado que mindfulness puede ayudar al terapeuta a cultivar habilidades y cualidades mentales como la atención, la tolerancia afectiva, la aceptación, la empatía, la ecuanimidad, la tolerancia de la incertidumbre, el insight o introspección de las tendencias narcisistas y la perspectiva de la posibilidad de la felicidad. Este polo sería en realidad el expuesto en el apartado 19.2.



**Figura 25: Psicoterapia orientada a mindfulness**

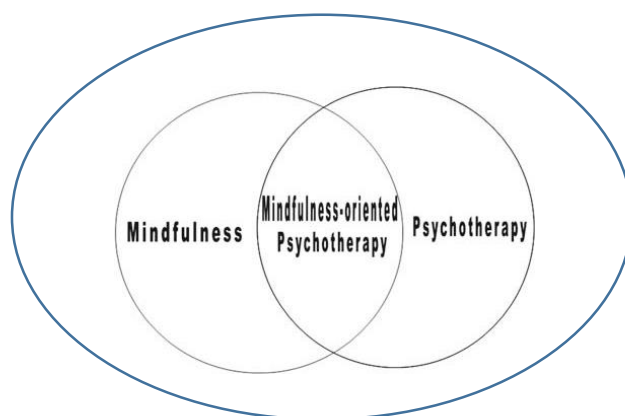
*Fuente: Germer (2005)*

A partir de aquí podría pasarse a una Psicoterapia influida “informed” por mindfulness, especialmente en sus aspectos teóricos, entender la naturaleza arbitraria y condicionada del pensamiento, ver los efectos contraproducentes de intentar evitar las experiencias difíciles, notar las dolorosas consecuencias de intentar apuntalar nuestra concepción de un yo separado...

En el polo más explícito estaría la Psicoterapia basada en mindfulness: se enseñan prácticas de mindfulness a los pacientes, meditación tradicional o ejercicios más personalizados en función de los objetivos a conseguir, o a través de un enfoque psicoeducativo grupal como se practica en MBSR...

Además, existirían otras posibilidades: practicar meditación como preparación para acceder a la psicoterapia, como algo adjunto a la terapia, como actividad paralela con finalidad espiritual...

Fulton [389] defiende que no puede describirse mediante un continuo unidimensional y propone un diagrama de Venn con varios niveles de inclusión (ver Figura 26).



**Figura 26: Psicoterapia cuando el profesional practica mindfulness**

*Fuente: Fulton (2009)*

Según este autor, mindfulness no puede reducirse a una clase de intervención o a unas técnicas y debe entenderse en un contexto más amplio. Afirma que cuando el terapeuta es un meditador, todas las actividades que realiza, ya sea una sesión de psicoanálisis, de terapia cognitiva basada en mindfulness, o lavar la ropa, se ven afectadas (quedaría representado en el círculo exterior de color azul en la Figura 21).

Fulton [389] también afirma que las intervenciones y formulaciones de mindfulness surgen de forma natural cuando, como terapeutas, se ha probado su utilidad con uno mismo mediante la propia práctica y experiencia. Cuando se logra apereibirse de cómo se cae en la trampa y cómo podría cesar tal actividad dañina, se aprende a ver cómo los otros, también, caen en ciclos de sufrimiento a pesar de sus deseos más profundos de aliviarlo.

## **20. REQUISITOS QUE DEBE REUNIR UN INSTRUCTOR DE MINDFULNESS**

Un aspecto importante es el referente al entrenamiento y formación del instructor en mindfulness, sobre su competencia, qué áreas abarca y cómo la ha adquirido. Este es un punto que no se acostumbra a citar en los trabajos y que puede tener una importante influencia en los resultados, como recogen Crane et al. [401] e Irving et al. [343]. Los diferentes programas psicoeducativos o terapias que utilizan mindfulness requieren tipos de formación diferentes, pueden encontrarse formaciones específicas que no requieren conocimientos previos de psicología y que se imparten en forma de seminarios o retiros de duración diversa, de una manera más abierta, como por ejemplo los programas formativos del Center for Mindfulness (CFM) de Worcester (Massachusetts, EEUU) - pueden verse en su página web los requisitos de entrenamiento de profesores-, hasta programas máster de 2 años de duración para profesionales de la salud mental y con experiencia en psicoterapia, como el impartido por la Universidad de Oxford en Reino Unido.

Se defiende que, para conducir un taller como el que nos ocupa, se necesita formación en psicología y en psicoterapia, así como un conocimiento teórico profundo acerca del mindfulness y las cuestiones asociadas al mismo. Se suponen habilidades suficientes en dinámica de grupos. En adición, existen unos elementos específicos mindfulness que se exponen, siguiendo las recomendaciones de Woods [402]:

1.- Conciencia del cuerpo. No solamente a través de la práctica de la meditación sentada, sino que es importante conocer una técnica personal sobre consciencia del cuerpo en movimiento: Yoga, Taichí, Qigong... que haya permitido explorar las sensaciones corporales y la importancia de su consciencia.

2.- Importancia de la práctica personal. Hace falta práctica y tiempo. Experiencia en meditación. Es conocido como los primeros intentos de aplicación de la MBCT no



resultaron fructíferos y cómo fue atribuida esta falta de resultados a que los entrenadores no eran practicantes [7]. Después de que los entrenadores adquirieran experiencia como practicantes, fueron capaces de transmitir esta experiencia y obtuvieron resultados terapéuticos, pues la práctica personal del instructor se convierte en el elemento central para trabajar con el material que presentan los participantes.

3.- Compromiso experiencial. Se aprende a través de la práctica y cuando el propio terapeuta es capaz de vivenciarlo. Nunca se pide a los participantes nada que no se pida el instructor a sí mismo. A través de este compromiso experiencial pueden madurar cualidades como la aceptación, no juzgar, bondad, investigación continua, autoinvestigación y compasión.

Crane et al. [401] afirman que es necesario clarificar la formación, quien puede ser formador, establecer diferentes niveles de competencia (proponen 5 niveles, desde el principiante al avanzado), su estudio se enmarca dentro del contexto de la MBCT en el Reino Unido.

Woods [402] afirma que la práctica del mindfulness es más que un conjunto de habilidades, más que una intervención conductual y más que un método clínico desarrollado como manera de trabajar con problemas de salud. Vemos como adquiere importancia el factor personal del instructor (o instructores, pues, normalmente, estos talleres son impartidos por dos instructores) y de la relación que se establece, en línea con las investigaciones que otorgan gran importancia a factores personales del terapeuta y a las características de la relación, más que al modelo de terapia que practica.

## **PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO**



## **21. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Son conocidos los elevados niveles de estrés, ansiedad y otros problemas de salud que se han detectado en el colectivo de estudiantes de medicina en diferentes estudios, algunos de ellos realizados en nuestro contexto. En el apartado 18 de la Fundamentación Teórica se ha realizado una descripción de los mismos. Este estudio puede aportar una visión general de esta problemática en la muestra analizada.

El estudio empírico de esta Tesis pretende aplicar las herramientas que puede facilitar el entrenamiento en mindfulness (se ha desarrollado un Taller experiencial y psicoeducativo, adaptado a estudiantes de medicina, basado en mindfulness), para mejorar las habilidades de autocuidado de los estudiantes de medicina en línea con toda la investigación existente que se ha expuesto en el apartado 19.1.

También son conocidos los requerimientos en habilidades relacionadas con una buena práctica médica que deben adquirir los estudiantes de medicina en su formación. Dada la evidencia aportada de que el entrenamiento en mindfulness puede desarrollar y facilitar la adquisición y ejercicio de dichas habilidades (en el apartado 19.2 se ha recogido la investigación existente al efecto) se intentará comprobar dicha efectividad en nuestro contexto.

Con la intención de continuar avanzando en el conocimiento del mindfulness, se intentará aportar alguna evidencia acerca de dichos conocimientos, como la influencia de la práctica (ver apartado 5), así como su posible relación con otros constructos (apego, autocompasión, empatía, personalidad, burnout...) intentando contrastar investigaciones comentadas en el apartado 8.

En la literatura revisada no se ha hallado ningún estudio de aplicación de mindfulness en estudiantes de medicina en nuestro país. Fuera de nuestro país existen una

docena de estudios (ver apartado 19.1). Sólo en uno de ellos se ha utilizado una medida multifactorial de mindfulness [183] y en otro se ha utilizado una medida total de autocompasión en estudiantes de medicina [316], aunque sin facilitar detalles de cada escala.

## **22. OBJETIVOS**

### **22.1. Objetivo general**

Analizar la efectividad de una formación experiencial y psicoeducativa en mindfulness adaptada e impartida a estudiantes de medicina en sus habilidades de autocuidado y competencias relacionadas con una buena práctica médica.

### **22.2. Objetivos específicos**

- Conocer el nivel de estrés y sintomatología asociada en los estudiantes de medicina que participen en la investigación, así como su relación con determinadas variables sociodemográficas.
- Conocer el nivel de habilidades psicológicas relacionadas con la práctica médica en los estudiantes de medicina que participen en la investigación (empatía, autocompasión y mindfulness), así como su relación con determinadas variables sociodemográficas.
- Conocer el nivel de determinados constructos psicológicos que podrían actuar como intervinientes en los niveles de estrés y sintomatología asociada (personalidad, burnout académico y apego), así como su relación con determinadas variables sociodemográficas.

- Aplicar la formación psicoeducativa y experiencial en mindfulness que se ha diseñado a la muestra de estudiantes participantes en la investigación como grupo experimental.
- Comprobar si, tras la formación, existen diferencias, en las diferentes variables medidas, entre el grupo experimental, que recibirá la formación y entrenamiento, y el grupo de control.
- Analizar e interpretar los resultados obtenidos en comparación con otras investigaciones relevantes sobre este tema.

Se utilizarán cuestionarios cuantitativos y cualitativos para intentar detectar posibles cambios, utilizando una metodología mixta [403], cuantitativa y cualitativa a la vez. En el pasado, estas dos metodologías se han entendido como métodos opuestos a la hora de buscar los procesos de cambio en las investigaciones, en cambio la metodología mixta propone que en realidad estas dos metodologías trabajan en ámbitos diferentes y se completan, pues cuestionarios cuantitativos reducen la experiencia a puntuaciones y sistematizan los cambios, así mismo, mediante el uso de cuestionarios cualitativos se evita que se pierda información respecto a las experiencias vividas o a las formas de construir los cambios sucedidos durante el proceso.

El empleo de métodos cuantitativos y cualitativos combinados para detectar posibles beneficios de programas basados en mindfulness ha sido utilizado por Cebolla y Miró [404, 405] y también lo han defendido Irving et al. [343].

## **23. HIPÓTESIS**

1. La participación en el taller mejorará las habilidades de cuidado personal de los participantes.

## Hipótesis

- 1.1. La participación en el taller hará que disminuyan los niveles de estrés en relación a la medición basal y al grupo de control
- 1.2. La participación en el Taller hará que disminuya la sintomatología psicopatológica detectada, en relación a la medición basal y al grupo de control
- 1.3. La participación en el Taller implicará mejoras en estado de ánimo y cambios acerca de la relevancia concedida a los pensamientos.
- 1.4. Si existe burnout, la participación en el Taller hará que disminuya respecto a la medición basal y al grupo de control
2. La participación en el taller mejorará las habilidades psicológicas relacionadas con una buena práctica médica
  - 2.1. La participación en el Taller incrementará el apego seguro, el modelo de sí mismo y el modelo de otros, en relación con la medición basal y al grupo de control
  - 2.2. La participación en el Taller implicará cambios positivos en la relación con los demás
  - 2.3. La participación en el Taller incrementará las habilidades de mindfulness en relación a la medición basal y al grupo de control.
  - 2.4. La participación en el Taller incrementará las habilidades de autocompasión, en relación a la medición basal y al grupo de control.
  - 2.5. La participación en el Taller incrementará el nivel de empatía con respecto a la medición basal y al grupo de control
  - 2.6. Los participantes en el Taller aprenderán habilidades que considerarán de utilidad para su práctica médica.

3. Cuanto mayor sea el nivel de práctica realizada, mayores serán las diferencias con respecto a las mediciones basales y al grupo de control
4. En las mejoras en habilidades de cuidado personal tienen influencia otras variables intervinientes
  - 4.1. Existirá relación entre disminución de estrés y sintomatología con incrementos de los constructos mindfulness y autocompasión, en consonancia con el modelo teórico adoptado.
  - 4.2. A menor estabilidad emocional, mayores beneficios de la participación en el Taller en reducción de sintomatología y estrés.
  - 4.3. A mayor responsabilidad, mayores beneficios de la participación en el Taller en reducción de sintomatología y estrés.

## **24. METODOLOGÍA**

### **24.1. Participantes**

Los participantes en la investigación son estudiantes del Grado de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universitat de Lleida (UdL). Esta Facultad, en el curso 2014-2015, tiene 646 alumnos matriculados, de los cuales 128 son de 1r curso, 118 de 2º, 103 de 3º, 99 de 4º, 102 de 5º y 96 de 6º.

Durante el curso 2013-2014 se ofreció un Curso de manejo de estrés (mindfulness) para estudiantes de ciencias de la salud ofertado a través de la UdL, los inscritos realizaron un Taller de Mindfulness (Taller 1) y la realización del curso les supuso la obtención de un crédito ECTS (European Credit Transfer System). Participaron 13 estudiantes de Medicina y sirvió como estudio piloto.



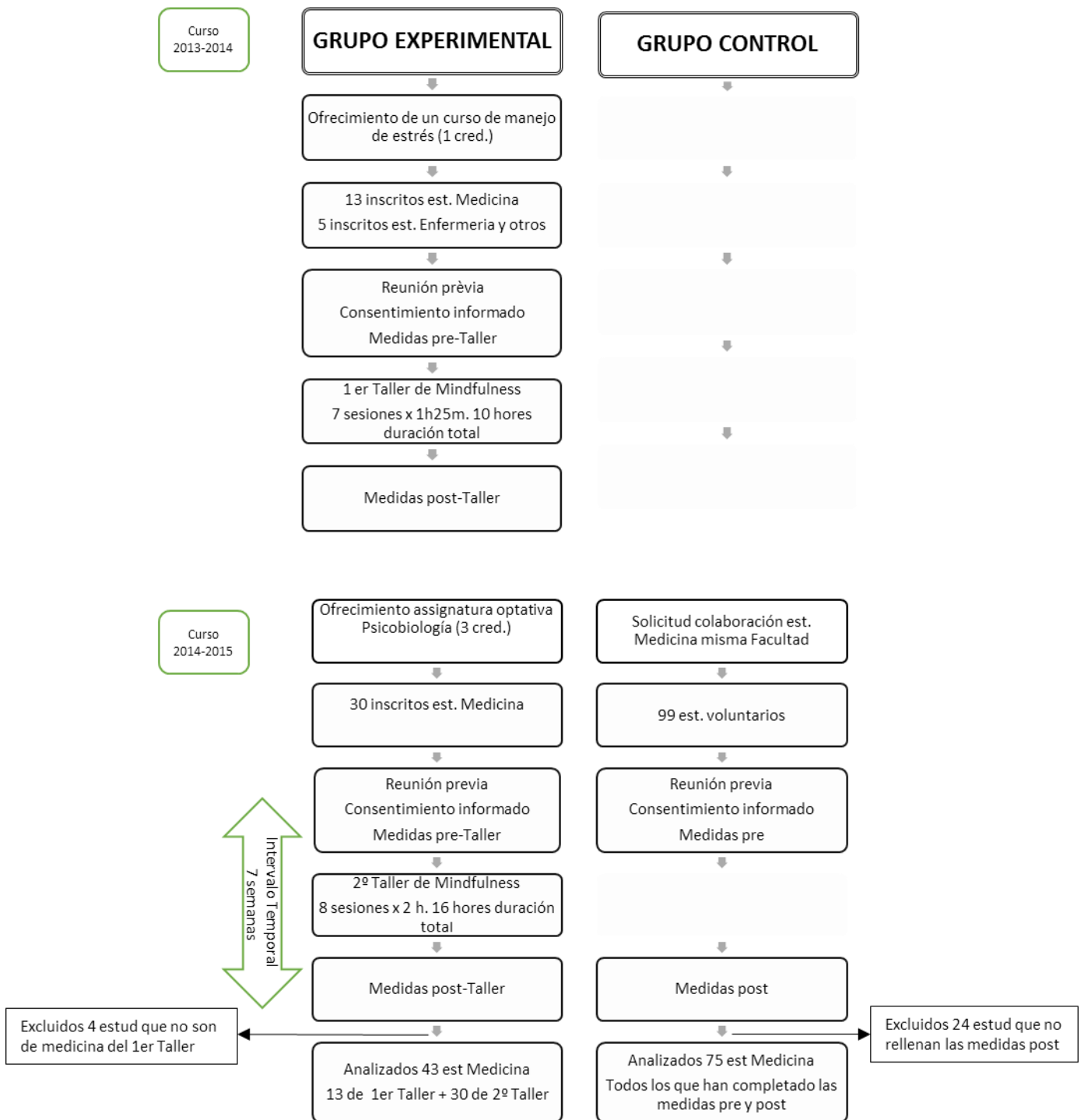
En el curso 2014-2015 se impartió la asignatura optativa de Psicobiología dentro del currículum de Medicina, valida con 3 créditos ECTS, los inscritos han realizado un Taller de Mindfulness (Taller 2). El número de matriculados en dicha asignatura ha sido de 30 estudiantes. Así pues, los participantes en los 2 Talleres y que constituyen el Grupo Experimental (GE) han sido 43 en total.

Como Grupo de Control (GC) han participado estudiantes de Medicina inscritos en otras asignaturas optativas y en la asignatura común de 2º Curso Comunicación y Medicina Comunitaria durante el curso 2014-2015. Este Grupo ha rellenado los cuestionarios pre y post como el Grupo Experimental (GE) que ha realizado los Talleres 1 y 2. Los alumnos del GC que han rellenado todos los cuestionarios pre y post han sido 75.

Debido a que los participantes no pertenecen a una población “clínica”, no se realiza ningún tipo de selección previa, ni de cribado, de los mismos. Es más, con objeto de que las puntuaciones obtenidas en la evaluación pre Taller no puedan condicionar a la persona que lo imparte (que es el mismo investigador), no se corrigen las pruebas pre y post Taller hasta que ha finalizado el mismo.

Para poder adquirir una visión de conjunto del proceso, se ha realizado un diagrama de flujo que puede verse en la Figura 27.

### Diagrama de Flujo de la Investigación



**Figura 27: Diagrama de Flujo de la Investigación**

## **24.2. Instrumentos de medición utilizados**

### **24.2.1. Cuestionario de Datos Sociodemográficos y otros aspectos docentes**

Ha sido diseñado específicamente para el estudio y recoge datos referentes a edad, curso, sexo, residencia durante curso, número de hermanos, antecedentes de médicos en familia, estudios previos, motivo elección estudios, tiempo de elección de estudios, especialidad de preferencia, realización de prácticas, financiación de estudios, realización de tareas de voluntariado, conocimientos previos de mindfulness, etc. Puede verse en el Anexo 32.1.

### **24.2.2. Escala de Estrés Percibido PSS**

Diseñada por Cohen, Kamarch y Mermelstein [406] para medir el grado en que las situaciones de la vida son evaluadas como estresantes. Evalúa “cuanto de impredecible, incontrolable y de sobrecarga encuentran en sus vidas los encuestados”.

La escala utilizada se compone de 14 ítems a partir de los cuales los sujetos deben autoevaluarse en una escala tipo Likert de 0-4 puntos, valorando el nivel de estrés percibido durante el último mes, de tal forma que la puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido por el sujeto. Existe también una versión de 10 ítems de esta misma escala por lo que es necesario tener en cuenta su versión en las comparaciones con otros estudios con objeto de evitar errores en dichas comparaciones. En 2012 Cohen y Janicki-Deverts se han actualizado los baremos [407].

Existen trabajos sobre la adaptación española de esta escala [408–410]. Dicho cuestionario, presenta para la población española una consistencia interna de 0.81, y una fiabilidad test-retest de 0.73.

Se utiliza la adaptación española de González y Landero [411]. La escala está balanceada para controlar tendencia de respuesta. Estos autores encontraron una adecuada consistencia interna ( $\alpha=0,83$ ) y confirmaron la estructura de un solo factor de la escala original. Estos mismos autores también encontraron que el estrés medido mediante la escala PSS se correlaciona negativamente con apoyo social ( $r = -0,56$ ) y con autoestima ( $r = -0,46$ ) y se correlaciona positivamente con síntomas psicósomáticos ( $r = 0.41$ ).

La hoja de respuestas utilizada puede verse en el Anexo 32.2.

### **24.2.3. Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R**

Diseñada por Derogatis [412]. Evalúa patrones de síntomas en función de 9 dimensiones primarias y 3 índices globales de malestar, así como una escala adicional.

Las 9 dimensiones son:

- ✓ **Somatización**: incluye 12 síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal. Incluye síntomas relacionados con alteraciones neurovegetativas en general, sobre todo en los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular. Constituye el grueso de las manifestaciones psicósomáticas o funcionales.
- ✓ **Obsesión-compulsión**: comprende 10 ítems que describen conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar, además de otras vivencias y fenómenos cognitivos característicos de los trastornos y personalidades obsesivas.
- ✓ **Sensibilidad interpersonal**: los 9 síntomas de esta dimensión recogen sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad

a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales.

- ✓ Depresión: 13 ítems que recogen signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos. Incluye vivencias disfóricas de desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos. No incluye síntomas como alteraciones de sueño y apetito debido a que correlacionaban con varias escalas y se decidió incluirlos en la escala de Ítems Adicionales.
- ✓ Ansiedad: incluye 10 síntomas referentes a ansiedad, tanto generalizada como aguda. Incluye también signos de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas
- ✓ Hostilidad: incluye 6 síntomas referentes a pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento
- ✓ Ansiedad fóbica: 7 ítems que valoran las distintas variantes de la experiencia fóbica, entendida como un miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas de evitación y huida. Tienen mayor peso los síntomas relacionados con fobia social y agorafobia que los típicos de la fobia simple.
- ✓ Ideación paranoide: formada por 6 ítems que recoge aspectos relacionados con la conducta paranoide, considerada como un trastorno de ideación; incluye aspectos de suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.

- ✓ Psicoticismo: incluye 10 ítems que recogen un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia y la esquizotipia leves hasta la psicosis florida. En la población general, esta dimensión estaría más relacionada con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta.
- ✓ Escala adicional (ítems adicionales): 7 síntomas misceláneos relacionados con la comida, el sueño... Para Derogatis [412] no constituyen una dimensión sintomática específica pero son indicadores de la gravedad del estado del sujeto. Se remarca que, para un clínico, constituyen un claro referente de depresión melancólica.

Los índices globales son:

- ✓ Índice de Severidad Global (GSI): medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global.

$GSI = \text{Total de los valores asignados a los elementos} / \text{Número total de ítems}$

- ✓ Total de Síntomas Positivos (PST): contabiliza el número total de síntomas presentes, o sea, la amplitud y diversidad de la psicopatología.

$PST = \text{Número de ítems con valor distinto de 0}$

- ✓ Índice de Malestar Positivo (PSDI): relaciona el sufrimiento o “distrés” global con el número de síntomas, y es por lo tanto un indicador de la intensidad sintomática media.

$PSDI = \text{Total de los valores asignados a los elementos} / PST$

La fiabilidad de la prueba se ha calculado mediante correlación de dos mitades y coeficiente  $\alpha$ , los valores obtenidos están entre 0,81 y 0,90 para las diferentes escalas. La estabilidad temporal es alta (entre 0,78 y 0,90) con intervalos test-retest de 1 semana. En el Manual se indica que, si el intervalo de tiempo es largo, la estabilidad será menor, ya que hay una cierta oscilación natural en la sintomatología. Se han efectuado estudios de

validez de constructo y predictiva. Acerca de la validez de criterio o empírica, Derogatis señala que esta prueba ha demostrado ser muy sensible al cambio en una amplia variedad de contextos médicos y clínicos, por lo que es habitual utilizarla como medida de cribado “screening” y como medida de cambio tras tratamiento.

Se ha utilizado la adaptación española de González de Rivera et al. realizada para TEA [412]. Ver hoja de respuestas en Anexo 32.3.

#### **24.2.4. Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness (FFMO)**

The Five Facets of Mindfulness Questionnaire fue diseñado por Baer et al. [53]. Mide mindfulness desde un punto de vista multifactorial. Tiene 39 ítems y cada ítem se puntúa en una escala de rango 1 a 5.

Los 5 factores que los autores encontraron en el análisis factorial son:

- ✓ Observar: incluye observar, notar o atender a las experiencias internas y externas, como sensaciones corporales, cogniciones, emociones, visiones, sonidos, y olores.
- ✓ Describir: se refiere a nombrar y describir las experiencias observadas con palabras, pero sin establecer un juicio ni un análisis conceptual sobre ellas.
- ✓ Actuar con Consciencia: envuelve el focalizar la atención conscientemente sobre cada actividad que se realiza en cada momento; y sería lo contrario al funcionamiento en “piloto automático”, en donde la atención se focaliza en una situación diferente a la que uno está realizando.
- ✓ No juzgar: incluye adoptar una posición no evaluativa frente a las experiencias del momento presente, de modo que estas son aceptadas y permitidas en la consciencia, sin intentar evitarlas, cambiarlas o escapar de ellas.

- ✓ No reaccionar o ausencia de reactividad ante las experiencias internas: se refiere a la tendencia a permitir que los sentimientos y emociones fluyan, sin dejarse “atrapar” o dejarse llevar por ellos.

Se ha calculado una Puntuación Total, además de la puntuación en cada una de las escalas. Se ha utilizado la adaptación española de Cebolla et al. [73]. Su fiabilidad (coeficiente  $\alpha$  de Cronbach) es de 0,8 o superior en todas las escalas, guarda una buena relación con constructos similares, lo que le confiere una buena validez de constructo, y se confirman, en la versión española, los cinco factores obtenidos mediante análisis factorial en la versión original.

La hoja de respuestas utilizada puede verse en el Anexo 32.4.

#### **24.2.5. Escala de Autocompasión (SCS)**

The Self-Compassion Scale fue desarrollada por Neff [160]. Para esta autora, la auto-compasión consta de varios elementos:

- ✓ Amabilidad/bondad hacia uno mismo (Self-Kindness): una actitud amable y sin juicios hacia uno mismo cuando se sufre. Su opuesto sería el Auto-juicio/autocrítica (Selfjudgment)
- ✓ Humanidad común/compartida (Common Humanity): el reconocimiento de que las experiencias propias son parte de una más grande experiencia humana universal. Su opuesto sería el Aislamiento (Isolation)
- ✓ Mindfulness: entendido como acoger a los sentimientos y pensamientos dolorosos con una consciencia serena, en la que se observan y aceptan sin juzgar, las frustraciones de la vida. Su opuesto sería la Sobreidentificación/ensimismamiento (Over-identified).



Neff [160] encontró correlaciones positivas y significativas con la afinidad social, inteligencia emocional y la satisfacción con la vida, y correlaciones negativas significativas con la autocrítica, el perfeccionismo, la depresión y la ansiedad

La SCS ha mostrado consistencia interna de 0,92; test-retest de 0,93 durante un intervalo de 3 semanas. Se ha utilizado la adaptación española de García-Campayo et al. [413] de la versión larga de la autora (26 ítems) con rango de respuesta de 1 a 5. Dicha versión ha sido testada con respecto a su validez de constructo y convergente, consistencia interna ( $\alpha \geq 0,72$  en todas las escalas) y fiabilidad test-retest (0,92). También se han confirmado los 6 factores obtenidos en el estudio original mediante análisis factorial.

Además de calcular la puntuación para cada una de las 6 subescalas, se ha calculado una puntuación total de autocompasión, invirtiendo las puntuaciones de los ítems correspondientes a las 3 subescalas negativas (autojuicio, aislamiento y sobreidentificación) y sumando las puntuaciones de las 6 escalas.

La hoja de respuestas utilizada puede verse en el Anexo 32.5.

#### **24.2.6. Cuestionario de Relación RQ**

The Relationship Questionnaire desarrollado por Bartholomew y Horowitz [135], es una medida de Apego, según lo definió teóricamente Bowlby [123].

Se ha utilizado la adaptación española de Alonso-Arbiol y Yarnoz-Yaben [414] que evalúa, sobre una escala de 7 puntos, en qué medida se ven reflejadas las personas que contestan en los prototipos de cuatro estilos de apego adulto (se han expuesto en la Figura 8):

- ✓ Seguro “secure”: Cómodo con la intimidad y la autonomía. Confianza básica.
- ✓ Preocupado “preoccupied”: demasiado dependiente. Confianza ciega.

- ✓ Rechazante o alejado “dismissing”: negación del apego, contra-dependiente. Desconfianza distante.
- ✓ Temeroso “fearful”: miedo al apego, socialmente evitativo. Desconfianza temerosa.

Este cuestionario de apego adulto posee propiedades psicométricas adecuadas de test-retest y de validez de constructo tanto en la versión original como en la adaptación española.

Este instrumento permite una evaluación categórica de la seguridad de los participantes (seguros vs. no seguros) según la categoría elegida y pueden, asimismo, obtenerse medidas continuas del estilo de apego.

Este instrumento permite asimismo una estimación de la posición del sujeto respecto a las dos dimensiones de ansiedad (modelo de sí) y evitación (modelo de otros). La puntuación en la dimensión de ansiedad corresponde a la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan una alta ansiedad hacia las relaciones (temeroso y preocupado) a la que se resta la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan una baja ansiedad hacia las relaciones (seguro y rechazante). La puntuación en la dimensión de evitación, por su parte, corresponde a la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan un alto nivel de evitación de las relaciones (rechazante y temeroso) a la que se resta la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan un nivel bajo de evitación de las relaciones (seguro y preocupado).

Fórmulas para obtener puntuaciones en diferentes dimensiones:

“modelo de sí mismo” = (seguro + rechazante) - (preocupado + temeroso)

“modelo de los otros” = (seguro + preocupado) - (rechazante + temeroso)

“ansiedad” = (preocupado + temeroso) - (seguro + rechazante)

“evitación” = (rechazante + temeroso) – (seguro + preocupado)

La hoja de respuestas utilizada puede verse en el Anexo 32.6.

#### **24.2.7. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)**

Desarrollado por López-Pérez et al. [154]. Permite apreciar la capacidad empática desde una aproximación cognitiva y afectiva. Evalúa una dimensión global de empatía y cuatro escalas específicas:

- ✓ Adopción de perspectivas: Hace referencia a la capacidad intelectual o imaginativa de ponerse uno mismo en el lugar de otra persona.
- ✓ Comprensión emocional: Se refiere a la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y las impresiones de los otros.
- ✓ Estrés empático: Es la capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona, es decir, de sintonizar emocionalmente con ella.
- ✓ Alegría empática: Es la capacidad de compartir emociones positivas de otra persona

Tiene un coeficiente de fiabilidad, medido mediante el método de las dos mitades, de 0,86; su coeficiente de consistencia interna, medido mediante la alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach es de 0,86. Todas las escalas por separado obtienen puntuaciones de  $\alpha$  iguales o mayores a 0,7.

Con esta prueba, se han efectuado estudios de validez de contenido, factorial, referida a un criterio y de validez predictiva. La hoja de respuestas utilizada puede verse en el Anexo 32.7.

#### **24.2.8. Cuestionario de Burnout Maslach Inventory Student Survey (MBI-SS)**

Desarrollado por Schaufeli et al. [177], es un cuestionario de burnout académico adaptado a estudiantes derivado del Maslach Burnout Inventory (MBI). Mide 3 factores:

- ✓ Agotamiento “exhaustion”: caracterizado por un sentimiento de estar agotado en virtud de las exigencias de los estudios.
- ✓ Cinismo “cynicism”: desarrollo de una actitud cínica y distanciada en relación al estudio.
- ✓ Eficacia “efficacy” académica (contrario a la Ineficacia que implica el burnout): percepción de estar siendo competente en relación con los estudios.

Tiene 15 ítems evaluados en una escala Likert de 7 puntos (de 0 a 6). Se suprimió uno de los ítems procedentes de la MBI debido a que disminuía la consistencia interna de la escala. Un burnout alto implica puntuaciones altas en las escalas de agotamiento y cinismo y bajas en la escala de eficacia académica. También se calcula una puntuación total sumando las puntuaciones de las escalas de Agotamiento y Cinismo y la invertida de Eficacia Académica, que corresponde a Ineficacia.

En el estudio de Galán et al. [181], con estudiantes de medicina españoles, se encontró una buena fiabilidad (consistencia interna medida por  $\alpha$  superior a 0,70 en las 3 escalas). La hoja de respuestas utilizada puede verse en el Anexo 32.8.

#### **24.2.9. Ten-Item Personality Inventory (TIPI)**

Desarrollado por Gosling, Rentfrow y Swan [415]. Es una escala breve (10 ítems) desarrollada para evaluar la personalidad según el modelo de los Cinco Grandes Factores (Big-Five). Este es un modelo jerárquico de rasgos de personalidad con cinco amplios

factores generales, denominados dominios, y aislados de manera empírica. Cada factor (bipolar) contiene varias facetas más específicas que a su vez se componen de un mayor número de rasgos más específicos. Estos cinco dominios, tal como se contemplan en TIPI son:

- ✓ Energía “extraversión”: inherente a una visión confiada y entusiasta de múltiples aspectos de la vida, principalmente de tipo interpersonal. Su polo opuesto sería Introversión.
- ✓ Afabilidad “agreeableness”: preocupación de tipo altruista y de apoyo emocional a los demás. Incluye la confianza, el ser moderado, el ser cooperativo, la modestia, el ser bondadoso y compasivo. Su polo opuesto sería Oposicionismo.
- ✓ Responsabilidad “conscientiousness”: entendida como escrupulosidad, respetuoso con las reglas y controlado. incluye la competencia, el orden, el sentido del deber, la tendencia al logro, la auto-disciplina y el ser cauto. Su polo opuesto sería Irresponsabilidad.
- ✓ Estabilidad Emocional “emotional stability”: rasgo de amplio espectro, con características tales como capacidad para afrontar los efectos negativos de la ansiedad, de la depresión, de la irritabilidad o de la frustración. Su polo opuesto sería Neuroticismo.
- ✓ Apertura a la experiencia “openness to experience”: entendida como amplitud de intereses, imaginación y perspicacia; la apertura estética, a sentimientos, a actividades, a ideas y valores. Su polo opuesto sería Convencionalismo.

Se ha usado esta breve escala con la intención de conseguir un tiempo de cumplimentación de la batería completa de cuestionarios en esta investigación razonable y considerando que la variable personalidad no es tema principal de interés de este estudio

y puede permitirse cierta tolerancia con las propiedades psicométricas, siguiendo el criterio de los autores del Inventario. No obstante, hay que ser conscientes de las limitaciones inherentes a su muy breve extensión considerando la complejidad de los aspectos a medir.

Las puntuaciones en cada ítem se dan en una escala del 1 al 7.

Su consistencia interna no es buena (debido básicamente a que cada escala tiene solamente 2 ítems), los coeficientes  $\alpha$  de Cronbach van desde 0,4 a 0,73, su fiabilidad test-retest oscila entre 0,62 y 0,77 en función de las diferentes escalas, con media de 0,72. En comparación, uno de los cuestionarios más utilizados, el Big-Five Inventory (BFI), elaborado por John y Srivastava (1999), y que tiene 44 ítems, tiene una fiabilidad test-retest de 0,80. Con respecto al BFI, el TIPI tiene una buena validez convergente que varía entre 0,65 y 0,87 (media de 0,77, que es la misma que presentan entre sí los cuestionarios multi-ítem más utilizados) y una buena validez discriminativa (media de 0,20 y ninguna excede de 0,36). Los autores también han efectuado estudios de validez con otros de los más utilizados cuestionarios multi-ítems para medir los Big-Five. También ha efectuado con correlatos externos las mismas pruebas que se efectuaron con el BFI y los resultados encontrados con el TIPI fueron muy similares (todas las correlaciones columna-vector, comparando TIPI i BFI con los correlatos externos excedieron de 0,90), aunque ligeramente menos fuertes.

Se ha utilizado la versión en español de Sanchez y Ledesma (2006), de la cual Dematteis [416] ha evaluado sus propiedades psicométricas con resultados muy similares a la escala original.

La hoja de respuestas puede verse en el Anexo 32.9.

#### **24.2.10. Cuestionario Cualitativo (CC)**

Se ha desarrollado un Cuestionario Cualitativo para ser cumplimentado al finalizar el Taller de Mindfulness por los participantes en el Grupo Experimental.

La base ha sido el cuestionario utilizado por Cebolla y Miró [405]. Estos autores desarrollaron un cuestionario de 11 preguntas abiertas para ampliar la investigación desde un punto de vista cualitativo.

El cuestionario de Cebolla y Miró estaban dirigido a pacientes con sintomatología ansiosa y depresiva, por lo que se ha adaptado el cuestionario a la muestra de la presente investigación y se han ampliado las preguntas de 11 a 15.

El cuestionario puede verse en el Anexo 32.10

### **24.3. Procedimiento**

#### **24.3.1. Diseño**

Este es un estudio cuasi-experimental de dos grupos independientes (intervención o experimental y control) con dos medidas repetidas (pre y post). Es cuasi-experimental porque no se ha llevado a cabo asignación al azar entre los componentes del Grupo Experimental (GE) y el Grupo de Control (GC). Los componentes del GE han sido los estudiantes autoinscritos voluntariamente en las asignaturas en las que se ha impartido el Taller de Mindfulness y los componentes del Grupo de Control han sido compañeros de los anteriores que, de manera voluntaria se ofrecieron a cumplimentar los mismos cuestionarios sin haber realizado el Taller de Mindfulness.

Además de las variables cuantitativas que se describen en el apartado siguiente, también se estudiarán variables cualitativas mediante análisis de contenido de algunas de

las respuestas al Cuestionario Cualitativo (CC) cumplimentado por los asistentes después del Taller, por lo que podríamos considerar el diseño como de tipo mixto desde el punto de vista cuantitativo/cualitativo.

Se calcularán también diferentes correlaciones entre variables dependientes, en coherencia con lo expuesto por Cronbach [417] “la psicología correlacional sólo estudia la varianza entre los organismos; la psicología experimental sólo estudia la varianza entre tratamientos. Lo que hay que hacer siempre es estudiar los dos tipos de varianza y además las interacciones entre las variables individuales y las variables de tratamiento” (p. 675).

### **24.3.2. Operativización de las variables**

#### **Variable independiente:**

1. Asistencia al Taller de Mindfulness

Existen dos condiciones: el GE asiste al Taller de Mindfulness y el GC no asiste al Taller de Mindfulness.

#### **VARIABLES dependientes:**

1. Nivel de estrés medido a través del PSS
2. Nivel de sintomatología medido a través de las 9 dimensiones del SCL-90-R, así como de sus 3 índices globales de malestar
3. Estado de ánimo y pensamientos indagados mediante preguntas 4 y 5 del Cuestionario Cualitativo (CC). También mediante las escalas de depresión, ansiedad y obsesión-compulsión del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R.
4. Nivel de burnout medido mediante los 3 factores y puntuación total del MBI-SS
5. Tipo de apego medido mediante RQ



6. Relación con los demás, medida a través de pregunta 6 del CC. También mediante escala de hostilidad del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R y el Modelo de Otros del Cuestionario RQ.
7. Nivel de los 5 factores de mindfulness y puntuación total medidos mediante FFMQ
8. Nivel de las 6 escalas de autocompasión y puntuación total medidas mediante SCS
9. Nivel de las 4 escalas de empatía y puntuación total medidas mediante TECA
10. Aprendizaje de habilidades de utilidad para la práctica médica medida mediante pregunta 7 del CC
11. Cantidad de práctica efectuada en casa medida mediante pregunta 9 del CC
12. Nivel de los 5 dominios de personalidad medidos mediante TIPI

Algunas de estas variables también podrán considerarse como independiente, debido a que se estudiará su influencia en algunas de las variables dependientes relacionadas, por ejemplo, cantidad de práctica, dominios de personalidad...

### **24.3.3. Fase de evaluación pre-test (previa al Taller)**

En el **Grupo Experimental (GE)**, previamente al Taller, se celebra una reunión informativa, en la que se explican los objetivos del taller. En dicha sesión se cumplimentan el cuestionario sociodemográfico y los cuestionarios pre taller. Se dan recomendaciones sobre conveniencia de venir vestidos con ropa cómoda holgada, traer una esterilla, un cojín...

En el **Grupo de Control (GC)**, una vez obtenida la autorización del profesor de la asignatura, se solicita en el aula la colaboración en la investigación de manera voluntaria. Se cumplimentan el cuestionario sociodemográfico y los cuestionarios pre taller, al igual que el GE.

**Tanto en el GE como en el GC**, se facilita junto a los cuestionarios una hoja por duplicado de consentimiento informado para participantes en investigación, una copia firmada por el investigador en la que se garantizaban la confidencialidad, su uso exclusivo para fines científicos, así como el anonimato, y otra que debían devolver firmada con su consentimiento. Ver Anexo 32.11.

Tanto en el GE como en el GC, con objeto de garantizar el anonimato en el manejo de los datos, cada participante recibe un número aleatorio que es el que anota en los diferentes cuestionarios, sin que conste en los mismos cualquier otro dato identificativo. Con objeto de impedir cualquier posibilidad de identificación, dicho número ha seguido una cadena de 2 aleatorizaciones adicionales al efectuar el tratamiento de los datos.

En la Figura 27 puede verse esta fase del proceso.

#### **24.3.4. Fase de aplicación**

##### **24.3.4.1. Desarrollo de un Taller de Mindfulness específico para estudiantes de medicina**

El esqueleto de este taller ha sido el programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) de Kabat-Zinn [4–6] -en este sentido, Labbe [418] considera dicho programa como el mindfulness “clásico”, aunque esta opinión puede que no sea mayoritaria- , con inclusión de aportaciones que se han considerado más relevantes de otros programas, así como exposiciones más profundas sobre lo que es mindfulness, los procesos de consciencia, aportaciones desde las neurociencias, aportaciones desde la poesía –el uso de la poesía en la educación médica relacionada con el mindfulness es utilizada por Liben [419]-, música, espiritualidad... Se utilizan las prácticas propuestas por Kabat-Zinn en su método de MBSR, en su adaptación española de Fernando A. de Torrijos [420], así como algunas de la Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) de

Segal, Williams y Teasdale [7] y de su adaptación a población no clínica efectuada por Williams y Penman [52], se utilizarán también prácticas recogidas de Simón [119], de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Wilson [421] y se apoya la experiencia con ideas de canciones y poemas de varios autores [422, 423], de películas [424, 425], de textos provenientes de la mística cristiana [426], budismo zen [42, 44, 427], de la cábala [428], de la mística sufí [429], así como de filósofos como Sócrates [430], Dennet [76], Searle [431]... psicólogos que han tratado temas afines con anterioridad, como Jung [32], Fromm [33], Assagioli [35]... y neurocientíficos como Edelman y Tononi [283], Damasio [285], Gazzaniga [293], Baars [291], Pöppel [432]... Se pone especial hincapié en remarcar la importancia de mantener una actitud compasiva hacia el sufrimiento propio y el de los demás, siguiendo los postulados de la terapia de compasión de Gilbert [350], Germer [376], Neff [433], de los que también se efectúan algunas prácticas.

El objetivo es que pudiera influir tanto en el uso del mindfulness como herramienta para mejorar habilidades de cuidado personal como posibilitador del aprendizaje de algo esencial para el trabajo en ciencias de la salud: el ser consciente de los propios contenidos de consciencia, ponerse en posición observador....

En cada sesión se incluyen partes teóricas, partes de práctica y partes referidas a la propia actividad clínica. Algunas sesiones incluyen partes con distintas formas de actividades artísticas que pueden ayudar a la comprensión y partes dirigidas al mundo espiritual, intentando que formen un todo que pueda ser más que la suma de las partes.

Sobre los requisitos necesarios para la impartición del taller, el doctorando (que realizará además la función de instructor), adicionalmente a su formación y experiencia como psicólogo y profesor, aporta una experiencia en práctica de yoga de más de 20 años, una experiencia de práctica de meditación de 6 años y unos conocimientos teóricos sobre mindfulness adquiridos en el programa de doctorado y siguiendo formación a través de

la Asociación Española de Mindfulness y Compasión (AEMIND), primera sociedad española de carácter científico-profesional especializada en mindfulness, de la cual el doctorando e instructor forma parte.

#### **24.3.4.2. Descripción de las sesiones del Taller de Mindfulness**

##### **Primera sesión:**

1. Concepto de mindfulness, su origen, significado...
2. Concepto de meditación resaltando su conexión con la tradición psicológica clásica.
3. Mindfulness en la psicoterapia del siglo XXI
4. Práctica de la uva pasa
5. Qué es la experiencia consciente, como se construye...
6. Redes y modelos atencionales y su relación con los ejercicios y programa que vamos a realizar
7. Regulación de la atención durante los ejercicios
8. Práctica de exploración corporal “body scan”
9. Fragmento de video musical: Anthem de Leonard Cohen

##### **Segunda sesión:**

1. Recogida comentarios, impresiones sobre sesión anterior, se pregunta por la práctica semanal... (este primer punto se repite en todas las sesiones posteriores, aunque ya no se mencione más)
2. La práctica formal y la práctica informal
3. Actitudes básicas en la práctica del mindfulness
4. Modo Hacer vs. Modo Ser
5. Dimensiones del mindfulness
6. Estrés y emociones

7. Habilidades de cuidado personal
8. Mecanismos de actuación del mindfulness
9. Introducción a la práctica de la meditación sentada
10. Una perspectiva fenomenológica del mindfulness
11. Texto para reflexión. Un ser humano.

**Tercera sesión:**

1. Qué no es Mindfulness
2. Efectos de la práctica de mindfulness
3. Práctica de meditación caminando
4. Descubrir vs. Inventar en la relación terapéutica
5. Práctica de ejercicios de yoga acostados
6. Práctica meditación del sonido y del silencio
7. Fragmento de película y texto para reflexión y comentarios. La semilla que crece por sí misma

**Cuarta sesión:**

1. Ejercicio de los 10 movimientos mindful
2. Engaños de la percepción. ¿Construimos el “yo”?
3. Pensamientos y sentimientos ilusorios. Los 4 engaños.
4. Las metáforas y la terapia de Aceptación y Compromiso
5. Exposición de los conceptos Evitación experiencial y Fusión cognitiva
6. Práctica del ejercicio del observador
7. El ego y la meditación
8. Observación patológica y observación terapéutica
9. Fragmento de video musical: Queda la música de Luis Eduardo Aute

**Quinta sesión:**

1. ¿Hay algún momento sin percepciones, de mente en blanco? ¿Puede existir una consciencia no dual, que no se base en sujeto-objeto?
2. La ilusión de estar separados. Las neuronas espejo.
3. Poesía oriental vs. Poesía occidental. Haikus
4. Práctica de la Meditación de la montaña
5. Ayudas en la meditación. Herramientas ante las dificultades. Diferentes ejercicios de respiración.
6. ¿Qué es lo que deberíamos evitar como terapeutas? Conductas guiadas por reglas mediadas por otros “pliance”
7. Mindfulness y DBT. Mente lógica, mente emocional y mente sabia.
8. Habilidades “Qué” y habilidades “Cómo”
9. Limitaciones de la voluntad y de la razón
10. Reflexión sobre “¿Quién eres?”
11. Fragmento de video musical: The old laughing lady de Neil Young

**Sexta sesión:**

1. Las emociones. Neurociencia emotiva
2. Los siete peldaños del equilibrio emocional
3. Algunas emociones y su complejidad. Emociones Básicas, de Fondo y Sociales
4. Mapa corporal de las emociones
5. Práctica Meditación de las emociones
6. Creando un espacio entre el estímulo y la respuesta
7. Obstáculos en la meditación
8. Práctica de la meditación de los 3 minutos
9. Poema: La casa de huéspedes de Rumi

**Séptima sesión:**

1. Fragmento de película: Angel-A de Luc Besson
2. Ejercicio utilizar imágenes compasivas. Práctica de abrazo
3. Compasión y autocompasión
4. Sistemas de la compasión de Gilbert
5. Práctica de la meditación de la bondad amorosa
6. Sentimientos duros y sentimientos blandos
7. La paradoja de la autoestima. Aprecio a uno mismo
8. Profundizando en la meditación
9. El miedo y los miedos. Complejo de Jonás.
10. Problemas de los cuidadores. Fatiga por compasión
11. ¿Cómo reaccionas ante ti mismo y ante la vida? y Ejercicio de redacción de una carta

**Octava sesión:**

1. Ejercicios de yoga de pie
2. El embudo del agotamiento. Reequilibrar la vida diaria
3. Algunos posibles problemas y mindfulness: insomnio, comida, miedo a hablar en público, conflictos relacionales
4. La presencia. Espacio, luz
5. Ejercicios prácticos para introducir mindfulness en la relación médico-paciente
6. Ejercicios del ablanda-tranquiliza-permite y la pausa de la autocompasión
7. Práctica de la Meditación del espacio y de la luz.
8. No temer a las recaídas
9. Los tres silencios: de la mente, de la voluntad y de la acción
10. ¿Quién sabe? Mindfulness es una experiencia y una práctica
11. Poema: Llamadme por mi verdadero nombre (Thich Nhat Hanh)

### 24.3.4.3. Impartición del Taller de Mindfulness

El primer Taller (**Taller 1**) fue impartido en el curso 2013-2014, desde el 12 de diciembre de 2013 al 21 de enero de 2014. Asistieron 13 alumnos de medicina (además de 4 alumnos de enfermería y 1 de otra carrera, de los que no se han contemplado los datos). En el apartado 24.1. sobre Participantes se describen los mismos y su modo de reclutamiento.

Se desarrolló en 7 sesiones, en horario de tarde-noche. Cada sesión tuvo una duración de 1 hora y 26 minutos, siendo su duración total de 10 horas. Se impartió en un aula de la Facultad de Medicina que disponía de recursos multimedia (ordenador, cañón proyector, equipo de sonido...).

A los participantes se les proporcionó un CD con ejercicios grabados para facilitar la práctica de los mismos fuera de las sesiones del Taller. En cada sesión se facilitaba material adicional mediante fotocopias. Se utilizó control de presencia mediante lista que debían firmar los asistentes.

El segundo Taller (**Taller 2**) fue impartido en el curso 2014-2015, desde el 9 de febrero de 2015 al 26 de marzo de 2015. Asistieron 30 alumnos de medicina. En el apartado 24.1. sobre Participantes se describen los mismos y su modo de reclutamiento.

Se desarrolló en 8 sesiones, en horario de tarde-noche. Cada sesión tuvo una duración de 2 horas, siendo su duración total de 16 horas. Se impartió en una sala de actos de la Facultad de Medicina que disponía de recursos multimedia (ordenador, cañón proyector, equipo de sonido...).

A los participantes también se les proporcionó un CD con ejercicios grabados para facilitar la práctica de los mismos fuera de las sesiones del Taller. El material adicional fue colgado en la red informática de la Facultad, en una carpeta compartida por los



estudiantes. Se efectuó control de presencia mediante lista que debían firmar los asistentes.

#### **24.3.5. Fase de evaluación post-test (posterior al Taller)**

En el **Grupo Experimental (GE)**, tanto en el primer como en el segundo Taller, al finalizar la última sesión se cumplimentan los cuestionarios post-taller. Son los mismos que los cumplimentados en la sesión pre-taller, excepto el cuestionario sociodemográfico. Se añade el Cuestionario Cualitativo (CC) para recoger aspectos y opiniones referentes al Taller en sí mismo.

En el **Grupo de Control (GC)**, vuelve a solicitarse en el aula la colaboración en la investigación de manera voluntaria. Se vuelven a cumplimentar los mismos cuestionarios que los cumplimentados en la sesión pre-test, excepto el cuestionario sociodemográfico.

Se han descartado los cuestionarios de los alumnos que no han participado en las dos fases (pre-test y post-test), en total quedan 75 estudiantes que cumplen este requisito y que constituyen el Grupo de Control.

**Tanto en el GE como en el GC**, con objeto de garantizar el anonimato en el manejo de los datos, cada participante puede recuperar el número aleatorio que es el que anota en los diferentes cuestionarios, sin que conste en los mismos cualquier otro dato identificativo.

La distancia entre la evaluación pre y la post ha sido la misma en el Taller 2 y el GC (6 semanas y media) y se ha tenido en cuenta elegir unas fechas similares en cuanto a la cercanía de exámenes y fechas de presentación de trabajos para que estos aspectos no

distorsionen los resultados (la frecuencia de exámenes es alta debido al sistema de evaluación continua que se sigue en esta Facultad), aunque las fechas de evaluación no han podido ser las mismas debido a asuntos logísticos y de organización.

En la Figura 27 puede verse esta fase del proceso.

#### **24.3.6. Aspectos éticos**

El estudio se realiza de acuerdo con las directrices de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO [434] y de la Declaración de Helsinki sobre Principios Éticos para la Investigación Médica en Seres humanos de la World Medical Association [435]. La información sobre los objetivos y características del estudio se facilita vía oral y escrita (junto con el documento de consentimiento informado que aceptan los participantes y que puede verse en el Anexo 32.11. Los participantes podían hacer preguntas sobre los detalles del mismo.

La confidencialidad y el anonimato de los datos se ha llevado a cabo conforme a la Ley Orgánica Española 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y del Real Decreto 1720 de 2007 por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la LOPD. Los datos identificativos han sido sustituidos por un número aleatorio para garantizar el anonimato y sólo el investigador ha tenido acceso a los mismos.

#### **24.3.7. Análisis estadístico**

En primer lugar, se han realizado los análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y de otros aspectos docentes de la muestra de estudio, así como de la asistencia a los Talleres y nivel de práctica en casa de los asistentes a los mismos.

En segundo lugar, se han calculado las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las variables que se miden cuando la muestra es superior a 50 sujetos (GC),

en este caso se ha utilizado la corrección de la significación de Lilliefors. Para muestras inferiores a 50 sujetos (GE) se ha calculado la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk.

Estas pruebas de normalidad se han efectuado para todas las combinaciones de muestras con las que se va a efectuar comparaciones. En el Anexo 33.1 pueden verse los resultados para puntuaciones pre del GE, en el Anexo 33.2 para puntuaciones pre del GC, en el Anexo 33.3 para puntuaciones post del GE, en el Anexo 33.4 para puntuaciones post del GC. En el Anexo 33.5 para diferencia de puntuaciones entre pre y post del GE y en el Anexo 33.6 para diferencias de puntuaciones entre pre y post del GC.

En los casos de normalidad se realizará la comparación de medias mediante la  $t$  de Student para muestras relacionadas o independientes; en los casos de no normalidad se utilizarán pruebas no paramétricas: la  $U$  de Mann-Whitney para muestras independientes y la de Rango con signos de Wilcoxon para muestras relacionadas. En los casos en los que los grupos a comparar sean mixtos (uno que cumple los requisitos de normalidad y otro no) se utilizará la prueba más conservadora (prueba no paramétrica).

En tercer lugar, se han calculado los valores pre intervención de la muestra total (Grupo Experimental + Grupo de Control). También se han calculado los coeficientes de correlación de Pearson entre todas las puntuaciones pre de las variables cuantitativas medidas

En cuarto lugar, se han hallado las diferencias pretest entre Grupo Experimental y Grupo Control en las variables medidas. Se ha efectuado prueba de Levene sobre igualdad de varianzas y se ha calculado el estadístico de contraste  $T$  de Student de contraste de medias (en función de la igualdad o no de las varianzas) o el estadístico de contraste  $U$  de Mann-Whitney (en función de que sean normales las distribuciones de las dos muestras o que una de ellas o las dos no sean normales) para muestras independientes y dos colas.

En quinto lugar, se han calculado los resultados de comparar las variables medidas entre pre y post para Grupo Experimental (GE) y Grupo de Control (GC) y entre ellos.

Se ha utilizado el estadístico T o W, según pruebas de normalidad efectuadas (ver Anexo 33) para muestras independientes o relacionadas, según cada caso, y contraste bilateral.

En sexto lugar, debido a que el mayor tamaño del Grupo de Control (75 participantes en el GC frente a 43 participantes en el GE) influye en que menores diferencias entre puntuaciones pre y post resulten significativas, se ha calculado el Tamaño del Efecto mediante el índice d de Cohen, puesto que este índice es independiente del tamaño de los grupos al basarse en la diferencia entre medias partida por la desviación típica. Su cálculo se ha realizado a través de la calculadora “on-line” de la página web <http://www.uccs.edu/~lbecker/>. Los signos del tamaño del efecto se han considerado en función de los cambios esperados al aplicarse la intervención (se les otorga signo positivo), de modo que, por ejemplo, un decremento en sintomatología se considera positivo, lo mismo que un incremento en algún factor de mindfulness: por el contrario, un incremento en un síntoma o un decremento en algún factor de mindfulness se anotan con un signo negativo.

También se ha calculado el Porcentaje de Cambio, que ofrece una medida del grado en que una puntuación media se ha modificado con respecto a una puntuación previa, sin que intervenga en dicho cálculo la desviación típica.

En séptimo lugar, debido a que se producen algunos cambios significativos en el Grupo de Control y con la intención de efectuar una comparación de las diferencias existentes entre el Grupo Experimental y el Grupo de Control, se calculan y se comparan también las diferencias de puntuaciones (pre menos post) entre el Grupo Experimental y el Grupo de Control.

En octavo lugar, con objeto de controlar las diferencias inter-grupo y/o intragrupo, se ha realizado un Análisis de Varianza ANOVA de 2 Factores: Tiempo de las pruebas (pre y post) x Grupo (Experimental y Control) con medidas repetidas en un solo factor (Tiempo).

Finalmente se tratarán los datos del Cuestionario Cualitativo en el Grupo Experimental, mediante un análisis de contenido y estadístico de las respuestas al mismo.

Se considerarán diferencias estadísticamente significativas, en todos los casos, si la probabilidad de su ocurrencia es inferior al 0,05% a dos colas, a pesar de que las hipótesis planteadas son unidireccionales y podría efectuarse el análisis a una cola. La meta es aumentar al máximo el rigor del estudio.

Los análisis estadísticos se han realizado mediante el Programa de Análisis de Datos SPSS para Windows, en su versión 20. Para los gráficos se ha utilizado, además, el programa Excel 2013 de Microsoft Office.

## 25. RESULTADOS

### 25.1. Estadística descriptiva

#### 25.1.1. Descripción de las variables sociodemográficas y otros aspectos docentes. Diferencias significativas entre GE y GC

Se describen a continuación las principales variables sociodemográficas pertenecientes a los sujetos participantes en la investigación y que han sido recogidas mediante el Cuestionario Sociodemográfico utilizado en la fase pre. Los resultados se muestran separados para el Grupo Experimental (GE) y el Grupo Control (GC) y agrupados en Total.

**Sexo:** De las 43 personas del GE, 16 eran hombres (37,2%) y 27 mujeres (62,8). De las 75 personas del GC, 18 eran hombres (24,0%) y 57 mujeres (76,0%). Los resultados pueden verse en la Tabla 1

**Tabla 1: Sexo de los participantes**

		Grupo al que pertenece					
		Grupo Experimental		Grupo Control		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	16 <sub>a</sub>	37,20%	18 <sub>a</sub>	24,00%	34	28,80%
	<b>Femenino</b>	27 <sub>a</sub>	62,80%	57 <sub>a</sub>	76,00%	84	71,20%
	<b>Total</b>	43	100,00%	75	100,00%	118	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>1</sup>

1. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

No se ha hallado diferencias significativas en relación al sexo entre GE y GC.

**Edad:** La media de edad es de 20,25 años (DT=1,53). En el GE es de 20,65 años (DT=1,4) y en el GC es de 20,03 (DT=1,57). Existe una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) entre las medias de edad de los 2 grupos, siendo menor en GC. Ver Tabla 2.

**Tabla 2: Edad de los participantes**

	Grupo al que pertenece								
	Experimental			Control			Total		
	N	Media	Desviación típica	N	Media	Desviación típica	N	Media	Desviación típica
<b>Edad</b>	43	20,65 <sub>a</sub>	1,4	75	20,03 <sub>b</sub>	1,57	118	20,25	1,53

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de medias de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>1</sup>

1. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

**Curso:** Los participantes se distribuyen entre los cursos 2º (79,7%), 3º (9,3%), 4º (8,5%) y 5º (2,5%).

En el GE existen personas de los cursos 2º (51,2%), 3º (18,6%), 4º (23,3%) y 5º (7%), mientras que en GC los participantes son los cursos 2º (96%) y 3º (4%). Las diferencias de curso son significativas ( $p < 0,05$ ). Ver Tabla 3.

**Tabla 3: Curso de los participantes**

	Grupo al que pertenece						
	Experimental		Control		Total		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Curso</b>	2º	22 <sub>a</sub>	51,20%	72 <sub>b</sub>	96,00%	94	79,70%
	3º	8 <sub>a</sub>	18,60%	3 <sub>b</sub>	4,00%	11	9,30%
	4º	10 <sub>a</sub>	23,30%	0 <sup>1</sup>	0,00%	10	8,50%
	5º	3 <sub>a</sub>	7,00%	0 <sup>1</sup>	0,00%	3	2,50%
	<b>Total</b>	43	100,00%	75	100,00%	118	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>2</sup>

1. Esta categoría no se utiliza en las comparaciones porque su proporción de columna es igual a cero o uno.

2. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

**Residencia durante el Curso:** En la Tabla 4 puede verse cómo el 24,6% de los participantes vive con los padres durante el curso, el 63,6% vive en un piso de estudiantes y el 11,9% vive en una residencia de estudiantes. No existen diferencias significativas entre el GE y el GC.

**Tabla 4: Residencia durante el curso**

		Grupo al que pertenece					
		Experimental		Control		Total	
		N	%	N	%	N	N
<b>Residencia durante el Curso</b>	<b>Padres</b>	8 <sub>a</sub>	18,60%	21 <sub>a</sub>	28,00%	29	24,60%
	<b>Piso estudiantes</b>	32 <sub>a</sub>	74,40%	43 <sub>a</sub>	57,30%	75	63,60%
	<b>Residencia estudiantes</b>	3 <sub>a</sub>	7,00%	11 <sub>a</sub>	14,70%	14	11,90%
	<b>Total</b>	43	100,00%	75	100,00%	118	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>1</sup>

1. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

**Número de hermanos:** En la Tabla 5 podemos ver que la media del número de hermanos es de 1,22 (DT=0,82), sin que existan diferencias significativas entre el GE y el GC. 17 participantes (el 14,4%) son hijos únicos.

**Tabla 5: Número de hermanos**

	Grupo al que pertenece								
	Experimental			Control			Total		
	N	Media	Desviación típica	N	Media	Desviación típica	N	Media	Desviación típica
<b>Nº de Hermanos</b>	43	1,26 <sub>a</sub>	0,98	75	1,21 <sub>a</sub>	0,73	118	1,22	0,82

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de medias de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>1</sup>

1. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

**Número de orden en la fratría:** En la Tabla 6 puede verse el número de orden que les corresponde entre los que tienen hermanos. El 51% son los primogénitos, el 35,1% son los segundos, el 11,7% los 3 terceros, 1,1% los cuartos y el 1,1% los quintos en el orden de hermanos. 24 participantes no han contestado esta pregunta.



**Tabla 6:** Número de orden en la fraternía

	Grupo al que pertenece						
	Experimental		Control		Total		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Nº de orden en la fraternía</b>	1	16 <sub>a</sub>	47,10%	32 <sub>a</sub>	53,30%	48	51,10%
	2	12 <sub>a</sub>	35,30%	21 <sub>a</sub>	35,00%	33	35,10%
	3	5 <sub>a</sub>	14,70%	6 <sub>a</sub>	10,00%	11	11,70%
	4	1 <sub>a</sub>	2,90%	0 <sup>1</sup>	0,00%	1	1,10%
	5	0 <sup>1</sup>	0,00%	1 <sub>a</sub>	1,70%	1	1,10%
	<b>Total</b>	34	100,00%	60	100,00%	94	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>2</sup>

1. Esta categoría no se utiliza en las comparaciones porque su proporción de columna es igual a cero o uno.
2. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

**Estudios previos:** La gran mayoría (84,7%) proceden de Bachillerato, el 10,2% proceden de un cambio de carrera o ya tienen un título superior y el 5,1% proceden de Formación Profesional Sanitaria de Grado Superior. No existen diferencias significativas entre las proporciones de los GE y GC. Ver tabla 7.

**Tabla 7: Estudios previos**

	Grupo al que pertenece						
	Experimental		Control		Total		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Estudios previos</b>	Form Prof Grado Sup	4 <sub>a</sub>	9,30%	2 <sub>a</sub>	2,70%	6	5,10%
	Bachillerato	37 <sub>a</sub>	86,00%	63 <sub>a</sub>	84,00%	100	84,70%
	Camb Carrera / Est Superiores	2 <sub>a</sub>	4,70%	10 <sub>a</sub>	13,30%	12	10,20%
	<b>Total</b>	43	100,00%	75	100,00%	118	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>1</sup>

1. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

**Momento de elección de estudios:** La mayoría (46,6%) afirman haber elegido qué carrera estudiar durante el Bachillerato o posteriormente. El 27,6% afirman que eligieron

estudiar medicina durante la Primaria y el 25,9% durante la Secundaria. Dos personas no respondieron a la pregunta. No existen diferencias significativas entre las proporciones de los GE y GC. Ver tabla 8.

**Tabla 8: Momento de elección de estudios**

	Grupo al que pertenece					
	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Momento elección</b>						
Primaria	12 <sub>a</sub>	28,60%	20 <sub>a</sub>	27,00%	32	27,60%
Secundaria	10 <sub>a</sub>	23,80%	20 <sub>a</sub>	27,00%	30	25,90%
Bachill./Selectiv./Carrera	20 <sub>a</sub>	47,60%	34 <sub>a</sub>	45,90%	54	46,60%
<b>Total</b>	42	100,00%	74	100,00%	116	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>1</sup>

1. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

**Familiares médicos:** El 59,4% no tiene familiares médicos, el 40,6% sí los tiene. No se dispone de datos de 12 alumnos. No existen diferencias significativas entre GE y GC. Ver Tabla 9.

**Tabla 9: Familiares médicos**

	Grupo al que pertenece					
	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Familiares médicos</b>						
Sí	13 <sub>a</sub>	41,90%	30 <sub>a</sub>	40,00%	43	40,60%
No	18 <sub>a</sub>	58,10%	45 <sub>a</sub>	60,00%	63	59,40%
<b>Total</b>	31	100,00%	75	100,00%	106	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>1</sup>

1. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

Entre los que tienen familiares médicos, estos familiares corresponden al padre (25,6%), la madre (14%), ambos progenitores (14%), otros familiares masculinos (30,2%) y otros familiares femeninos (16,3%). Tampoco existen diferencias significativas entre GE y GC. Ver Tabla 10.

Tabla 10: Parentesco de familiares médicos

		Grupo al que pertenece					
		Experimental		Control		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Parentesco con familiares medicos</b>	Padre	3 <sub>a</sub>	23,10%	8 <sub>a</sub>	26,70%	11	25,60%
	Madre	2 <sub>a</sub>	15,40%	4 <sub>a</sub>	13,30%	6	14,00%
	Ambos padres	3 <sub>a</sub>	23,10%	3 <sub>a</sub>	10,00%	6	14,00%
	Otros masculinos	4 <sub>a</sub>	30,80%	9 <sub>a</sub>	30,00%	13	30,20%
	Otros femeninos	1 <sub>a</sub>	7,70%	6 <sub>a</sub>	20,00%	7	16,30%
	<b>Total</b>	13	100,00%	30	100,00%	43	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>1</sup>

1. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

**Beca:** El 32,2% del total tiene beca, frente al 67,8 que no la tiene. En el GE esta proporción se invierte, pues contiene un 53,5% de estudiantes que sí tienen beca; la diferencia de proporciones entre GE y GC es significativa ( $p < 0,005$ ). Ver Tabla 11.

Tabla 11: Participantes que tienen beca

		Grupo al que pertenece					
		Experimental		Control		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Beca</b>	Sí	23 <sub>a</sub>	53,50%	15 <sub>b</sub>	20,00%	38	32,20%
	No	20 <sub>a</sub>	46,50%	60 <sub>b</sub>	80,00%	80	67,80%
	<b>Total</b>	43	100,00%	75	100,00%	118	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>1</sup>

1. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

**Prácticas:** El 55,1% del total de participantes han realizado ya prácticas, frente al 44,9% que todavía no lo han hecho. En el GE esta diferencia se invierte y el 65,1% sí han realizado prácticas, frente al 34,9% que no lo han hecho. La diferencia de proporciones entre GE y GC es significativa ( $p < 0,005$ ). Ver Tabla 12.

Tabla 12: Prácticas

		Grupo al que pertenece					
		Experimental		Control		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Prácticas</b>	<b>Sí</b>	28 <sub>a</sub>	65,10%	25 <sub>b</sub>	33,30%	53	44,90%
	<b>No</b>	15 <sub>a</sub>	34,90%	50 <sub>b</sub>	66,70%	65	55,10%
	<b>Total</b>	43	100,00%	75	100,00%	118	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>1</sup>

1. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

**Asignaturas optativas:** Sobre el total de participantes, el 55,9% realiza asignaturas optativas. Vemos diferencias significativas entre el GE y el GC. En el GE el 100% de los participantes cursa asignaturas optativas, frente al 30,7% del GC que las realiza. Ver Tabla 13.

Tabla 13: Asignaturas optativas

		Grupo al que pertenece					
		Experimental		Control		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Asignaturas optativas</b>	<b>Sí</b>	43 <sup>1</sup>	100,00%	23 <sub>a</sub>	30,70%	66	55,90%
	<b>No</b>	0 <sup>1</sup>	0,00%	52 <sub>a</sub>	69,30%	52	44,10%
	<b>Total</b>	43	100,00%	75	100,00%	118	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>2</sup>

1. Esta categoría no se utiliza en las comparaciones porque su proporción de columna es igual a cero o uno.

2. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

**Especialidad:** Preguntados por la especialidad que piensan realizar, la más escogida sería Cirugía (22,7%), seguida por Pediatría (19,3%), Oncología (8,6%) y Medicina de Familia (8,6%). Otras Especialidades obtienen porcentajes menores. 30 personas no responden o afirman no haber tomado todavía una decisión al respecto. No existen diferencias significativas en porcentajes entre GE y GC. Ver Tabla 14.

Tabla 14: Especialidad que piensan escoger

	Grupo al que pertenece					
	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Especialidad a elegir</b>						
Cirugía	5 <sub>a</sub>	16,70%	15 <sub>a</sub>	25,90%	20	22,70%
Pediatría	7 <sub>a</sub>	23,30%	10 <sub>a</sub>	17,20%	17	19,30%
Medicina de Familia	2 <sub>a</sub>	6,70%	4 <sub>a</sub>	6,90%	6	6,80%
Medicina Interna	3 <sub>a</sub>	10,00%	3 <sub>a</sub>	5,20%	6	6,80%
Oncología	2 <sub>a</sub>	6,70%	5 <sub>a</sub>	8,60%	7	8,00%
Neurología	4 <sub>a</sub>	13,30%	3 <sub>a</sub>	5,20%	7	8,00%
Ginecología	2 <sub>a</sub>	6,70%	3 <sub>a</sub>	5,20%	5	5,70%
Otras	5 <sub>a</sub>	16,70%	15 <sub>a</sub>	25,90%	20	22,70%
<b>Total</b>	30	100,00%	58	100,00%	88	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>1</sup>

1. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

**Voluntariado:** El 47,5 de los participantes han realizado actividades de voluntariado, frente al 52,5% que no las han realizado; no existen diferencias significativas en proporciones entre el GE y el GC. Ver Tabla 15.

Tabla 15: Voluntariado

	Grupo al que pertenece					
	Experimental		Control		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Voluntariado</b>						
Sí	24 <sub>a</sub>	55,80%	32 <sub>a</sub>	42,70%	56	47,50%
No	19 <sub>a</sub>	44,20%	43 <sub>a</sub>	57,30%	62	52,50%
<b>Total</b>	43	100,00%	75	100,00%	118	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>1</sup>

1. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

**Interés por estudiar otra carrera:** El 45,3% afirman tener interés en estudiar otra carrera, mientras que el 54,7% afirman que no les gustaría. No existen diferencias significativas en proporciones entre el GE y el GC. Ver Tabla 16.

Tabla 16: Interés por estudiar otra carrera

		Grupo al que pertenece					
		Experimental		Control		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Interés en otra carrera</b>	Sí	21 <sub>a</sub>	50,00%	32 <sub>a</sub>	42,70%	53	45,30%
	No	21 <sub>a</sub>	50,00%	43 <sub>a</sub>	57,30%	64	54,70%
	<b>Total</b>	42	100,00%	75	100,00%	117	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>1</sup>

1. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

**Conocimientos previos de mindfulness, meditación, yoga o similar:** Un 19,5% afirma

poseer algún conocimiento previo de mindfulness, meditación, yoga o similar, frente al 80,5% que no poseen conocimientos. En las respuestas afirmativas también se incluyen conocimientos de pilates, taichí, conocimientos teóricos... Aunque incluso es mayor la proporción en el GC de los que afirman tener conocimientos previos de mindfulness, no existen diferencias significativas en proporciones entre el GE y el GC. Ver Tabla 17.

Tabla 17: Conocimientos previos de mindfulness, meditación, yoga o similar

		Grupo al que pertenece					
		Experimental		Control		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Conocimientos previos de mindfulness o similar</b>	Sí	7 <sub>a</sub>	16,30%	16 <sub>a</sub>	21,30%	23	19,50%
	No	36 <sub>a</sub>	83,70%	59 <sub>a</sub>	78,70%	95	80,50%
	<b>Total</b>	43	100,00%	75	100,00%	118	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>1</sup>

1. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

**Serie de TV:** Preguntados acerca de qué serie de TV de temática médica les gusta más,

el 46,55 prefiere House, el 35,6% Anatomía de Grey, el 7.9% se decanta por Hospital Central y el 9,9% se distribuye entre otras series. No existen diferencias significativas en proporciones entre el GE y el GC. Ver Tabla 18.

Tabla 18: Serie de TV de temática médica preferida

	Grupo al que pertenece						
	Experimental		Control		Total		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Serie de TV de temática médica</b>	Anatomía de Grey	11 <sub>a</sub>	27,50%	25 <sub>a</sub>	41,00%	36	35,60%
	House	22 <sub>a</sub>	55,00%	25 <sub>a</sub>	41,00%	47	46,50%
	Hospital Central	2 <sub>a</sub>	5,00%	6 <sub>a</sub>	9,80%	8	7,90%
	Otras	5 <sub>a</sub>	12,50%	5 <sub>a</sub>	8,20%	10	9,90%
	<b>Total</b>	40	100,00%	61	100,00%	101	100,00%

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en  $p < ,05$  en la prueba de igualdad bilateral de proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.<sup>1</sup>

1. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada más al interior.

### 25.1.2. Asistencia a los Talleres

**Número de sesiones:** La media de asistencia fue de 7,33 sesiones (DT=0,75), el valor máximo fue 8 y el mínimo 5.

**Horas de asistencia:** El promedio de horas de asistencia fue de 13,46 horas (DT=2,75).

### 25.1.3. Práctica de ejercicios en casa de asistentes a los Talleres

La práctica realizada fuera de las sesiones del Taller por el GE fue computada mediante las respuestas a la **pregunta 9 del Cuestionario Cualitativo final (CC)** en los asistentes al GE. En la Tabla 19 pueden verse el número de asistentes en cada una de las 4 categorías en las que se han clasificado.

**Tabla 19: Cantidad de práctica efectuada fuera de las sesiones del Taller. Total GE. Respuestas a pregunta 9 de Cuestionario Cualitativo (CC)**

		N	%
<b>Practica en casa</b> (preg. 9 CC)	Alta (más de 3 veces por semana)	1	2,30%
	Media (2-3 veces por semana)	14	32,60%
	Baja (1 vez por semana u ocasional)	17	39,50%
	No ha practicado en casa	11	25,60%
	<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

## 25.2. Valores pre Totales (GE+GC) de variables medidas

En la Tabla 20 pueden verse los resultados totales pre tratamiento del GE+GC (en total 118 personas) de las variables cuantitativas continuas medidas: su media y DT, así como los valores de asimetría y curtosis.



Tabla 20: Resultados pre Total participantes (GE+GC) en variables continuas medidas

VARIABLES	N	Media (DT)	VALORES PRE			
			Asimetría		Curtosis	
			Estadístico	Error típico	Estadístico	Error típico
<b>PSS estrés percibido</b>	118	23,74 (7,30)	0,324	0,223	0,22	0,442
<b>SCL-90 –R Somatización</b>	118	1,02 (0,70)	0,739	0,223	0,228	0,442
<b>SCL-90 –R Obsesión-compulsión</b>	118	1,31 (0,64)	0,459	0,223	-0,698	0,442
<b>SCL-90 –R Sensibilidad interpersonal</b>	118	1,02 (0,77)	0,999	0,223	0,213	0,442
<b>SCL-90 –R Depresión</b>	118	1,10 (0,72)	0,8	0,223	0,033	0,442
<b>SCL-90 –R Ansiedad</b>	118	0,92 (0,61)	0,629	0,223	-0,222	0,442
<b>SCL-90 –R Hostilidad</b>	118	0,76 (0,64)	1,047	0,223	0,251	0,442
<b>SCL-90 –R Ansiedad fóbica</b>	118	0,34 (0,49)	2,23	0,223	5,298	0,442
<b>SCL-90 –R Ideación paranoide</b>	118	0,90 (0,73)	0,849	0,223	0,114	0,442
<b>SCL-90 –R Psicoticismo</b>	118	0,57 (0,55)	1,694	0,223	3,537	0,442
<b>SCL-90 –R Ítems adicionales</b>	118	1,14 (0,72)	0,444	0,223	-0,558	0,442
<b>SCL-90 –R GSI Índice severidad global</b>	118	0,93 (0,52)	0,577	0,223	-0,43	0,442
<b>SCL-90 –R PST Total síntomas positivos</b>	118	44,64 (17,37)	-0,051	0,223	-0,821	0,442
<b>SCL-90 –R PSDI Índice malestar positivo</b>	118	1,79 (0,48)	0,735	0,223	0,364	0,442
<b>FFMQ observar</b>	118	23,78 (6,94)	2,139	0,223	12,932	0,442
<b>FFMQ describir</b>	118	26,93 (6,66)	-0,307	0,223	-0,336	0,442
<b>FFMQ actuar con consciencia</b>	118	26,85 (5,60)	-0,202	0,223	0,336	0,442
<b>FFMQ no juzgar</b>	118	27,47 (6,21)	-0,239	0,223	-0,241	0,442
<b>FFMQ no reactividad</b>	118	21,17 (4,17)	0,002	0,223	-0,155	0,442
<b>FFMQ Total</b>	118	126,20 (15,65)	-0,416	0,223	0,335	0,442
<b>SCS bondad hacia uno mismo</b>	118	2,99 (0,83)	-0,163	0,223	-0,447	0,442
<b>SCS humanidad compartida</b>	118	2,94 (0,80)	-0,256	0,223	-0,523	0,442
<b>SCS mindfulness</b>	118	3,27 (0,82)	-0,191	0,223	-0,178	0,442
<b>SCS autocrítica / autojuicio</b>	118	3,11 (0,80)	0,308	0,223	-0,174	0,442
<b>SCS aislamiento</b>	118	2,80 (0,96)	0,179	0,223	-0,602	0,442
<b>SCS ensimismamiento</b>	118	3,09 (0,86)	-0,151	0,223	-0,395	0,442
<b>SCS Total</b>	118	3,03 (0,62)	-0,501	0,223	-0,102	0,442
<b>RQ apego seguro cuantitativo</b>	118	5,09 (1,52)	-0,999	0,223	0,183	0,442
<b>RQ apego rechazante</b>	118	4,21 (1,54)	-0,035	0,223	-0,561	0,442
<b>RQ apego preocupado</b>	118	3,53 (1,68)	0,154	0,223	-1,113	0,442
<b>RQ apego temeroso</b>	118	2,98 (1,81)	0,736	0,223	-0,675	0,442
<b>RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad</b>	118	2,80 (4,42)	-0,217	0,223	-0,675	0,442
<b>RQ modelo de los otros / (-) evitación</b>	118	1,42 (3,29)	-0,584	0,223	1,355	0,442
<b>TECA Adopción de perspectivas</b>	118	26,64 (3,83)	-2,077	0,223	10,931	0,442
<b>TECA Comprensión emocional</b>	118	29,03 (3,37)	-0,123	0,223	0,393	0,442
<b>TECA Estrés empático</b>	118	21,45 (3,26)	-0,038	0,223	-0,168	0,442
<b>TECA Alegría Empática</b>	118	29,03 (3,19)	-1,719	0,223	9,641	0,442
<b>TECA Total</b>	118	106,15 (8,41)	-2,332	0,223	13,939	0,442
<b>MBL-SS Agotamiento</b>	118	2,44 (1,14)	0,429	0,223	-0,237	0,442
<b>MBL-SS Cinismo</b>	118	0,98 (0,95)	1,886	0,223	4,487	0,442
<b>MBL-SS Eficacia académica</b>	118	4,11 (0,82)	-0,332	0,223	-0,436	0,442
<b>MBL-SS Total</b>	118	5,31 (2,30)	0,759	0,223	0,171	0,442
<b>TIPI Extraversión, energía</b>	118	4,76 (1,37)	-0,445	0,223	-0,164	0,442
<b>TIPI Afabilidad</b>	118	5,12 (0,94)	-0,272	0,223	0,69	0,442
<b>TIPI Responsabilidad</b>	118	5,01 (1,17)	0,096	0,223	-0,91	0,442
<b>TIPI Estabilidad emocional</b>	118	4,48 (1,39)	-0,28	0,223	-0,577	0,442
<b>TIPI Apertura a la experiencia</b>	118	5,31 (0,96)	-0,647	0,223	0,341	0,442

A continuación, se muestran más resultados para las diferentes variables separadas por los instrumentos de medida utilizados.

### 25.2.1. Escala de Estrés Percibido PSS

En la Tabla 21 pueden verse las puntuaciones pre en la Escala de Estrés Percibido PSS de la muestra Total en función de algunas variables demográficas. No existe diferencia significativa en ninguna, salvo en el sexo, que sí resulta significativa, con mayor puntuación para las mujeres.

**Tabla 21: Puntuaciones en Escala de Estrés Percibido PSS pre muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas y del sexo de los participantes**

	PSS PRETOTAL (GE+GC)									
	Sí			No			Igual Va <sup>1</sup>	t	Probab.	
	N	Media	DT	N	Media	DT				
¿Tienes beca?	38	24,03	8,30	80	23,60	6,83	sí	0,29	0,76	
¿Has realizado prácticas?	53	25,02	7,34	65	22,69	7,16	sí	1,74	0,08	
¿Has realizado actividades de voluntariado?	56	24,96	7,05	62	22,63	7,41	sí	1,75	0,08	
¿Te gustaría estudiar otra carrera?	53	24,32	7,84	64	23,08	6,75	sí	0,92	0,36	
¿Conocimientos previos sobre mindfulness?	23	22,96	8,44	95	23,93	7,04	sí	-0,57	0,57	
¿Familiares médicos?	43	24,05	7,46	63	23,65	7,16	sí	0,27	0,78	
	Hombres			Mujeres			Igual Va <sup>1</sup>	t	Probab.	
	N	Media	DT	N	Media	DT				
<b>Sexo</b>	34	20,68	5,71	84	24,98	7,54	no	-3,36	0,001	***

Leyenda:<sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

Con objeto de prestar atención a los casos de mayor estrés percibido, se establece un punto de corte situado en el nuevo baremo del test realizado en 2009 por Cohen y Janicki-Deverts [407] tomando como referencia la muestra de menores de 25 años, que corresponde a una puntuación de 23,49, y se filtran los casos de la presente muestra con puntuación  $\geq$  a 23,49. Son 56 personas (el 47,5% de la muestra Total) cuyas puntuaciones en PSS van desde 24 a 45 (Media 30,06 y DT 5,45). El 83,93% son mujeres y el 16,07% son hombres (la proporción de mujeres es algo superior al total de la muestra, que es del 71,2%).

### 25.2.2. Cuestionario de Síntomas SCL-90-R

En la Tabla 22 pueden verse las puntuaciones pre en Índice de Severidad Global (GSI) de SCL-90-R para la muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográfica. No existe ninguna diferencia significativa.

**Tabla 22: Puntuaciones en Índice de Severidad Global GSI de SCL-90-R pre muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas**

Índice de Severidad Global (GSI) de SCL-90-R PRE TOTAL (GE+GC)										
	Sí			No			Igual Va <sup>1</sup>	t	Probab.	
	N	Media	DT	N	Media	DT				
¿Tienes beca?	38	1,03	0,59	80	0,89	0,48	no	1,23	0,22	
¿Has realizado prácticas?	53	1,02	0,57	65	0,86	0,48	no	1,6	0,11	
¿Has realizado actividades de voluntariado?	56	0,98	0,50	62	0,89	0,54	sí	0,92	0,36	
¿Te gustaría estudiar otra carrera?	53	1,01	0,54	64	0,86	0,50	sí	1,64	0,104	
¿Conocimientos previos sobre mindfulness?	23	1,08	0,63	95	0,90	0,49	no	1,33	0,19	
¿Familiares médicos?	43	0,93	0,58	63	0,94	0,51	sí	-0,10	0,91	

Leyenda:<sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

En la Tabla 23 pueden verse las puntuaciones pre del Total de la muestra en Escalas e Índices de SCL-90-R en función del sexo de los participantes. Se observa que existen diferencias significativas en Somatización, Depresión, Ansiedad y Total de Síntomas Positivos, en los que las puntuaciones de las mujeres son superiores.

**Tabla 23: Puntuaciones en Escalas e Índices de SCL-90-R pre muestra Total (GE+GC) en función del sexo de los participantes**

Escalas e Índices de SCL-90-R PRE TOTAL (GE+GC) e función del SEXO										
	Hombres			Mujeres			Igual Va <sup>1</sup>	t	Probab.	
	N	Media	DT	N	Media	DT				
SCL-90 –R Somatización	34	0,74	0,47	84	1,13	0,74	no	-3,41	0,00096	****
SCL-90 –R Obsesión-compulsión	34	1,24	0,58	84	1,34	0,67	sí	-0,70	0,486	
SCL-90 –R Sensibilidad interpersonal	34	0,89	0,72	84	1,08	0,78	sí	-1,22	0,225	
SCL-90 –R Depresión	34	0,86	0,63	84	1,20	0,74	sí	-2,35	0,02	*
SCL-90 –R Ansiedad	34	0,64	0,51	84	1,04	0,61	sí	-3,35	0,001	***
SCL-90 –R Hostilidad	34	0,84	0,68	84	0,73	0,63	sí	0,86	0,39	
SCL-90 –R Ansiedad fóbica	34	0,29	0,40	84	0,36	0,52	sí	-0,75	0,452	
SCL-90 –R Ideación paranoide	34	0,99	0,80	84	0,86	0,71	sí	0,86	0,391	
SCL-90 –R Psicoticismo	34	0,55	0,53	84	0,57	0,57	sí	-0,20	0,842	
SCL-90 –R Ítems adicionales	34	1,00	0,62	84	1,21	0,76	sí	-1,43	0,155	
SCL-90 –R GSI Índice severidad global	34	0,80	0,46	84	0,99	0,54	sí	-1,76	0,081	
SCL-90 –R PST Total síntomas positivos	34	40,71	16,25	84	46,24	17,65	sí	-2,18	0,031	*
SCL-90 –R PSDI Índice malestar positivo	34	1,69	0,44	84	1,83	0,50	sí	-1,40	0,163	

Leyenda:<sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

Con objeto de prestar atención a los casos de mayor severidad, mediante el Índice de Severidad Global GSI, se establece un punto de corte situado en la media de la población de pacientes psicósomáticos (0,94), según Manual de la prueba, y se filtran los casos de la presente muestra con puntuación  $\geq$  a 0,94. Son 49 personas (el 41%52% de la muestra Total) cuyas puntuaciones en GSI van de 0,94 a 2,40 (Media 1,46 y DT 0,34). El 79,6% son mujeres y el 20,4% son hombres (la proporción de mujeres es algo superior al total de la muestra, que es del 71,2%). Pueden verse en la Tabla 24.

**Tabla 24: Casos de la muestra Total que superan la puntuación de la población de pacientes psicósomáticos en Índice de Severidad Global GSI del SCL-90-R**

Nº de orden	Punt. GSI	Sexo	Nº de orden	Punt. GSI	Sexo	Nº de orden	Punt. GSI	Sexo	Nº de orden	Punt. GSI	Sexo	Nº de orden	Punt. GSI	Sexo
1	2,4	F	11	1,71	F	21	1,47	F	31	1,28	F	41	1,12	M
2	2,19	F	12	1,63	F	22	1,46	F	32	1,27	F	42	1,12	M
3	2,12	F	13	1,63	F	23	1,44	M	33	1,27	F	43	1,1	F
4	2,01	F	14	1,62	F	24	1,44	F	34	1,27	F	44	1,09	F
5	1,98	F	15	1,6	F	25	1,42	F	35	1,26	M	45	1,09	F
6	1,84	M	16	1,6	F	26	1,42	F	36	1,21	M	46	1,08	F
7	1,82	M	17	1,57	F	27	1,4	F	37	1,17	F	47	1,02	F
8	1,81	F	18	1,57	F	28	1,37	F	38	1,14	F	48	0,98	M
9	1,78	F	19	1,53	M	29	1,3	F	39	1,13	M	49	0,94	F
10	1,76	F	20	1,52	F	30	1,29	M	40	1,13	F			

Nota: punto de corte  $\geq$ 0,94

En la Tabla 25 pueden verse las puntuaciones medias pre alcanzadas por la muestra total en cada uno de los 90 ítems del Cuestionario SCL-90-R agrupados por escalas.

**Tabla 25: Puntuación media pre muestra total (GE+GC) en cada ítem del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R agrupados por escalas**

ESCALA SOMATIZACIÓN		MEDIA	ESCALA OBSESIÓN-COMPULSIÓN		MEDIA
Dolores de Cabeza		1.57	Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de la mente		1.68
Sensaciones de desmayo o mareo		.71	La dificultad para recordar las cosas		1.37
Dolores en el corazón o en el pecho		.54	Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización		1.54
Dolores en la parte baja de la espalda		1.33	Sentirse incapaz de hacer las cosas o de terminar las tareas		1.18
Nauseas o malestar en el estómago		1.36	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien		1.16
Dolores musculares		1.30	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace		1.20
Ahogos o dificultad para respirar		.54	Dificultad en tomar decisiones		1.62
Escalofríos, sentir calor o frío de repente		.77	Que se le quede la mente en blanco		.82
Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo		.87	Tener dificultades para concentrarse		1.77
Sentir un nudo en la garganta		1.05	Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida		.75
Sentirse débil en alguna parte del cuerpo		1.18			
Pesadez en los brazos o en las piernas		1.03			
<b>SENSIBILIDAD INTERPERSONAL</b>			<b>ESCALA DEPRESIÓN</b>		
Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas		1.28	Pérdida de deseo o placer sexual		.60
Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto		.60	Sentirse bajo de energía o decaído		1.78
Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad		1.47	Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida		.07
Sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso		1.17	Llorar fácilmente		1.25
La impresión de que otras personas son poco amistosas o que ud no les gusta		1.03	Sensación de estar atrapado o como encerrado		.87
Sentirse inferior a los demás		1.02	Culparse de todo lo que pasa		.99
Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de ud		1.14	Sentirse solo		1.27
Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas		1.03	Sentirse triste		1.42
Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público		.44	Preocuparse demasiado por todo		2.24
			No sentir interés por nada		.81
			Sentirse desesperanzado con respecto al futuro		1.13
			Sentir que todo requiere un gran esfuerzo		1.26
			Sensación de ser inútil o no valer nada		.61
<b>ESCALA DE ANSIEDAD</b>			<b>HOSTILIDAD</b>		
Nerviosismo o agitación interior		2.42	Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado		1.68
Temblores		.53	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar		.49
Tener miedo de repente y sin razón		.59	Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien		.58
Sentirse temeroso		.58	Tener ganas de romper o estrellar algo		.76
Que su corazón palpite o vaya muy deprisa		1.19	Tener discusiones frecuentes		.75
Sentirse tenso o con los nervios de punta		1.59	Gritar o tirar cosas		.31
Ataque de terror o pánico		.19			
Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo		.86			
Presentimientos de que va a pasar algo malo		.97			
Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo		.31			
<b>ANSIEDAD FÓBICA</b>			<b>IDEACIÓN PARANOIDE</b>		
Miedo a los espacios abiertos		.21	La impresión de que la mayoría de los problemas son culpa de los demás		.52
Miedo a salir solo de casa		.16	La idea de que uno no se puede fiar de la gente		1.10
Temor de viajar en coche, trenes...		.39	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted		.82
Evitar cosas y lugares por miedo		.39	Tener ideas o creencias que los demás no comparten		1.12
Sentirse incómodo entre mucha gente		.49	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos		1.03
Sentirse nervioso cuando está solo		.46	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si se lo permitiera		.81
Temor a desmayarse en público		.30			
<b>ITEMS ADICIONALES</b>			<b>PSICOTICISMO</b>		
Falta de apetito		.94	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos		.58
El comer demasiado		1.39	Oír voces que otras personas no oyen		.01
Dificultad para conciliar el sueño		1.55	La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando		.69
Despertarse de madrugada		1.30	Tener pensamientos que no son suyos		.39
Sueño inquieto o perturbado		1.09	Sentirse sólo aunque esté con más gente		.98
Ideas sobre la muerte o el hecho de morir		.78	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante		.64
Sentimientos de culpabilidad		.97	La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores		.32
			La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo		.81
			Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie		.60
			La idea de que algo anda mal en su mente		.64

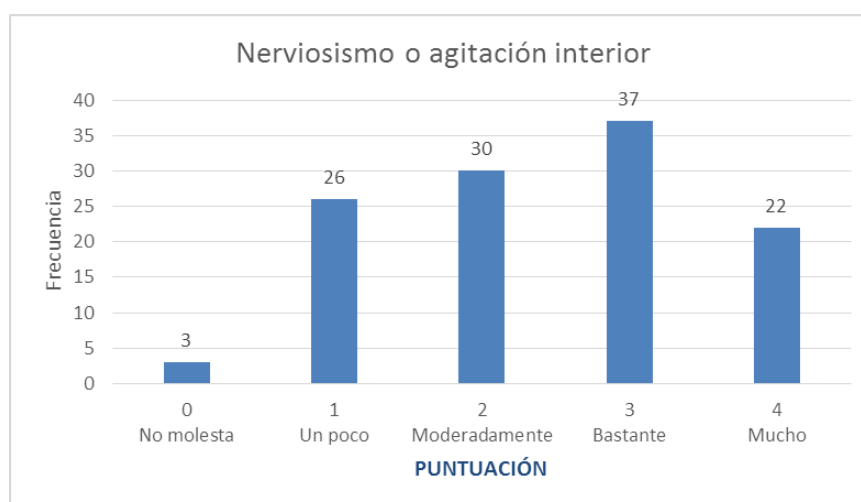
Con la idea de obtener una visión de los síntomas con puntuación media más elevada entre la presente muestra, con independencia de la escala a la que pertenezcan, en la Tabla 26 pueden verse ordenados los 10 síntomas de mayor puntuación (se indica su media, DT, el número de respuestas y porcentaje para cada puntuación y la escala a la que pertenece cada uno de estos 10 síntomas).

**Tabla 26: Los 10 síntomas con mayor puntuación de la escala SCL-90-R en muestra Total pre (GE+GC)**

Nº orden	SÍNTOMA	Media	Desv. típ.	Punt. 0		Punt. 1		Punt. 2		Punt. 3		Punt. 4		Escala
				N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1	Nerviosismo o agitación interior	2,42	1,104	3	2,54	26	22,03	30	25,42	37	31,36	22	18,64	Ansiedad
2	Preocuparse demasiado por las cosas	2,24	1,312	16	13,56	19	16,10	27	22,88	33	27,97	23	19,49	Depresión
3	Sentirse bajo de energía	1,78	1,047	11	9,32	39	33,05	41	34,75	19	16,10	8	6,78	Depresión
4	Dificultades para concentrarse	1,77	1,120	15	12,71	38	32,20	31	26,27	27	22,88	7	5,93	Obsesión-compul.
5	Irritarse fácilmente	1,68	1,028	14	11,86	42	35,59	33	27,97	26	22,03	3	2,54	Hostilidad
6	Pensamientos no deseados	1,68	1,205	22	18,64	36	30,51	26	22,03	26	22,03	8	6,78	Obsesión-compul.
7	Dificultad para tomar decisiones	1,62	1,191	24	20,34	33	27,97	34	28,81	18	15,25	9	7,63	Obsesión-compul.
8	Sentirse tenso o agitado	1,59	1,242	31	26,27	25	21,19	29	24,58	27	22,88	6	5,08	Ansiedad
9	Dolores de cabeza	1,57	1,066	17	14,41	48	40,68	26	22,03	23	19,49	4	3,39	Somatización
10	Dificultad para conciliar el sueño	1,55	1,406	36	30,51	31	26,27	16	13,56	20	16,95	15	12,71	Ítems adicionales

El síntoma con mayor puntuación es *Nerviosismo o agitación interior*, seguido por *Preocuparse demasiado por las cosas*, *Sentirse bajo de energía*, *Dificultades para concentrarse* e *Irritarse fácilmente*. De estos 10 síntomas, 3 pertenecen a la escala de Obsesión-Compulsión, 2 a las de Ansiedad y Depresión y 1 a las escalas de Hostilidad, Somatización e Ítems adicionales. El primer síntoma pertenece a la escala de Ansiedad.

Para aclarar el tema de la frecuencia en las puntuaciones recibidas y el significado de las mismas, en la Figura 28 puede verse la frecuencia con que se presenta el síntoma con mayor puntuación media: Nerviosismo o agitación interior.



**Figura 28: Frecuencia con que se presenta el síntoma Nerviosismo o agitación interior del SCL-90-R según sus puntuaciones en la muestra Total puntuaciones pre**

## Resultados

Solamente 3 personas (2,5%) afirman que no se han sentido molestos por este síntoma en las últimas semanas previas al pretest, 26 (22%) afirman que les ha molestado un poco, 30 (25,4%) moderadamente, 37 (31,4%) bastante y 22 (18,6%) afirman que les ha molestado mucho o extremadamente.

En la Tabla 27 pueden verse los 10 síntomas que obtienen menor puntuación en la muestra Total (GE+GC) pre.

**Tabla 27: Los 10 síntomas con menor puntuación de la escala SCL-90-R en muestra Total pre (GE+GC)**

Nº orden	SÍNTOMA	Media	Desv. típ.	Punt. 0		Punt. 1		Punt. 2		Punt. 3		Punt. 4		Escala
				N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
81	Pensamientos que no son suyos	0,39	0,785	89	75,40	16	13,60	10	8,50	2	1,70	1	0,80	Psicoticismo
82	Temor a ser castigado por pecados	0,32	0,738	95	80,50	12	10,20	7	5,90	4	3,40	0	0,00	Psicoticismo
83	Ideas o imágenes que le asustan	0,31	0,660	93	78,80	16	13,60	7	5,90	2	1,70	0	0,00	Ansiedad
84	Gritar o tirar cosas	0,31	0,734	95	80,50	15	12,70	4	3,40	3	2,50	1	0,80	Hostilidad
85	Temor a desmayarse en público	0,30	0,809	100	84,70	7	5,90	8	6,80	0	0,00	3	2,50	Ansiedad Fóbica
86	Miedo a los espacios abiertos	0,21	0,611	102	86,40	10	8,50	3	2,50	3	2,50	0	0,00	Ansiedad
87	Ataques de pánico	0,19	0,488	101	85,60	12	10,20	5	4,20	0	0,00	0	0,00	Ansiedad Fóbica
88	Miedo a salir solo de casa	0,16	0,522	106	89,80	6	5,10	5	4,20	1	0,80	0	0,00	Ansiedad Fóbica
89	Pensamientos suicidas	0,07	0,252	110	93,20	8	6,80	0	0,00	0	0,00	0	0,00	Depresión
90	Oír voces que otros no oyen	0,01	0,092	117	99,20	1	0,80	0	0,00	0	0,00	0	0,00	Psicoticismo

### 25.2.3. Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness FFMQ

En la Tabla 28 pueden verse las puntuaciones pre en Total (suma de 5 Facetas) 5 Facetas de Mindfulness FFMQ para la muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas. No existe ninguna diferencia significativa.

**Tabla 28: Puntuaciones en Total (suma de 5 Facetas) 5 Facetas de Mindfulness FFMQ pre muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas**

	Puntuación Total 5 Facetas de Mindfulness FFMQ PRETOTAL (GE+GC)									
	Sí			No			Igual Va <sup>1</sup>	t	Probab.	
	N	Media	DT	N	Media	DT				
¿Tienes beca?	38	127,18	18,52	80	125,74	14,18	sí	0,47	0,641	
¿Has realizado prácticas?	53	124,74	16,6	65	127,40	14,87	sí	-0,92	0,36	
¿Has realizado actividades de voluntariado?	56	123,80	15,43	62	128,37	15,65	sí	-1,59	0,114	
¿Te gustaría estudiar otra carrera?	53	125,96	14,99	64	126,39	16,41	sí	-0,15	0,884	
¿Conocimientos previos sobre mindfulness?	23	128,26	19,41	95	125,71	14,67	sí	0,70	0,484	
¿Familiares médicos?	43	124,37	15,96	63	127,95	15,94	sí	-1,14	0,26	

Leyenda: <sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

En la Tabla 29 pueden verse las puntuaciones pre del Total de la muestra en las 5 Facetas de Mindfulness y Total FFMQ en función del sexo de los participantes. Se observa que tampoco existen diferencias significativas.

**Tabla 29: Puntuaciones en 5 Facetas de Mindfulness y Puntuación Total FFMQ pre muestra Total (GE+GC) en función del sexo de los participantes**

Facetas y Puntuación Total 5 Facetas de Mindfulness FFMQ PRETOTAL (GE+GC) en función del SEXO									
	Hombres			Mujeres			Igual Va <sup>1</sup>	t	Probab.
	N	Media	DT	N	Media	DT			
FFMQ observar	34	21,91	5,49	84	24,54	7,34	sí	-1,88	0,063
FFMQ describir	34	27,71	6,91	84	26,62	6,57	sí	0,80	0,424
FFMQ actuar con consciencia	34	27,21	5,58	84	26,70	5,64	sí	0,44	0,66
FFMQ no juzgar	34	28,21	6,16	84	27,18	6,24	sí	0,81	0,418
FFMQ no reactividad	34	22,12	4,70	84	20,79	3,91	sí	1,58	0,117
FFMQ Total	34	127,15	16,51	84	125,82	15,37	sí	0,42	0,679

Leyenda: <sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

#### 25.2.4. Escala de Autocompasión SCS

En la Tabla 30 pueden verse las puntuaciones pre en Total de Autocompasión SCS (calculadas mediante la suma de las puntuaciones en las seis escalas, invirtiendo las puntuaciones en las escalas complementarias y dividiéndola por el número de escalas) para la muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas. La única diferencia significativa se da en los que han realizado actividades de voluntariado, que obtienen una puntuación media inferior en autocompasión.

**Tabla 30: Puntuaciones pre en Total Autocompasión SCS muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas**

Puntuación Total Autocompasión SCS PRETOTAL (GE+GC)									
	Sí			No			Igual Va <sup>1</sup>	t	Probab.
	N	Media	DT	N	Media	DT			
¿Tienes beca?	38	3,17	0,66	80	2,96	0,59	sí	1,70	0,09
¿Has realizado prácticas?	53	3,02	0,62	65	3,03	0,62	sí	-0,17	0,87
¿Has realizado actividades de voluntariado?	56	2,87	0,61	62	3,17	0,60	sí	-2,76	0,007 **
¿Te gustaría estudiar otra carrera?	53	2,99	0,61	64	3,05	0,63	sí	-0,47	0,64
¿Conocimientos previos sobre mindfulness?	23	2,88	0,63	95	3,06	0,61	sí	-1,23	0,22
¿Familiares médicos?	43	3,05	0,61	63	2,99	0,64	sí	0,50	0,621

Leyenda: <sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)



## Resultados

En la Tabla 31 pueden verse las puntuaciones pre del Total de la muestra en cada una de las escalas y en la puntuación Total de SCS en función del sexo de los participantes. Puede verse que las mujeres obtienen resultados significativos inferiores a los hombres en las escalas Bondad hacia uno mismo, Mindfulness y superiores a los hombres en las escalas negativas de Autocrítica, Aislamiento y Ensimismamiento; la puntuación Total en Autocompasión también resulta inferior y significativa con respecto a la de los hombres.

**Tabla 31: Puntuaciones pre en 6 Escalas y Total Autocompasión SCS muestra Total (GE+GC) en función del sexo de los participantes**

Escalas y Puntuación Total Autocompasión SCS PRETOTAL (GE+GC) en función del SEXO										
	Hombres			Mujeres			Igual Va <sup>1</sup>	t	Probab.	
	N	Media	DT	N	Media	DT				
SCS bondad hacia uno mismo	34	3,34	0,82	84	2,85	0,80	sí	2,98	0,003	***
SCS humanidad compartida	34	3,03	0,73	84	2,90	0,83	sí	0,77	0,45	
SCS mindfulness	34	3,54	0,72	84	3,16	0,83	sí	2,33	0,02	*
SCS autocrítica / autojuicio	34	2,80	0,77	84	3,23	0,79	sí	-2,71	0,008	**
SCS aislamiento	34	2,43	0,84	84	2,96	0,97	sí	-2,76	0,007	**
SCS ensimismamiento	34	2,67	0,89	84	3,26	0,79	sí	-3,53	0,0006	****
SCS Total	34	3,33	0,50	84	2,90	0,62	sí	3,52	0,0006	****

Leyenda: <sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

### 25.2.5. Cuestionario de Relación RQ

En la Tabla 32 pueden verse las puntuaciones pre en Apego Seguro Cuantitativo RQ para la muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográfica. La

**Tabla 32: Puntuaciones pre en Apego Seguro Cuantitativo RQ para la muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas**

Puntuación Apego Seguro Cuantitativo RQ PRETOTAL (GE+GC)										
	Sí			No			Igual Va <sup>1</sup>	t	Probab.	
	N	Media	DT	N	Media	DT				
¿Tienes beca?	38	4,82	1,71	80	5,23	1,42	sí	-1,37	0,174	
¿Has realizado prácticas?	53	4,75	1,53	65	5,37	1,474	sí	-2,214	0,029	*
¿Has realizado actividades de voluntariado?	56	5,20	1,41	62	5,00	1,63	sí	0,70	0,487	
¿Te gustaría estudiar otra carrera?	53	5,02	1,58	64	5,17	1,50	sí	-0,54	0,592	
¿Conocimientos previos sobre mindfulness?	23	5,13	1,71	95	5,08	1,49	sí	0,13	0,897	
¿Familiares médicos?	43	5,33	1,41	63	4,90	1,61	sí	1,39	0,169	

Leyenda: <sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

única diferencia significativa se da en los que han realizado prácticas, que obtienen una puntuación media inferior en apego seguro cuantitativo.

En la Tabla 33 pueden verse las puntuaciones pre del Total de la muestra en cada uno de los Tipos de Apego, Modelo de Sí Mismo y Modelo de Otros RQ en función del sexo de los participantes. Puede verse que no existen diferencias significativas.

**Tabla 33: Puntuaciones en tipos de Apego, Modelo de Sí mismo y Modelo de Otros RQ en función del sexo**

Tipos de Apego, Modelo de Sí Mismo y Modelo de Otros RQ PRETOTAL (GE+GC) en función del SEXO									
	Hombres			Mujeres			Igual Va <sup>1</sup>	t	Probab.
	N	Media	DT	N	Media	DT			
RQ apego seguro cuantitativo	34	4,88	1,77	84	5,18	7,34	no	-0,87	0,389
RQ apego rechazante	34	4,59	1,54	84	4,06	6,57	sí	1,70	0,091
RQ apego preocupado	34	3,62	1,78	84	3,49	5,64	sí	0,38	0,706
RQ apego temeroso	34	2,62	1,65	84	3,13	6,24	sí	-1,40	0,164
RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad	34	3,24	4,92	84	2,62	3,91	sí	0,68	0,496
RQ modelo de los otros / (-) evitación	34	1,29	2,74	84	1,48	15,37	sí	-0,27	0,787

Leyenda: <sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

En la Tabla 34 pueden verse las puntuaciones pre del Total de la muestra en cada uno de los Tipos de Apego, Modelo de Sí Mismo y Modelo de Otros RQ en función del tipo de especialidad que piensan elegir en la carrera, separando los participantes que piensan elegir una especialidad de atención primaria (medicina de familia o pediatría) de los que piensan elegir cualquier otra especialidad. Puede verse que no existen diferencias significativas.

**Tabla 34: Puntuaciones en tipos de Apego, Modelo de Sí mismo y Modelo de Otros RQ en función del tipo de especialidad que piensan elegir (Atención primaria vs. otras)**

Tipos de Apego, Modelo de Sí Mismo y Modelo de Otros RQ PRETOTAL (GE+GC) en función de futura Especialidad de elección									
	Atención Primaria			Atención Hospitalaria o Espec.			Igual Va <sup>1</sup>	t	Probab.
	N	Media	DT	N	Media	DT			
RQ apego seguro cuantitativo	23	5,35	1,11	65	5,03	1,67	sí	0,85	0,4
RQ apego rechazante	23	4,13	1,55	65	4,35	1,49	sí	-0,61	0,543
RQ apego preocupado	23	3,43	1,62	65	3,68	1,70	sí	-0,60	0,553
RQ apego temeroso	23	2,61	1,73	65	3,15	1,91	sí	-1,20	0,232
RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad	23	3,43	3,59	65	2,55	4,88	no	0,92	0,364
RQ modelo de los otros / (-) evitación	23	2,04	3,35	65	1,20	3,19	sí	1,08	0,285

Leyenda: <sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

En la Tabla 35 pueden verse los resultados totales pre tratamiento del GE+GC (en total 118 personas) de la variable cualitativa categórica Estilo de Apego. Los resultados corresponden a la elección que se solicita en el cuestionario de apego RQ, además de las puntuaciones cuantitativas continuas en cada uno de los estilos que se han visto en la Tabla 20.

**Tabla 35: Elección Cualitativa categórica de Estilo de Apego pre Total (GE+GC)**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Seguro</b>	61	51,70%
<b>Rechazante</b>	19	16,10%
<b>Preocupado</b>	21	17,80%
<b>Temeroso</b>	17	14,40%
Total	118	100%

### 25.2.6. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA

En la Tabla 36 pueden verse las puntuaciones pre en Total Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA para la muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográfica. La única diferencia significativa se da en los que han realizado prácticas, que obtienen una puntuación media superior en Total TECA

**Tabla 36: Puntuaciones pre en Total Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA para la muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas**

	Puntuación Total Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA PRETOTAL (GE+GC)									
	Sí			No			Igual Va <sup>1</sup>	t	Probab.	
	N	Media	DT	N	Media	DT				
¿Tienes beca?	38	107,89	8,31	80	105,33	8,38	sí	1,56	0,121	
¿Has realizado prácticas?	53	108,32	6,78	65	104,38	9,22	sí	2,589	0,011	*
¿Has realizado actividades de voluntariado?	56	105,66	7,25	62	106,60	9,38	sí	-0,60	0,548	
¿Te gustaría estudiar otra carrera?	53	106,94	6,78	64	105,67	9,52	sí	0,82	0,416	
¿Conocimientos previos sobre mindfulness?	23	104,96	14,76	95	106,44	6,05	no	-0,47	0,64	
¿Familiares médicos?	43	105,70	6,77	63	106,06	9,83	sí	-0,21	0,833	

Leyenda: <sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005).

En la Tabla 37 pueden verse las puntuaciones pre del Total de la muestra en cada una de las escalas y en la puntuación Total del Test de Empatía TECA en función del sexo de los participantes. No existen diferencias significativas.

**Tabla 37: Puntuaciones pre en Escalas y Total del Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA para la muestra Total (GE+GC) en función del sexo**

Escalas y Puntuación Total Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA PRETOTAL (GE+GC) en función del SEXO									
	Hombres			Mujeres			Igual Va <sup>1</sup>	t	Probab.
	N	Media	DT	N	Media	DT			
TECA Adopción de perspectivas	34	26,21	3,64	84	26,82	3,91	sí	-0,79	0,431
TECA Comprensión emocional	34	29,09	3,81	84	29,01	3,19	sí	0,11	0,912
TECA Estrés empático	34	22,35	3,38	84	21,08	3,16	sí	1,94	0,055
TECA Alegría Empática	34	28,97	4,46	84	29,05	2,54	sí	-0,12	0,906
TECA Total	34	106,62	11,42	84	105,96	6,91	sí	0,38	0,704

Leyenda:<sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

### 25.2.7. Cuestionario de Burnout académico MBI-SS

En la Tabla 38 pueden verse las puntuaciones pre en Total Burnout MBI-SS (obtenida mediante la suma de las escalas de Agotamiento, Cinismo e Ineficacia Académica –obtenida por inversión de las puntuaciones de Eficacia Académica) para la muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográfica. No se han encontrado diferencias significativas.

**Tabla 38: Puntuaciones pre en Total Test de Burnout Académico MBI-SS para la muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas**

Puntuación Total Test de Burnout Académico MBI-SS PRETOTAL (GE+GC)									
	Sí			No			Igual Va	t	Probab.
	N	Media	DT	N	Media	DT			
¿Tienes beca?	38	5,22	2,33	80	5,35	2,30	sí	-0,30	0,766
¿Has realizado prácticas?	53	5,31	2,41	65	5,30	2,23	sí	0,03	0,975
¿Has realizado actividades de voluntariado?	56	5,55	2,53	62	5,09	2,08	sí	1,08	0,281
¿Te gustaría estudiar otra carrera?	53	5,78	2,60	64	4,96	1,94	no	1,89	0,062
¿Conocimientos previos sobre mindfulness?	23	5,86	2,57	95	5,17	2,23	sí	1,28	0,203
¿Familiares médicos?	43	5,14	2,32	63	5,67	2,35	sí	-1,17	0,246

Leyenda:<sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

En la Tabla 39 se muestran las puntuaciones pre del Total de la muestra en cada una de las escalas y en la puntuación Total del Test de Burnout Académico MBI-SS en función del sexo de los participantes. Puede verse que las mujeres obtienen una puntuación mayor en Ineficacia académica ( $p < 0,01$ ).

**Tabla 39: Puntuaciones pre en Escalas y Total del Test de Burnout Académico MBI-SS para la muestra Total (GE+GC) en función del sexo**

Escalas y Puntuación Total Test de Burnout Académico MBI-SS PRE TOTAL (GE+GC) en función del SEXO									
	Hombres			Mujeres			Igual Va	t	Probab.
	N	Media	DT	N	Media	DT			
MBI-SS Agotamiento	34	2,15	1,03	84	2,56	1,17	sí	-1,76	0,082
MBI-SS Cinismo	34	0,98	0,78	84	0,98	1,02	sí	-0,02	0,983
MBI-SS Ineficacia académica	34	1,55	0,75	84	2,02	0,82	sí	-2,86	0,005 **
MBI-SS Total	34	4,69	2,02	84	5,56	2,37	sí	-1,89	0,062

Leyenda: <sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

Con objeto de prestar atención a los casos de mayor nivel de Burnout, se ha adoptado como punto de corte para considerarse alto nivel de Burnout la puntuación Total obtenida (también con el MBI-SS) en el estudio de Galán et al. [181] con 270 estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina de Sevilla y en concreto la de los alumnos de 6º curso, debido a que es superior a la media de los estudiantes de 3r curso de dicho estudio y superior a la media de la muestra utilizada en el presente estudio. Esta puntuación es de 5,74 y en la Tabla 40 pueden verse ordenados de mayor puntuación a menor los 43 participantes que superan dicha puntuación de corte. Son 43 personas (el 36,44 de la muestra Total) cuyas puntuaciones en Total del MBI-SS van desde 5,83 a 11,75 (Media 7,80 y DT 1,66). El 83,7% son mujeres y el 16,3% son hombres (la proporción de mujeres es algo superior al total de la muestra, que es del 71,2%).

**Tabla 40: Casos de la muestra Total que superan la puntuación de los alumnos de 6º Curso de medicina del estudio de Galan et al (2011) en Puntuación Total MBI-SS**

Nº de orden	Punt. MBI-SS Total	Sexo	Nº de orden	Punt. MBI-SS Total	Sexo	Nº de orden	Punt. MBI-SS Total	Sexo	Nº de orden	Punt. MBI-SS Total	Sexo	Nº de orden	Punt. MBI-SS Total	Sexo
1	11,75	F	11	8,67	F	21	7,43	F	31	6,48	F	41	6,03	F
2	11,5	F	12	8,58	F	22	7,35	M	32	6,47	F	42	5,97	M
3	10,95	F	13	8,4	F	23	7,32	F	33	6,4	F	43	5,83	F
4	10,77	F	14	8,27	F	24	7,18	F	34	6,4	F			
5	10,23	F	15	8,2	F	25	7,17	F	35	6,27	F			
6	10,18	M	16	7,78	M	26	7,13	F	36	6,15	F			
7	10,07	F	17	7,75	F	27	7,02	M	37	6,13	F			
8	10,02	M	18	7,62	M	28	6,87	F	38	6,1	F			
9	9,17	F	19	7,52	F	29	6,82	F	39	6,08	F			
10	8,98	F	20	7,43	F	30	6,72	F	40	6,07	F			

### 25.2.8. Ten-item personality inventory TIPI

En la Tabla 41 pueden verse las puntuaciones pre en el dominio Estabilidad Emocional del Ten-item Personality Inventory TIPI para la muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas. Los participantes que no han realizado actividades de voluntariado puntúan más alto en Estabilidad Emocional ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 41: Puntuaciones pre en Estabilidad Emocional en Ten-item Personality Inventory TIPI para la muestra Total (GE+GC) en función de algunas variables demográficas**

	Puntuación Estabilidad Emocional TIPI PRE TOTAL (GE+GC)									
	Sí			No			Igual	V	t	Probab.
	N	Media	DT	N	Media	DT				
¿Tienes beca?	38	4,40	1,53	80	4,52	1,33	sí	-0,45	0,654	
¿Has realizado prácticas?	53	4,52	1,44	65	4,45	1,37	sí	0,28	0,78	
¿Has realizado actividades de voluntariado?	56	4,19	1,37	62	4,74	1,38	sí	-2,19	0,03	*
¿Te gustaría estudiar otra carrera?	53	4,51	1,45	64	4,45	1,37	sí	0,25	0,806	
¿Conocimientos previos sobre mindfulness?	23	4,48	1,47	95	4,48	1,39	sí	0,00	0,998	
¿Familiares médicos?	43	4,50	1,57	63	4,38	1,28	sí	0,43	0,669	

Leyenda: <sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

En la Tabla 42 se muestran las puntuaciones pre del Total de la muestra en cada uno de los dominios del Ten-item personality Inventory TIPI en función del sexo de los participantes. Puede verse que las mujeres obtienen una puntuación mayor en Afabilidad ( $p < 0,05$ ) y menor en Estabilidad Emocional ( $p < 0,001$ ).

**Tabla 42: Puntuaciones pre en dominios del Ten-item Personality Inventory TIPI para la muestra Total (GE+GC) en función del sexo**

	Puntuación dominios Test de Personalidad TIPI PRE TOTAL (GE+GC) en función del SEXO									
	Hombres			Mujeres			Igual	V	t	Probab.
	N	Media	DT	N	Media	DT				
TIPI Extraversión, energía	34	4,79	1,44	84	4,75	1,35	sí	0,16	0,875	
TIPI Afabilidad	34	4,79	0,99	84	5,25	0,90	sí	-2,42	0,017	*
TIPI Responsabilidad	34	5,10	1,20	84	4,98	1,16	sí	0,53	0,596	
TIPI Estabilidad emocional	34	5,16	1,39	84	4,20	1,31	sí	3,55	0,0006	****
TIPI Apertura a la experiencia	34	5,28	0,85	84	5,33	1,00	sí	-0,25	0,807	

Leyenda: <sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

Con objeto de observar los efectos de diferentes niveles de Estabilidad Emocional en la eficacia de la intervención en el GE, se ha establecido un punto de corte situado en el centil 50 de las puntuaciones pre de la muestra total, que corresponde a una puntuación de 4,5.

Con el mismo objeto de observar los efectos de diferentes niveles de Responsabilidad en la eficacia de la intervención en el GE, se ha establecido un punto de corte situado en el centil 50 de las puntuaciones pre de la muestra total, que corresponde a una puntuación de 5.

También con objeto de observar los efectos de diferentes niveles de Extraversión en la eficacia de la intervención en el GE, se ha establecido un punto de corte situado en el centil 50 de las puntuaciones pre de la muestra total, que corresponde a una puntuación de 4,5.

### 25.2.9. Relaciones entre diferentes variables

En la Tabla 43 se muestran las puntuaciones pre de diversas variables de todos los cuestionarios utilizados (en caso de que exista más de una puntuación se han seleccionado las puntuaciones Totales o, en caso de que no existan, las consideradas más relevantes) separadas en dos grupos de Alta Severidad (puntuación  $\geq 0,94$ ) o Baja Severidad

**Tabla 43: Puntuaciones pre diversas variables en Grupo Total (GE+GC) según nivel de severidad en GSI de SCL-90-R: Alta (GSI $\geq 0,94$ ) o Baja (GSI $< 0,94$ )**

	Nivel Alto ( $\geq 0,94$ ) o Bajo ( $< 0,94$ ) de Índice de Severidad Global (GSI) de SCL-90-R PRE TOTAL (GE+GC)									
	Alta Severidad GSI			Baja Severidad GSI			Igual Va <sup>1</sup>	t	Probab.	
	N	Media	DT	N	Media	DT				
PSS pre	49	28,84	6,39	69	20,12	5,56	sí	-7,89	0,000000	*****
Total FFMQ pre	49	119,55	16,2	69	130,93	13,51	sí	4,15	0,000060	*****
Total SCS pre	49	2,65	0,60	69	3,29	0,48	no	6,20	0,000000	*****
Apego Seguro cuantitativo RQ pre	49	4,53	1,62	69	5,49	1,32	no	3,54	0,000938	****
Modelo de Sí mismo RQ pre	49	1,29	4,42	69	3,87	4,13	sí	3,25	0,001507	***
Total TECA pre	49	105,71	6,68	69	106,46	9,49	sí	0,48	0,635402	
Total MBLSS pre	49	6,63	2,54	69	4,37	1,56	no	-6,00	0,000000	*****
Estabilidad Emocional TIPI pre	49	3,97	1,30	69	4,84	1,35	sí	3,50	0,000661	****

Leyenda: <sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

(puntuación < 0,94) en Índice de Severidad Global GSI del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R. Pueden verse las diferencias altamente significativas en todas las variables, salvo en la puntuación Total de Empatía TECA.

En el Anexo 34 pueden verse los Coeficientes de Correlación de Pearson, así como su nivel de significación, entre todas las variables medidas de las puntuaciones pre de la muestra Total (116 personas). Están resaltados en negrita los valores con probabilidad inferior a 0,01 (bilateral).

### **25.3. Diferencias pretest entre Grupo Experimental y Grupo Control en las variables medidas**

En el Anexo 35 pueden verse las medias de los valores pretest separados por GE y GC y si existen diferencias significativas entre ellos.

No se han hallado diferencias significativas en las variables Estrés Percibido, Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicoticismo, Ítems adicionales, Índice de Severidad Global, Total de Síntomas Positivos, Índice de Malestar Positivo, Describir, Actuar con Conciencia, No juzgar, No reactividad, Total mindfulness, Humanidad Compartida, Autocrítica, Aislamiento, Apego seguro, Apego Rechazante, Apego preocupado, Apego temeroso, Modelo de Sí mismo, Modelo de otros, Adopción de perspectivas, Comprensión emocional, Estrés empático, Alegría empática, Total empatía, Agotamiento, Cinismo, Total burnout, Extraversión, Afabilidad, Responsabilidad y Apertura a la experiencia.



## Resultados

Se han hallado diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en Observar, Bondad hacia uno mismo, Mindfulness, Ensimismamiento, Total de autocompasión y Estabilidad Emocional. También en Eficacia Académica ( $p < 0,005$ ).

Tampoco existen diferencias significativas en tipo de apego cualitativo por categorías.

### **25.4. Resultados comparación de variables medidas entre pre y post para Grupo Experimental (GE) y Grupo de Control (GC)**

En la Tabla 44 pueden verse las diferencias existentes entre las puntuaciones pre taller y post taller del Grupo Experimental, así como el Tamaño del Efecto  $d$  de Cohen y el Porcentaje de Cambio.

En la Tabla 45 pueden verse las diferencias existentes entre las puntuaciones pre y post del Grupo de Control, así como el Tamaño del Efecto  $d$  de Cohen y el Porcentaje de Cambio.

Debido a que se han encontrado cambios significativos en el Grupo de Control, con la intención de efectuar una comparación de las diferencias existentes entre el Grupo Experimental y el Grupo de Control, en la Tabla 46 se han comparado las diferencias de puntuaciones (pre-post) entre el Grupo Experimental y el Grupo de Control, así como el Tamaño del Efecto.

Para contratar la significación de las diferencias encontradas entre Grupo Experimental y Grupo de Control, en la Tabla 47 pueden verse los resultados del Análisis de Varianza ANOVA de 2 Factores efectuado: Tiempo de las pruebas (pre y post) x Grupo (Experimental y Control) con medidas repetidas en un solo factor (Tiempo).

**Tabla 44: Comparación entre pre y post Grupo Experimental. Contraste bilateral T o W (según normalidad) para muestras relacionadas. Tamaño del Efecto d de Cohen y Porcentaje de Cambio**

VARIABLES	Pre GE		Post GE		VALORES					
	N	Media (DT)	N	Media (DT)	Prueba utiliz.	t / z <sup>1</sup>	Probab.		Tamaño del efecto d de Cohen	% de Cambio
<b>PSS estrés percibido</b>	43	24,00 (8,06)	43	20,05 (5,33)	T	3,67	0,0007	****	0,58	16
<b>SCL-90 –R Somatización</b>	43	1,12 (0,61)	43	0,77 (0,56)	W	-3,61	0,0003	*****	0,60	22
<b>SCL-90 –R Obsesión-compulsión</b>	43	1,37 (0,67)	43	0,98 (0,57)	W	-4,34	0,00001	*****	0,63	29
<b>SCL-90 –R Sensibilidad interpersonal</b>	43	1,03 (0,81)	43	0,77 (0,55)	W	-2,30	0,02	*	0,37	25
<b>SCL-90 –R Depresión</b>	43	1,14 (0,80)	43	0,85 (0,56)	W	-3,68	0,0002	*****	0,42	25
<b>SCL-90 –R Ansiedad</b>	43	0,95 (0,68)	43	0,66 (0,52)	W	-3,67	0,0002	*****	0,48	31
<b>SCL-90 –R Hostilidad</b>	43	0,76 (0,62)	43	0,48 (0,41)	W	-3,21	0,0013	***	0,53	36
<b>SCL-90 –R Ansiedad fóbica</b>	43	0,30 (0,46)	43	0,25 (0,33)	W	-0,73	0,46		0,12	17
<b>SCL-90 –R Ideación paranoide</b>	43	0,84 (0,79)	43	0,67 (0,54)	W	-1,31	0,19		0,25	20
<b>SCL-90 –R Psicoticismo</b>	43	0,60 (0,58)	43	0,49 (0,41)	W	-1,52	0,13		0,22	20
<b>SCL-90 –R Ítems adicionales</b>	43	1,25 (0,66)	43	0,93 (0,55)	W	-3,61	0,0003	*****	0,53	25
<b>SCL-90 –R GSI Índice severidad global</b>	43	0,97 (0,53)	43	0,71 (0,37)	W	-3,94	0,00008	*****	0,57	27
<b>SCL-90 –R PST Total síntomas positivos</b>	43	45,19 (16,61)	43	39,62 (15,75)	T	2,98	0,0047	***	0,34	12
<b>SCL-90 –R PSDI Índice malestar positivo</b>	43	1,83 (0,44)	43	1,55 (0,33)	W	-4,33	0,00001	*****	0,72	15
<b>FFMQ observar</b>	43	22,02 (5,21)	43	25,60 (5,04)	T	-4,06	0,0002	*****	0,70	16
<b>FFMQ describir</b>	43	25,93 (6,92)	43	27,67 (6,53)	T	-2,52	0,016	*	0,26	7
<b>FFMQ actuar con consciencia</b>	43	26,40 (5,25)	43	27,95 (5,20)	T	-1,73	0,09		0,30	6
<b>FFMQ no juzgar</b>	43	27,84 (6,76)	43	30,23 (6,55)	T	-2,58	0,013	*	0,36	8
<b>FFMQ no reactividad</b>	43	22,16 (4,30)	43	23,02 (4,44)	T	-1,10	0,28		0,20	4
<b>FFMQ Total</b>	43	124,35 (18,17)	43	134,49 (15,83)	T	-3,90	0,0003	*****	0,60	8
<b>SCS bondad hacia uno mismo</b>	43	3,23 (0,82)	43	3,50 (0,79)	T	-2,15	0,03	*	0,34	8
<b>SCS humanidad compartida</b>	43	3,04 (0,75)	43	3,06 (0,75)	T	-0,18	0,86		0,03	1
<b>SCS mindfulness</b>	43	3,54 (0,80)	43	3,62 (0,73)	T	-0,71	0,48		0,10	2
<b>SCS autocrítica / autojuicio</b>	43	2,95 (0,71)	43	2,61 (0,86)	T	2,83	0,007	**	0,43	12
<b>SCS aislamiento</b>	43	2,70 (0,96)	43	2,30 (0,81)	T	3,77	0,00049	*****	0,45	15
<b>SCS ensimismamiento</b>	43	2,84 (0,92)	43	2,62 (0,87)	W	-2,18	0,03	*	0,25	8
<b>SCS Total</b>	43	3,21 (0,58)	43	3,44 (0,59)	T	-2,91	0,006	**	0,39	7
<b>RQ apego seguro cuantitativo</b>	43	5,00 (1,65)	43	5,26 (1,51)	W	-1,06	0,29		0,16	5
<b>RQ apego rechazante</b>	43	4,14 (1,49)	43	4,09 (1,61)	W	-0,23	0,82		0,03	1
<b>RQ apego preocupado</b>	43	3,23 (1,77)	43	3,21 (1,86)	W	-0,14	0,89		0,01	1
<b>RQ apego temeroso</b>	43	3,02 (1,75)	43	2,35 (1,40)	W	-2,77	0,0055	***	0,42	22
<b>RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad</b>	43	2,88 (4,93)	43	3,79 (4,63)	W	-2,10	0,036	*	0,19	32
<b>RQ modelo de los otros / (-) evitación</b>	43	1,07 (2,80)	43	2,02 (2,45)	W	-1,78	0,07		0,36	89
<b>TECA Adopción de perspectivas</b>	43	27,23 (2,99)	43	26,88 (2,76)	W	-0,90	0,37		-0,13	-1
<b>TECA Comprensión emocional</b>	43	28,98 (3,16)	43	29,88 (2,80)	T	-1,93	0,06		0,30	3
<b>TECA Estrés empático</b>	43	21,86 (3,31)	43	21,12 (3,52)	T	1,57	0,12		0,22	3
<b>TECA Alegría Empática</b>	43	29,56 (2,49)	43	30,23 (2,84)	T	-1,57	0,12		0,25	2
<b>TECA Total</b>	43	107,63 (6,60)	43	108,12 (7,68)	T	-0,52	0,61		0,07	0
<b>MBLSS Agotamiento</b>	43	2,26 (1,06)	43	2,24 (0,90)	T	0,11	0,91		0,02	0
<b>MBLSS Cinismo</b>	43	1,05 (1,11)	43	0,92 (0,90)	W	-1,07	0,28		0,13	12
<b>MBLSS Eficacia académica</b>	43	4,41 (0,60)	43	4,57 (0,68)	W	-2,02	0,044	*	0,25	3
<b>MBLSS Total</b>	43	4,89 (2,15)	43	4,59 (1,92)	W	-1,26	0,21		0,15	6
<b>TIPI Extraversión, energía</b>	43	4,79 (1,25)	43	5,03 (1,05)	W	-2,04	0,042	*	0,21	5
<b>TIPI Afabilidad</b>	43	5,10 (0,83)	43	5,23 (0,94)	W	-1,32	0,19		0,15	3
<b>TIPI Responsabilidad</b>	43	4,92 (1,17)	43	4,94 (1,06)	W	-0,23	0,82		0,02	0
<b>TIPI Estabilidad emocional</b>	43	4,87 (1,39)	43	4,95 (1,20)	W	-0,44	0,66		0,06	2
<b>TIPI Apertura a la experiencia</b>	43	5,39 (0,78)	43	5,48 (0,78)	W	-1,17	0,24		0,12	1

Leyenda: <sup>1</sup> estadístico t de Student o estadístico z para Prueba de los Rangos con signo de Wilcoxon, según prueba utilizada T o W  
 \* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

## Resultados

**Tabla 45: Comparación entre pre y post Grupo Control. Contraste bilateral T o W (según normalidad) para muestras relacionadas. Tamaño del Efecto d de Cohen y Porcentaje de Cambio**

VARIABLES	Pre GC		Post GC		VALORES			Tamaño del efecto d de Cohen	% de Cambio
	N	Media (DT)	N	Media (DT)	Prueba utiliz.	t / z <sup>1</sup>	Probab.		
PSS estrés percibido	75	23,59 (6,88)	75	22,80 (6,92)	W	-0,94	0,35	0,11	3
SCL-90 –R Somatización	75	0,97 (0,74)	75	0,88 (0,68)	W	-1,74	0,081	0,13	9
SCL-90 –R Obsesión-compulsión	75	1,27 (0,63)	75	1,12 (0,64)	W	-2,36	0,018 *	0,23	12
SCL-90 –R Sensibilidad interpersonal	75	1,01 (0,75)	75	0,98 (0,71)	W	-0,33	0,74	0,04	3
SCL-90 –R Depresión	75	1,08 (0,68)	75	0,96 (0,62)	W	-0,99	0,32	0,18	11
SCL-90 –R Ansiedad	75	0,91 (0,57)	75	0,81 (0,58)	W	-1,22	0,22	0,17	10
SCL-90 –R Hostilidad	75	0,77 (0,66)	75	0,67 (0,62)	W	-1,97	0,049 *	0,16	13
SCL-90 –R Ansiedad fóbica	75	0,37 (0,50)	75	0,37 (0,49)	W	-0,31	0,75	0,00	-3
SCL-90 –R Ideación paranoide	75	0,93 (0,70)	75	0,89 (0,71)	W	-0,50	0,62	0,06	4
SCL-90 –R Psicoticismo	75	0,54 (0,55)	75	0,44 (0,45)	W	-1,98	0,047 *	0,20	19
SCL-90 –R Ítems adicionales	75	1,09 (0,76)	75	0,93 (0,64)	W	-1,51	0,13	0,23	15
SCL-90 –R GSI Índice severidad global	75	0,91 (0,52)	75	0,82 (0,50)	W	-2,09	0,037 *	0,18	10
SCL-90 –R PST Total síntomas positivos	75	44,3 (17,89)	75	42,85 (19,72)	T	1,00	0,32	0,08	3
SCL-90 –R PSDI Índice malestar positivo	75	1,77 (0,51)	75	1,63 (0,40)	W	-2,13	0,033 *	0,31	8
FFMQ observar	75	24,79 (7,61)	75	22,48 (6,18)	W	-3,09	0,002 *** <sup>C</sup>	-0,33	-9
FFMQ describir	75	27,51 (6,48)	75	27,81 (6,61)	T	-0,56	0,57	0,05	1
FFMQ actuar con consciencia	75	27,11 (5,82)	75	28,39 (5,65)	T	-2,34	0,02 *	0,22	5
FFMQ no juzgar	75	27,27 (5,91)	75	28,43 (6,48)	T	-1,59	0,12	0,19	4
FFMQ no reactividad	75	20,60 (4,02)	75	20,00 (5,25)	T	1,17	0,24	-0,13	-3
FFMQ Total	75	127,27 (14,02)	75	127,11 (15,15)	T	0,13	0,9	-0,01	0
SCS bondad hacia uno mismo	75	2,85 (0,81)	75	2,99 (0,74)	W	-1,36	0,17	0,18	5
SCS humanidad compartida	75	2,88 (0,83)	75	2,98 (0,79)	W	-1,66	0,098	0,12	3
SCS mindfulness	75	3,11 (0,79)	75	3,10 (0,71)	W	-0,29	0,77	-0,01	0
SCS autocrítica / autojuicio	75	3,19 (0,84)	75	3,11 (0,81)	W	-0,97	0,33	0,10	2
SCS aislamiento	75	<b>2,86 (0,95)</b>	75	2,66 (0,86)	W	-2,74	0,006 **	0,22	7
SCS ensimismamiento	75	3,23 (0,80)	75	3,03 (0,82)	W	-2,39	0,017 *	0,25	6
SCS Total	75	2,92 (0,62)	75	3,12 (0,95)	W	-2,11	0,035 *	0,25	7
RQ apego seguro cuantitativo	75	5,15 (1,46)	75	5,09 (1,51)	W	-0,43	0,67	-0,04	-1
RQ apego rechazante	75	4,25 (1,58)	75	4,29 (1,66)	W	-0,29	0,77	-0,02	-1
RQ apego preocupado	75	3,69 (1,61)	75	3,16 (1,58)	W	-2,93	0,003 ***	0,33	14
RQ apego temeroso	75	<b>2,96 (1,86)</b>	75	2,85 (1,75)	W	-0,66	0,51	0,06	4
RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad	75	2,75 (4,14)	75	3,37 (4,18)	W	-1,80	0,072	0,15	23
RQ modelo de los otros / (-) evitación	75	1,63 (3,54)	75	1,11 (2,86)	W	-1,30	0,19	-0,16	-32
TECA Adopción de perspectivas	75	26,31 (4,22)	75	26,23 (2,89)	W	-0,87	0,38	-0,02	0
TECA Comprensión emocional	75	29,07 (3,50)	75	28,57 (3,33)	W	-1,39	0,16	-0,15	-2
TECA Estrés empático	75	<b>21,21 (3,24)</b>	75	21,40 (3,57)	W	-0,42	0,67	-0,06	-1
TECA Alegría Empática	75	28,72 (3,51)	75	28,31 (4,09)	W	-1,12	0,26	-0,11	-1
TECA Total	75	105,31 (9,23)	75	104,51 (8,78)	W	-1,21	0,23	-0,09	-1
MBI-SS Agotamiento	75	2,55 (1,18)	75	2,28 (1,09)	W	-2,55	0,011 *	0,24	10
MBI-SS Cinismo	75	0,94 (0,85)	75	0,95 (0,87)	W	-0,28	0,78	-0,01	-1
MBI-SS Eficacia académica	75	<b>3,94 (0,89)</b>	75	4,06 (0,84)	W	-1,59	0,11	0,14	3
MBI-SS Total	75	5,54 (2,37)	75	5,18 (2,23)	T	1,94	0,056	0,16	6
TIPI Extraversión, energía	75	4,75 (1,44)	75	4,73 (1,33)	W	-0,05	0,96	-0,01	0
TIPI Afabilidad	75	5,13 (1,01)	75	4,87 (1,16)	W	-2,62	0,009 ** <sup>C</sup>	-0,24	-5
TIPI Responsabilidad	75	5,07 (1,17)	75	4,71 (1,24)	W	-3,09	0,002 *** <sup>C</sup>	-0,30	-7
TIPI Estabilidad emocional	75	4,25 (1,35)	75	4,24 (1,25)	W	-0,36	0,72	-0,01	0
TIPI Apertura a la experiencia	75	5,27 (1,05)	75	5,08 (1,09)	W	-2,03	0,042 * <sup>C</sup>	-0,18	-4

Leyenda: <sup>1</sup> estadístico t de Student o estadístico z para Prueba de los Rangos con signo de Wilcoxon, según prueba utilizada T o W  
\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)  
<sup>C</sup> Sentido contrario al esperado

**Tabla 46: Comparación de Diferencia de puntuaciones pre y post entre el Grupo Experimental (GE) y el Grupo Control (GC). Contraste bilateral T o U (según normalidad) para muestras independientes. Tamaño del Efecto d de Cohen**

VARIABLES	VALORES											
	Pre-Post GE			Pre-Post GC			Igual Va <sup>1</sup>	Prueba utiliz.	t / z <sup>2</sup>	Probab.	*	Tamaño del efecto d de Cohen
N	Media	DT	N	Media	DT							
PSS estrés percibido	43	3,95	7,05	75	0,79	6,57	sí	U	-2,36	0,018	*	0,46
SCL-90 –R Somatización	43	0,34	0,53	75	0,09	0,51	sí	U	-2,50	0,012	*	0,48
SCL-90 –R Obsesión-compulsión	43	0,40	0,49	75	0,15	0,50	sí	T	2,52	0,013	*	0,50
SCL-90 –R Sensibilidad interpersonal	43	0,26	0,65	75	0,03	0,56	sí	T	2,05	0,042	*	0,38
SCL-90 –R Depresión	43	0,29	0,50	75	0,12	0,70	sí	U	-2,08	0,038	*	0,28
SCL-90 –R Ansiedad	43	0,29	0,45	75	0,09	0,46	sí	U	-2,34	0,019	*	0,44
SCL-90 –R Hostilidad	43	0,27	0,54	75	0,10	0,41	sí	U	-2,26	0,024	*	0,35
SCL-90 –R Ansiedad fóbica	43	0,05	0,36	75	-0,01	0,35	sí	U	-0,12	0,904		0,17
SCL-90 –R Ideación paranoide	43	0,17	0,62	75	0,04	0,44	sí	U	-0,53	0,593		0,24
SCL-90 –R Psicoticismo	43	0,12	0,44	75	0,10	0,46	sí	U	-0,14	0,89		0,04
SCL-90 –R Ítems adicionales	43	0,32	0,49	75	0,16	0,69	sí	U	-1,82	0,07		0,27
SCL-90 –R GSI Índice severidad global	43	0,26	0,38	75	0,09	0,38	sí	U	-2,52	0,012	*	0,45
SCL-90 –R PST Total síntomas positivos	43	5,56	12,21	75	1,48	12,79	sí	T	1,70	0,093		0,33
SCL-90 –R PSDI Índice malestar positivo	43	0,28	0,35	75	0,14	0,45	sí	U	-2,60	0,009	**	0,35
FFMQ observar	43	-3,58	5,77	75	2,31	6,63	sí	U	-4,44	0,000009	*****	0,95
FFMQ describir	43	-1,74	4,55	75	-0,31	4,71	sí	T	-1,62	0,109		0,31
FFMQ actuar con consciencia	43	-1,56	5,90	75	-1,28	4,74	sí	U	-0,12	0,906		0,05
FFMQ no juzgar	43	-2,40	6,08	75	-1,16	6,31	sí	T	-1,04	0,302		0,20
FFMQ no reactividad	43	-0,86	5,12	75	0,60	4,44	sí	U	-1,63	0,103		0,30
FFMQ Total	43	-10,14	17,03	75	0,16	10,78	no	U	-3,35	0,0008	****	0,72
SCS bondad hacia uno mismo	43	-0,27	0,84	75	-0,14	0,71	sí	U	-0,94	0,345		0,17
SCS humanidad compartida	43	-0,02	0,83	75	-0,10	0,71	sí	U	-0,23	0,82		-0,10
SCS mindfulness	43	-0,08	0,74	75	0,01	0,76	sí	U	-0,89	0,375		0,12
SCS autocrítica / autojuicio	43	0,34	0,79	75	0,08	0,69	sí	T	1,86	0,066		0,35
SCS aislamiento	43	0,40	0,70	75	0,21	0,62	sí	U	-1,70	0,089		0,29
SCS ensimismamiento	43	0,22	0,64	75	0,20	0,62	sí	U	-0,18	0,857		0,03
SCS Total	43	-0,23	0,52	75	-0,20	0,94	sí	U	-1,17	0,244		0,04
RQ apego seguro cuantitativo	43	-0,26	1,40	75	0,05	1,53	sí	U	-1,39	0,164		0,21
RQ apego rechazante	43	0,05	1,51	75	-0,04	1,44	sí	U	0,00	0,998		0,06
RQ apego preocupado	43	0,02	1,54	75	0,53	1,61	sí	U	-2,07	0,038	*	-0,32
RQ apego temeroso	43	0,67	1,52	75	0,11	1,86	sí	U	-1,88	0,06		0,33
RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad	43	-0,91	3,64	75	-0,63	3,76	sí	U	-0,54	0,587		0,08
RQ modelo de los otros / (-) evitación	43	-0,95	2,80	75	0,52	2,87	sí	U	-2,09	0,037	*	0,52
TECA Adopción de perspectivas	43	0,35	2,87	75	0,08	4,06	sí	U	-0,07	0,948		-0,08
TECA Comprensión emocional	43	-0,91	3,08	75	0,49	3,91	sí	U	-2,46	0,014	*	0,40
TECA Estrés empático	43	0,74	3,10	75	-0,19	3,93	sí	U	-1,36	0,175		0,26
TECA Alegría Empática	43	-0,67	2,82	75	0,41	2,92	sí	T	-1,97	0,051		0,37
TECA Total	43	-0,49	6,18	75	0,80	9,06	sí	T	-0,83	0,41		0,17
MBI-SS Agotamiento	43	0,01	0,85	75	0,26	0,92	sí	T	-0,83	0,41		-0,28
MBI-SS Cinismo	43	0,13	0,86	75	-0,01	0,65	sí	U	-1,25	0,21		0,18
MBI-SS Eficacia académica	43	-0,15	0,54	75	-0,12	0,66	sí	T	-0,29	0,776		0,05
MBI-SS Total	43	0,30	1,61	75	0,37	1,63	sí	T	-0,21	0,831		-0,04
TIPI Extraversión, energía	43	-0,24	0,88	75	0,02	0,88	sí	U	-1,26	0,208		0,29
TIPI Afabilidad	43	-0,13	0,69	75	0,26	0,81	sí	U	-2,87	0,004	***	0,52
TIPI Responsabilidad	43	-0,02	0,99	75	0,36	0,97	sí	U	-2,06	0,039	*	0,39
TIPI Estabilidad emocional	43	-0,08	0,84	75	0,01	1,14	no	U	-0,74	0,458		0,09
TIPI Apertura a la experiencia	43	-0,08	0,70	75	0,19	0,95	sí	U	-2,10	0,036	*	0,32

Leyenda: <sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene. <sup>2</sup> estadístico t de Student o estadístico z para U de Mann-Whitney, según prueba utilizada T o U

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

## Resultados

**Tabla 47: Análisis de Varianza ANOVA de 2 Factores: Tiempo de las pruebas (pre y post) x Grupo (Experimental y Control) con medidas repetidas en un solo factor (Tiempo)**

VARIABLES	VALORES										
	Intrasujetos						Intersujeto				
	Tiempo			Tiempo x Grupo			Grupo				
	F	p	$\eta^2_p$	F	p	$\eta^2_p$	F	p	$\eta^2_p$		
<b>PSS estrés percibido</b>	13,49	0,0004	*****	0,104	6,02	0,016	*	0,049	1,04	0,309	0,009
<b>SCL-90 –R Somatización</b>	18,80	0,0000	*****	0,139	6,75	0,011	*	0,055	0,03	0,854	0,000
<b>SCL-90 –R Obsesión-compulsión</b>	33,13	0,0000	*****	0,222	6,34	0,013	*	0,052	0,04	0,846	0,000
<b>SCL-90 –R Sensibilidad interpersonal</b>	6,26	0,014	*	0,051	4,21	0,042	*	0,035	0,60	0,442	0,005
<b>SCL-90 –R Depresión</b>	11,50	0,001	***	0,090	1,94	0,166		0,016	0,05	0,818	0,000
<b>SCL-90 –R Ansiedad</b>	18,82	0,0000	*****	0,140	5,02	0,027	*	0,041	0,29	0,588	0,003
<b>SCL-90 –R Hostilidad</b>	17,41	0,0000	*****	0,131	3,94	0,049	*	0,033	0,86	0,356	0,007
<b>SCL-90 –R Ansiedad fóbica</b>	0,52	0,472		0,004	0,78	0,379		0,007	1,44	0,233	0,012
<b>SCL-90 –R Ideación paranoide</b>	4,50	0,036	*	0,037	1,59	0,210		0,014	1,51	0,222	0,013
<b>SCL-90 –R Psicoficismo</b>	6,58	0,012	*	0,054	0,03	0,867		0,000	0,39	0,532	0,003
<b>SCL-90 –R Ítems adicionales</b>	15,60	0,0000	*****	0,119	1,73	0,191		0,015	0,56	0,455	0,005
<b>SCL-90 –R GSI Índice severidad global</b>	23,41	0,0000	*****	0,168	5,41	0,022	*	0,045	0,13	0,719	0,001
<b>SCL-90 –R PST Total síntomas positivos</b>	8,55	0,004	***	0,069	2,87	0,093		0,024	0,14	0,712	0,001
<b>SCL-90 –R PSDI Índice malestar positivo</b>	26,70	0,0000	*****	0,187	2,97	0,087		0,025	0,01	0,907	0,000
<b>FFMQ observar</b>	1,11	0,295		0,009	23,65	0,0000	*****	0,169	0,03	0,864	0,000
<b>FFMQ describir</b>	5,31	0,023	*	0,044	2,61	0,109		0,022	0,53	0,47	0,005
<b>FFMQ actuar con consciencia</b>	8,17	0,005	**	0,066	0,08	0,780		0,001	0,37	0,544	0,003
<b>FFMQ no juzgar</b>	8,91	0,003	***	0,071	1,08	0,302		0,009	1,25	0,266	0,011
<b>FFMQ no reactividad</b>	0,08	0,772		0,001	2,65	0,106		0,022	9,36	0,003	***
<b>FFMQ Total</b>	15,20	0,0002	*****	0,116	16,19	0,0001	*****	0,122	0,69	0,407	0,006
<b>SCS bondad hacia uno mismo</b>	8,05	0,0053	**	0,065	0,92	0,341		0,008	11,44	0,001	***
<b>SCS humanidad compartida</b>	0,73	0,396		0,006	0,28	0,596		0,002	0,80	0,372	0,007
<b>SCS mindfulness</b>	0,24	0,622		0,002	0,40	0,529		0,003	14,28	0,0002	*****
<b>SCS autocrítica / autojuicio</b>	9,31	0,003	***	0,074	3,45	0,066		0,029	7,07	0,009	**
<b>SCS aislamiento</b>	24,18	0,0000	*****	0,172	2,48	0,118		0,021	2,55	0,113	0,021
<b>SCS ensimismamiento</b>	12,10	0,0007	*****	0,094	0,04	0,840		0,000	7,15	0,009	**
<b>SCS Total</b>	7,81	0,006	**	0,063	0,03	0,860		0,000	6,82	0,01	*
<b>RQ apego seguro cuantitativo</b>	0,51	0,478		0,004	1,18	0,279		0,010	0,00	0,975	0,000
<b>RQ apego rechazante</b>	0,00	0,981		0,000	0,10	0,758		0,001	0,34	0,564	0,003
<b>RQ apego preocupado</b>	3,39	0,068		0,028	2,85	0,094		0,024	0,53	0,47	0,005
<b>RQ apego temeroso</b>	5,49	0,021	*	0,045	2,90	0,091		0,024	0,60	0,441	0,005
<b>RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad</b>	4,66	0,033	*	0,039	0,16	0,694		0,001	0,13	0,717	0,001
<b>RQ modelo de los otros / (-) evitación</b>	0,64	0,427		0,005	7,33	0,008	**	0,059	0,13	0,725	0,001
<b>TECA Adopción de perspectivas</b>	0,37	0,543		0,003	0,15	0,703		0,001	2,15	0,145	0,018
<b>TECA Comprensión emocional</b>	0,35	0,553		0,003	4,06	0,046	*	0,034	1,38	0,242	0,012
<b>TECA Estrés empático</b>	0,64	0,426		0,005	1,78	0,185		0,015	0,11	0,742	0,001
<b>TECA Alegría Empática</b>	0,22	0,637		0,002	3,89	0,051		0,032	5,33	0,023	*
<b>TECA Total</b>	0,04	0,842		0,000	0,69	0,410		0,006	4,47	0,037	*
<b>MBI-SS Agotamiento</b>	2,59	0,111		0,022	2,09	0,151		0,018	0,78	0,378	0,007
<b>MBI-SS Cinismo</b>	0,73	0,394		0,006	1,09	0,298		0,009	0,06	0,810	0,001
<b>MBI-SS Eficacia académica</b>	5,28	0,023	*	0,044	0,08	0,776		0,001	12,40	0,0006	*****
<b>MBI-SS Total</b>	4,60	0,034	*	0,038	0,05	0,831		0,000	2,47	0,119	0,021
<b>TIPI Extraversión, energía</b>	1,76	0,187		0,015	2,45	0,120		0,021	0,56	0,456	0,005
<b>TIPI Afabilidad</b>	0,81	0,370		0,007	6,99	0,009	**	0,057	0,90	0,344	0,008
<b>TIPI Responsabilidad</b>	3,26	0,074		0,027	4,22	0,042	*	0,035	0,05	0,832	0,000
<b>TIPI Estabilidad emocional</b>	0,12	0,733		0,001	0,23	0,635		0,002	8,52	0,004	***
<b>TIPI Apertura a la experiencia</b>	0,4	0,528		0,003	2,593	0,110		0,022	2,49	0,117	0,021

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

A continuación, se proporcionan más resultados para cada uno de los cuestionarios utilizados.

#### 25.4.1. Escala de Estrés Percibido PSS

En la Tabla 48 se muestran las puntuaciones en Estrés percibido PSS, en GE, en función del nivel de estrés previo (punto de corte en PSS de 23,49, según se expone en el Apartado 25.2.1), severidad de Síntomas GSI (punto de corte en GSI del SCL-90-R 0,94 según se expone en el Apartado 25.2.2, Estabilidad emocional (punto de corte en TIPI de 4,5 según se expone en el Apartado 25.2.8, Responsabilidad (punto de corte en TIPI de 5 según se expone en el Apartado 25.2.8, Extraversión (punto de corte en TIPI de 4,5 según se expone en el Apartado 25.2.8 y nivel de Práctica (según respuesta pregunta 9 de Cuestionario Cualitativo, ver Tabla 19, agrupando las categorías de práctica alta y media como “alto” o “practican” y las de práctica baja y no práctica como “bajo” o “no practican”).

Realizada ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no se obtienen diferencias significativas ( $F(1, 41) = 2,57; p = 0,117$ ).

**Tabla 48: Puntuaciones en Estrés percibido PSS de Grupo Experimental según diferentes variables**

	Puntuaciones Estrés percibido PSS Grupo Experimental									
	Alto/a				Bajo/a					
	N	Pre	Post	Probab.	N	Pre	Post	Probab.		
Según nivel de Estrés Previo	22	29,91	22,64	0,00018	****					
Según Severidad de Síntomas GSI	19	29,47	22,11	0,00015	****	24	19,67	18,42	0,33	
Según nivel de Estabilidad Emocional TIPI	28	21,21	18,96	0,061		15	29,20	22,70	0,003	***
Según nivel de Responsabilidad TIPI	19	19,68	18,95	0,63		24	27,42	20,92	0,00005	****
Según nivel de Extraversión TIPI	31	23,61	20,10	0,009	***	12	25,00	19,92	0,03	*
Según nivel de práctica en casa	15	25,13	18,87	0,008	**	28	23,39	20,68	0,03	*

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

## Resultados

En la Tabla 49 puede verse la misma información comentada en el párrafo anterior para el Grupo de Control, salvo el nivel de práctica, pues no tiene sentido en este grupo.

**Tabla 49: Puntuaciones en Estrés percibido PSS de Grupo Control según diferentes variables**

	Puntuaciones Estrés percibido PSS Grupo Control							
	Alto/a				Bajo/a			
	N	Pre	Post	Probab.	N	Pre	Post	Probab.
Según nivel de Estrés Previo	34	29,32	26,79	0,090				
Según Severidad de Síntomas GSI	30	28,43	26,43	0,25	45	20,36	20,58	0,97
Según nivel de Estabilidad Emocional TIPI	37	20,70	20,89	0,790	38	26,39	24,66	0,190
Según nivel de Responsabilidad TIPI	41	20,70	20,89	0,31	34	24,15	23,44	0,60
Según nivel de Extraversión TIPI	46	22,39	22,48	0,93	29	25,48	23,31	0,07

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

Realizados ANOVA tiempo x grupo resultan significativos los de los participantes con alto nivel de Severidad de Síntomas GSI ( $F(1,47) = 4,751$ ;  $p = 0,034$ ), baja Estabilidad Emocional ( $F(1,51) = 4,86$ ;  $p = 0,032$ ), baja Responsabilidad ( $F(1,56) = 8,83$ ;  $p = 0,004$ ) y alta Extraversión ( $F(1,75) = 5,19$ ;  $p = 0,026$ ).

### 25.4.1.1. Resultados en función del sexo

En la Tabla 50 pueden verse las puntuaciones en Estrés Percibido PSS para el GE y el GC en función del sexo de los participantes,

**Tabla 50: Puntuaciones en Estrés Percibido PSS para el GE y el GC en función del sexo**

	Puntuaciones Estrés Percibido PSS GE y GC en función del sexo							
	GE Hombres				GC Hombres			
	pre	post	Probab		pre	post	Probab	
PSS Estrés Percibido	Media	Media			Media	Media		
	21,56	17,75	0,016	*	19,89	21,00	0,280	
	GE Mujeres				GC Mujeres			
	pre	post	Probab		pre	post	Probab	
PSS Estrés Percibido	Media	Media			Media	Media		
	25,44	21,41	0,013	*	24,75	23,37	0,140	

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

Realizado un ANOVA tiempo x grupo, el cambio en estrés percibido sólo alcanza significación en los hombres ( $F(1, 32) = 8,444; p=0,007$ ).

#### 25.4.2. Cuestionario de Síntomas SCL-90-R

En la Tabla 51 se muestran las puntuaciones en Índice General de Síntomas GSI en función de la severidad de Síntomas GSI en las puntuaciones pre (punto de corte en GSI del SCL-90-R 0,94 según se expone en el Apartado 25.2.2, Estabilidad emocional (punto de corte en TIPI de 4,5 según se expone en el Apartado 25.2.8, Responsabilidad (punto de corte en TIPI de 5 según se expone en el Apartado 25.2.8, Extraversión (punto de corte en TIPI de 4,5 según se expone en el Apartado 25.2.8 y nivel de Práctica (según respuesta pregunta 9 de Cuestionario Cualitativo, ver Tabla 19, agrupando las categorías de práctica alta y media como “alto” o “practican” y las de práctica baja y no práctica como “bajo” o “no practican”). Realizada ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no se obtienen diferencias significativas

**Tabla 51: Puntuaciones en Índice de Severidad Global GSI de Grupo Experimental según diferentes variables**

	Puntuaciones Índice de Severidad de Síntomas GSI Grupo Experimental									
	Alto/a				Bajo/a					
	N	Pre	Post	Probab.		N	Pre	Post	Probab.	
Según Severidad de Síntomas GSI	19	1,45	0,94	0,0002	*****					
Según nivel de Estabilidad Emocional TIPI	28	0,83	0,58	0,003	***	15	1,23	0,94	0,007	**
Según nivel de Responsabilidad TIPI	19	0,87	0,61	0,02	*	24	1,05	0,79	0,0003	*****
Según nivel de Extraversión TIPI	31	0,94	0,72	0,00014	*****	12	1,05	0,68	0,04	*
Según nivel de práctica en casa	15	1,03	0,73	0,024	*	28	0,94	0,70	0,00066	****

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

En la Tabla 52 puede verse la misma información comentada en el párrafo anterior para el Grupo de Control, salvo el nivel de práctica, que no tiene sentido en este grupo.



## Resultados

**Tabla 52: Puntuaciones en Índice de Severidad Global GSI de Grupo Control según diferentes variables**

	Puntuaciones Índice de Severidad de Síntomas GSI Grupo Control							
	N	Alto/a			N	Bajo/a		
Pre		Post	Probab.	Pre		Post	Probab.	
Según Severidad de Síntomas GSI	30	1,46	1,18	0,003	***			
Según nivel de Estabilidad Emocional TIPI	37	0,74	0,71	0,600	38	1,08	0,93	0,03 *
Según nivel de Responsabilidad TIPI	41	0,91	0,79	0,07	34	0,92	0,86	0,33
Según nivel de Extraversión TIPI	46	0,82	0,78	0,43	29	1,06	0,90	0,02 *

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

Realizados ANOVA tiempo x grupo resultan significativos los de los participantes con alta Estabilidad Emocional ( $F(1,63) = 5,54; p = 0,022$ , baja Responsabilidad ( $F(1,56) = 5,43; p = 0,023$ ) y alta Extraversión ( $F(1,75) = 4,74; p = 0,033$ ).

En la Tabla 53 pueden verse la frecuencia y el porcentaje de participantes del GE que practican y que no practican en casa en función del nivel de severidad ( $GSI \geq 0,94$  o  $GSI < 0,94$ ). Puede verse que los participantes con mayor nivel de severidad practican más en casa (42,1% del total) comparados con los de menor nivel de severidad (29,1% del total). Los resultados rayan la significación, pero no la alcanzan.

**Tabla 53: Practica en casa en GE, informado en Cuestionario Cualitativo, pregunta 9, según nivel de severidad en GSI Alta ( $GSI \geq 0,94$ ) o Baja ( $GSI < 0,94$ )**

	Alta severidad		Baja severidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Practica en casa	8	42,10%	7	29,17%
No practica en casa	11	57,89%	17	70,83%
Total	19	100%	24	100%

Realizada ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no se obtienen diferencias significativas en GSI.

En la Tabla 54 pueden verse las puntuaciones medias pre y post intervención para el Grupo Experimental en cada uno de los 90 ítems del Cuestionario SCL-90-R agrupados por escalas.

**Tabla 54: Puntuación media pre y post Grupo Experimental en cada ítem del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R agrupados por escalas**

ESCALA SOMATIZACIÓN		PRE	POST	ESCALA OBSESIÓN-COMPULSIÓN		PRE	POST
Dolores de Cabeza		1,67	1,35	Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de la mente		1,86	1,19
Sensaciones de desmayo o mareo		0,79	0,51	La dificultad para recordar las cosas		1,49	1,02
Dolores en el corazón o en el pecho		0,49	0,49	Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización		1,47	1,30
Dolores en la parte baja de la espalda		1,56	1,05	Sentirse incapaz de hacer las cosas o de terminar las tareas		1,33	0,86
Nauseas o malestar en el estómago		1,53	0,84	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien		1,05	0,74
Dolores musculares		1,44	1,26	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace		1,26	0,67
Ahogos o dificultad para respirar		0,56	0,49	Dificultad en tomar decisiones		1,53	1,23
Escalofríos, sentir calor o frío de repente		0,98	0,53	Que se le quede la mente en blanco		0,81	0,56
Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo		0,91	0,70	Tener dificultades para concentrarse		2,02	1,63
Sentir un nudo en la garganta		0,98	0,65	Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida		0,91	0,56
Sentirse débil en alguna parte del cuerpo		1,35	0,84				
Pesadez en los brazos o en las piernas		1,14	0,56				
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL				ESCALA DEPRESIÓN			
Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas		1,37	1,19	Pérdida de deseo o placer sexual		0,84	0,53
Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto		0,63	0,44	Sentirse bajo de energía o decaído		1,88	1,49
Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad		1,53	1,16	Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida		0,07	0,02
Sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso		1,37	1,02	Llorar fácilmente		1,28	1,14
La impresión de que otras personas son poco amistosas o que ud no les		1,12	0,91	Sensación de estar atrapado o como encerrado		1,05	0,53
Sentires inferior a los demás		0,95	0,51	Culparse de todo lo que pasa		0,77	0,77
Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de ud		0,98	0,67	Sentirse solo		1,49	1,19
Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas		1,00	0,70	Sentirse triste		1,51	1,23
Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público		0,35	0,37	Preocuparse demasiado por todo		2,21	1,63
				No sentir interés por nada		0,84	0,53
				Sentirse desesperanzado con respecto al futuro		1,19	0,77
				Sentirse que todo requiere un gran esfuerzo		1,16	0,72
				Sensación de ser inútil o no valer nada		0,51	0,44
ESCALA DE ANSIEDAD				HOSTILIDAD			
Nerviosismo o agitación interior		2,47	1,56	Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado		1,84	1,33
Temblores		0,56	0,49	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar		0,35	0,28
Tener miedo de repente y sin razón		0,74	0,49	Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien		0,60	0,23
Sentirse temeroso		0,79	0,49	Tener ganas de romper o estrellar algo		0,79	0,47
Que su corazón palpite o vaya muy deprisa		0,98	0,60	Tener discusiones frecuentes		0,72	0,51
Sentirse tenso o con los nervios de punta		1,77	0,98	Gritar o tirar cosas		0,23	0,09
Ataque de terror o pánico		0,12	0,19				
Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo		0,98	0,79				
Presentimientos de que va a pasar algo malo		0,86	0,67				
Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo		0,23	0,35				
ANSIEDAD FÓBICA				IDEACIÓN PARANOIDE			
Miedo a los espacios abiertos		0,14	0,14	La impresión de que la mayoría de los problemas son culpa de los demás		0,53	0,42
Miedo a salir solo de casa		0,14	0,02	La idea de que uno no se puede fiar de la gente		1,07	0,81
Temor de viajar en coche, trenes...		0,42	0,35	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted		0,51	0,51
Evitar cosas y lugares por miedo		0,40	0,23	Tener ideas o creencias que los demás no comparten		1,09	0,93
Sentirse incómodo entre mucha gente		0,30	0,35	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos		1,09	0,79
Sentirse nervioso cuando está solo		0,49	0,47	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si se lo permitiera		0,74	0,58
Temor a desmayarse en público		0,21	0,16				
ITEMS ADICIONALES				PSICOTICISMO			
Falta de apetito		1,35	0,84	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos		0,70	0,42
El comer demasiado		1,44	1,40	Oír voces que otras personas no oyen		0,02	0,00
Dificultad para conciliar el sueño		1,86	1,49	La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando		0,81	0,70
Despertarse de madrugada		1,37	1,05	Tener pensamientos que no son suyos		0,49	0,35
Sueño inquieto o perturbado		1,26	0,88	Sentirse sólo aunque esté con más gente		1,07	0,93
Ideas sobre la muerte o el hecho de morir		0,49	0,42	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante		0,63	0,37
Sentimientos de culpabilidad		0,98	0,47	La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores		0,23	0,30
				La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo		0,67	0,70
				Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie		0,63	0,49
				La idea de que algo anda mal en su mente		0,79	0,60

En la Tabla 55 pueden verse los resultados para el GE y el GC de los 10 síntomas con mayor puntuación de las diferentes escalas del SCL-90-R en la muestra total pre que se expuso en la Tabla 26 del apartado 25.2.2.

## Resultados

**Tabla 55: Puntuaciones medias 10 síntomas con mayor puntuación de la escala SCL-90-R en muestra total pre separadas por GE y GC y completadas con puntuaciones post**

10 SÍNTOMAS MAYOR PUNTUACIÓN	MEDIA PRE GE	MEDIA POST GE	MEDIA PRE GC	MEDIA POST GC
Nerviosismo o agitación interior	2,47	1,56	2,39	2,01
Preocuparse demasiado por todo	2,21	1,63	2,25	1,96
Sentirse bajo de energía	1,88	1,49	1,72	1,72
Dificultades para concentrarse	2,02	1,63	1,63	1,47
Irritarse fácilmente	1,84	1,33	1,59	1,48
Pensamientos no deseados	1,86	1,19	1,57	1,17
Dificultad para tomar decisiones	1,53	1,23	1,67	1,47
Sentirse tenso o agitado	1,77	0,98	1,49	1,13
Dolores de cabeza	1,67	1,35	1,51	1,63
Dificultad para conciliar el sueño	1,86	1,49	1,37	1,49

Otra forma de observar los efectos del tratamiento en el GE frente al GC es visualizando las mayores diferencias entre puntuaciones pre y puntuaciones post (mejora en el síntoma) en el GE. En la Tabla 56 pueden verse los síntomas que en el GE han tenido una mejora superior a 0,5 puntos del escalado del SCL-90-R (en total han sido 13). En el GC ningún síntoma se ha reducido en una magnitud superior a 0,5 puntos del escalado.

**Tabla 56: Síntomas en GE y GC que han reducido sus puntuaciones entre pre y post en magnitud superior a 0,5 del escalado del SCL-90-R**

Síntomas con mejora superior a 0,5 puntos en GE

	pre-post
Nerviosismo o agitación interior	0,91
Sentirse tenso o agitado	0,79
Náuseas o malestar en el estómago	0,69
Pensamientos no deseados	0,67
Comprobar muchas veces lo que hace	0,59
Preocuparse demasiado por las cosas	0,58
Pesadez en brazos y piernas	0,58
Sensación de estar atrapado	0,52
Falta de apetito	0,51
Debilidad en alguna parte del cuerpo	0,51
Irritarse fácilmente	0,51
Dolores en la parte baja de la espalda	0,51
Sentimientos de culpabilidad	0,51

Síntomas con mejora superior a 0,5 puntos en GC

0
---

En la Tabla 57 podemos ver, por contraste con la anterior, los síntomas que han incrementado sus puntuaciones entre pre y post (empeoramiento del síntoma) tanto en el GE como en el GC. Vemos que han sido 6 síntomas en el GE frente a 25 del GC. La

mayoría de los incrementos son ínfimos (centésimas), sólo uno es de 1 décima en el GE y 6 en el GC.

**Tabla 57: Síntomas en GE y GC que han incrementado sus puntuaciones entre pre y post (diferencia <0) en puntuaciones de SCL-90-R**

Síntomas con puntuación post superior a punt pre GE

	pre-post
Incómodo comiendo en público	-0,02
Que algo anda mal en su cuerpo	-0,03
Sentirse incómodo entre mucha gente	-0,05
Temor a ser castigado por pecados	-0,07
Ataques de pánico	-0,07
Ideas o imágenes que le asustan	-0,12

Síntomas con puntuación post superior a punt pre GC

	pre-post
No sentir interés por las cosas	-0,01
Que no reconozcan sus logros	-0,01
Comprobar muchas veces lo que hace	-0,02
Miedo a salir solo de casa	-0,04
Evitar cosas y lugares por miedo	-0,04
Dolores musculares	-0,04
Ideas o imágenes que le asustan	-0,04
Juzgar a otros negativamente	-0,05
Los otros perciben sus pensamientos	-0,06
Repetir las mismas acciones	-0,07
Oír voces que otros no oyen	-0,07
Incómodo comiendo en público	-0,07
Sensaciones de desmayo	-0,08
Pensar que algo va mal en su mente	-0,08
Ataques de pánico	-0,08
Sentirse temeroso	-0,08
Pérdida de deseo o placer sexual	-0,08
Sus problemas son culpa de los demás	-0,09
Sentirse nervioso cuando está solo	-0,09
Los demás no le comprenden	-0,11
Dolores de cabeza	-0,12
Los otros son poco amistosos	-0,14
Temor de viajar en coche, trenes...	-0,14
Tener miedo de repente	-0,16
Dolores en la parte baja de la espalda	-0,17

#### 25.4.2.1. Resultados en función del sexo

En la Tabla 58 se muestran las puntuaciones pre y post del GE y el GC en las escalas e índices del SCL-90-R obtenidas por los hombres.

## Resultados

**Tabla 58: Puntuaciones Hombres en escalas e índices SCL-90-R pre y post GE y GC**

	Escalas e Índices de SCL-90-R GE y GC Hombres											
	Grupo Experimental						Grupo Control					
	pre			post			pre			post		
	N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media	DT
SCL-90 –R Somatización	16	0,73	0,45	16	0,55	0,32	18	0,75	0,50	18	0,60	0,50
SCL-90 –R Obsesión-compulsión	16	1,27	0,65	16	0,84	0,51	18	1,22	0,53	18	0,97	0,61
SCL-90 –R Sensibilidad interpersonal	16	0,92	0,88	16	0,73	0,58	18	0,86	0,55	18	0,91	0,63
SCL-90 –R Depresión	16	0,87	0,75	16	0,60	0,41	18	0,85	0,52	18	0,68	0,49
SCL-90 –R Ansiedad	16	0,61	0,57	16	0,40	0,30	18	0,67	0,47	18	0,59	0,52
SCL-90 –R Hostilidad	16	0,97	0,71	16	0,52	0,44	18	0,73	0,65	18	0,63	0,66
SCL-90 –R Ansiedad fóbica	16	0,32	0,53	16	0,24	0,34	18	0,26	0,25	18	0,25	0,34
SCL-90 –R Ideación paranoide	16	0,95	0,93	16	0,78	0,62	18	1,03	0,70	18	0,94	0,76
SCL-90 –R Psicoticismo	16	0,57	0,65	16	0,43	0,36	18	0,53	0,43	18	0,37	0,42
SCL-90 –R Ítems adicionales	16	1,02	0,56	16	0,86	0,44	18	0,98	0,68	18	0,68	0,45
SCL-90 –R GSI Índice severidad global	16	0,82	0,52	16	0,59	0,30	18	0,79	0,40	18	0,66	0,43
SCL-90 –R PST Total síntomas positivos	16	39,94	17,76	16	35,00	15,09	18	41,39	15,26	18	36,83	18,25
SCL-90 –R PSDI Índice malestar positivo	16	1,74	0,48	16	1,51	0,27	18	1,65	0,41	18	1,54	0,40

En la Tabla 59 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE y el GC en las escalas e índices del SCL-90-R obtenidas por las mujeres.

**Tabla 59: Puntuaciones Mujeres en escalas e índices SCL-90-R pre y post GE y GC**

	Escalas e Índices de SCL-90-R GE y GC Mujeres											
	Grupo Experimental						Grupo Control					
	pre			post			pre			post		
	N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media	DT
SCL-90 –R Somatización	27	1,35	0,58	27	0,90	0,63	57	1,03	0,79	57	0,97	0,71
SCL-90 –R Obsesión-compulsión	27	1,43	0,69	27	1,06	0,60	57	1,29	0,66	57	1,16	0,65
SCL-90 –R Sensibilidad interpersonal	27	1,10	0,77	27	0,80	0,54	57	1,06	0,80	57	1,01	0,74
SCL-90 –R Depresión	27	1,30	0,80	27	0,99	0,58	57	1,15	0,72	57	1,04	0,64
SCL-90 –R Ansiedad	27	1,15	0,66	27	0,81	0,57	57	0,98	0,59	57	0,89	0,58
SCL-90 –R Hostilidad	27	0,63	0,52	27	0,46	0,41	57	0,78	0,68	57	0,68	0,62
SCL-90 –R Ansiedad fóbica	27	0,29	0,43	27	0,25	0,34	57	0,40	0,56	57	0,41	0,52
SCL-90 –R Ideación paranoide	27	0,78	0,71	27	0,61	0,50	57	0,90	0,71	57	0,87	0,71
SCL-90 –R Psicoticismo	27	0,63	0,54	27	0,52	0,45	57	0,55	0,58	57	0,46	0,45
SCL-90 –R Ítems adicionales	27	1,39	0,68	27	0,98	0,61	57	1,12	0,78	57	1,01	0,67
SCL-90 –R GSI Índice severidad global	27	1,06	0,52	27	0,78	0,40	57	0,95	0,55	57	0,87	0,51
SCL-90 –R PST Total síntomas positivos	27	48,30	15,38	27	42,37	15,77	57	45,26	18,67	57	44,75	19,94
SCL-90 –R PSDI Índice malestar positivo	27	1,88	0,42	27	1,58	0,37	57	1,81	0,53	57	1,66	0,40

Realizado un ANOVA tiempo x grupo con los índices GSI, PST y PSDI, los cambios solamente resultan significativos en GSI para las participantes mujeres ( $F(1,82) = 5,156$ ;  $p = 0,026$ ).

### 25.4.3. Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness FFMQ

#### 25.4.3.1. Resultados según nivel de estrés en PSS

En la Tabla 60 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en las 5 Facetas y puntuación Total de FFMQ separadas según nivel de estrés previo (puntuación en PSS  $\geq 23,49$  o puntuación en PSS  $< 23,49$ )

**Tabla 60: Puntuaciones pre y post GE en 5 Facetas y Total de FFMQ según nivel de estrés previo (alto: puntuación en PSS  $\geq 23,49$ , o bajo: puntuación en PSS  $< 23,49$ )**

	GRUPO EXPERIMENTAL							
	Alto nivel de estrés PSS			Bajo nivel de estrés PSS				
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.		
<b>FFMQ observar</b>	21,45	26,59	0,00058	****	22,62	24,57	0,10	
<b>FFMQ describir</b>	25,77	28,68	0,011	*	26,10	26,62	0,54	
<b>FFMQ actuar con consciencia</b>	25,09	27,05	0,15		27,76	28,90	0,37	
<b>FFMQ no juzgar</b>	26,68	29,00	0,07		29,05	31,52	0,10	
<b>FFMQ no reactividad</b>	20,55	22,59	0,06		23,86	23,48	0,74	
<b>FFMQ Total</b>	119,55	133,91	0,0007	****	129,38	135,10	0,12	
* (probabilidad < 0,05) ** (probabilidad < 0,01) *** (probabilidad < 0,005) ****(probabilidad < 0,001) ***** (probabilidad < 0,0005)								

En la Tabla 61 pueden verse las puntuaciones pre y post del GC en las 5 Facetas y puntuación Total de FFMQ separadas según nivel de estrés previo (puntuación en PSS  $\geq 23,49$  o puntuación en PSS  $< 23,49$ )

**Tabla 61: Puntuaciones pre y post GC en 5 Facetas y Total de FFMQ según nivel de estrés previo (alto: puntuación en PSS  $\geq 23,49$ , o bajo: puntuación en PSS  $< 23,49$ )**

	GRUPO CONTROL							
	Alto nivel de estrés PSS			Bajo nivel de estrés PSS				
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.		
<b>FFMQ observar</b>	24,59	22,53	0,052		24,95	22,44	0,03	*C
<b>FFMQ describir</b>	27,44	28,00	0,56		27,56	27,66	0,88	
<b>FFMQ actuar con consciencia</b>	25,00	26,56	0,147		28,85	29,90	0,045	*
<b>FFMQ no juzgar</b>	25,97	27,35	0,26		28,34	29,32	0,28	
<b>FFMQ no reactividad</b>	19,53	18,94	0,51		21,49	20,88	0,32	
<b>FFMQ Total</b>	122,53	123,38	0,63		131,20	130,20	0,57	
* (probabilidad < 0,05) ** (probabilidad < 0,01) *** (probabilidad < 0,005) ****(probabilidad < 0,001) ***** (probabilidad < 0,0005)								

## Resultados

Realizado ANOVA tiempo x grupo, los cambios resultan significativos en los participantes de alto estrés previo en el factor Observar ( $F(1,54) = 19,48$ ;  $p = 0,00005$ ) y en la puntuación Total ( $F(1,54) = 13,68$ ;  $p = 0,0005$ ); rayan la significación en el factor No reaccionar ( $F(1,54) = 3,74$ ;  $p = 0,058$ ). En los participantes con bajo estrés previo, los cambios resultan significativos (aunque con menor significación) en el factor Observar ( $F(1,60) = 6,341$ ;  $p = 0,014$ ) y rayan la significación en la puntuación Total ( $F(1,60) = 3,651$ ;  $p = 0,061$ ).

### 25.4.3.2. Resultados según nivel de severidad de síntomas en GSI

En la Tabla 62 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en las 5 Facetas y Total de FFMQ separadas según nivel de severidad de síntomas previo (alta: puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$  o baja: puntuación en GSI de SCL-90-R  $< 0,94$ ).

**Tabla 62: Puntuaciones pre y post GE en 5 Facetas y Total de FFMQ según nivel de severidad de síntomas previo (alta: punt. en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$  o baja: punt. en GSI de SCL-90-R  $< 0,94$ )**

	GRUPO EXPERIMENTAL									
	Alta Severidad Síntomas GSI					Baja Severidad Síntomas GSI				
	N	Pre	Post	Probab.		N	Pre	Post	Probab.	
<b>FFMQ observar</b>	19	21,84	26,63	0,003	***	24	22,17	24,79	0,03	*
<b>FFMQ describir</b>	19	24,21	27,16	0,017	*	24	27,29	28,08	0,36	
<b>FFMQ actuar con consciencia</b>	19	23,74	26,11	0,166		24	28,50	29,42	0,36	
<b>FFMQ no juzgar</b>	19	25,37	28,37	0,062		24	29,79	31,71	0,12	
<b>FFMQ no reactividad</b>	19	21,11	24,05	0,014	*	24	23,00	22,21	0,43	
<b>FFMQ Total</b>	19	116,26	132,32	0,003	***	24	130,75	136,21	0,03	*

\* (probabilidad  $< 0,05$ ) \*\* (probabilidad  $< 0,01$ ) \*\*\* (probabilidad  $< 0,005$ ) \*\*\*\*(probabilidad  $< 0,001$ ) \*\*\*\*\* (probabilidad  $< 0,0005$ )

En la Tabla 63 pueden verse las puntuaciones pre y post del GC en las 5 Facetas y Total de FFMQ separadas según nivel de severidad de síntomas previo (alta: puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$  o baja: puntuación en GSI de SCL-90-R  $< 0,94$ ).

**Tabla 63: Puntuaciones pre y post GC en 5 Facetas y Total de FFMQ según nivel de severidad de síntomas previo (alta: punt. en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$  o baja: punt. en GSI de SCL-90-R  $< 0,94$ )**

	GRUPO CONTROL							
	Alta Severidad Síntomas GSI				Baja Severidad Síntomas GSI			
	N	Pre	Post	Probab.	N	Pre	Post	Probab.
FFMQ observar	30	26,27	23,07	0,001 ***C	45	23,8	22,09	0,14
FFMQ describir	30	26,57	27,30	0,49	45	28,13	28,16	0,97
FFMQ actuar con consciencia	30	24,77	26,20	0,188	45	28,67	29,84	0,051
FFMQ no juzgar	30	24,60	26,40	0,16	45	29,04	29,78	0,42
FFMQ no reactividad	30	19,43	19,20	0,80	45	21,38	20,53	0,16
FFMQ Total	30	121,63	122,17	0,79	45	131,02	130,40	0,71

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

Realizado ANOVA tiempo x grupo, los cambios resultan significativos en los participantes de alta severidad de síntomas previa en los factores Observar ( $F(1,47) = 26,601$ ;  $p=0,000005$ ), No reaccionar ( $F(1,47) = 4,784$ ;  $p=0,034$ ) y en la puntuación Total ( $F(1,47) = 11,888$ ;  $p=0,001$ ). En los participantes con bajo nivel de severidad de síntomas, los cambios resultan significativos (aunque con menor significación) en el factor Observar ( $F(1,67) = 6,07$ ;  $p=0,016$ ) y en la puntuación Total ( $F(1,67) = 4,568$ ;  $p=0,036$ ).

### 25.4.3.3. Resultados en función del sexo

En las Tablas 64 y 65 se muestran los resultados pre y post en las 5 Facetas y puntuación Total de FFMQ para el GE y el GC en función del sexo.

**Tabla 64: Puntuación 5 Facetas y Total FFMQ GE y GC Hombres**

	5 Facetas y puntuación Total de FFMQ GE y GC Hombres							
	Grupo Experimental				Grupo Control			
	N	pre Media	post Media	Probab.	N	pre Media	post Media	Probab.
FFMQ observar	16	20,00	24,75	0,02 *	18	23,61	21,39	0,03 *C
FFMQ describir	16	28,06	29,06	0,40	18	27,39	27,06	0,80
FFMQ actuar con consciencia	16	25,06	29,94	0,004 ***	18	29,11	30,22	0,14
FFMQ no juzgar	16	29,31	32,44	0,045 *	18	27,22	28,50	0,44
FFMQ no reactividad	16	23,06	22,19	0,52	18	21,28	21,00	0,77
FFMQ Total	16	125,50	138,38	0,007 **	18	128,61	128,17	0,86

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)



## Resultados

**Tabla 65: Puntuación 5 Facetas y Total FFMQ GE y GC Mujeres**

5 Facetas y puntuación Total de FFMQ GE y GC Mujeres										
	Grupo Experimental					Grupo Control				
	N	pre		post		N	pre		post	
		Media	Media	Probab.	Media		Media	Probab.	Media	Probab.
FFMQ observar	27	23,22	26,11	0,0051	**	57	25,16	22,82	0,02	*C
FFMQ describir	27	24,67	26,85	0,019	*	57	27,54	28,05	0,40	
FFMQ actuar con consciencia	27	27,19	26,78	0,69		57	26,47	27,81	0,06	
FFMQ no juzgar	27	26,96	28,93	0,12		57	27,28	28,40	0,18	
FFMQ no reactividad	27	21,63	23,52	0,052		57	20,39	19,68	0,25	
FFMQ Total	27	123,67	132,19	0,017	*	57	126,84	126,77	0,96	

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\* (probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

Realizado un ANOVA tiempo x grupo, los cambios resultan significativos en Hombres en los factores Observar ( $F(1,32) = 12,917$ ;  $p = 0,001$ ), Actuar con consciencia ( $F(1,32) = 5,986$ ;  $p = 0,02$ ) y en la puntuación Total ( $F(1,32) = 7,909$ ;  $p = 0,008$ ). En las mujeres, en los factores Observar ( $F(1,82) = 11,402$ ;  $p = 0,001$ ), No reaccionar ( $F(1,82) = 5,663$ ;  $p = 0,02$ ) y puntuación Total ( $F(1,82) = 7,640$ ;  $p = 0,007$ ).

### 25.4.3.4. Resultados en función del nivel de práctica

En la Tabla 66 se muestran las puntuaciones en las 5 Facetas y Total de FFMQ en GE según nivel de práctica en casa notificado por los participantes a través del Cuestionario Cualitativo, pregunta 9 nivel de Práctica, ver Tabla 19. Se han agrupando las categorías de práctica alta y media como “alto” o “practican” y las de práctica baja y no práctica como “bajo” o “no practican”).

Realizado ANOVA tiempo x frecuencia de práctica se obtienen diferencias significativas, a favor de los participantes de alta práctica, en los factores Observar ( $F(1,41) = 5,221$ ;  $p = 0,028$ ), No Juzgar ( $F(1,41) = 5,140$ ;  $p = 0,029$ ) y puntuación Total ( $F(1,41) = 4,540$ ;  $p = 0,039$ ).

**Tabla 66: Puntuaciones en 5 Facetas y Total FFMQ en GE según nivel de práctica (pregunta 9 Cuestionario Cualitativo CC)**

	GRUPO EXPERIMENTAL								
	Mayor práctica en casa				Menor práctica en casa				
	N	Pre	Post	Probab.	N	Pre	Post	Probab.	
FFMQ observar	15	20,07	26,27	0,0013 ***	28	23,07	25,25	0,04 *	*
FFMQ describir	15	25,67	28,00	0,104	28	26,07	27,50	0,08	
FFMQ actuar con consciencia	15	25,07	28,53	0,03 *	28	27,11	27,64	0,63	
FFMQ no juzgar	15	27,53	32,67	0,0017 ***	28	28,00	28,93	0,43	
FFMQ no reactividad	15	22,20	22,47	0,88	28	22,14	23,32	0,15	
FFMQ Total	15	120,53	137,93	0,002 ***	28	126,39	132,64	0,04 *	*

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

#### 25.4.4. Escala de Autocompasión SCS

##### 25.4.4.1. Resultados según nivel de estrés en PSS

En la Tabla 67 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en las escalas y puntuación Total de Autocompasión SCL separadas según nivel de estrés previo (puntuación en PSS  $\geq 23,49$  o puntuación en PSS < 23,49).

**Tabla 67: Puntuaciones pre y post GE en escalas y Total de autocompasión SCS según nivel de estrés (alto: puntuación en PSS  $\geq 23,49$ , o bajo: puntuación en PSS < 23,49)**

	GRUPO EXPERIMENTAL						
	Alto nivel de estrés PSS			Bajo nivel de estrés PSS			
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.	
SCS bondad hacia uno mismo	2,97	3,21	0,14	3,50	3,81	0,15	
SCS humanidad compartida	2,97	3,10	0,43	3,12	3,02	0,62	
SCS mindfulness	3,31	3,42	0,47	3,79	3,83	0,78	
SCS autocrítica / autojuicio	3,25	2,95	0,07	2,64	2,26	0,06	
SCS aislamiento	3,06	2,65	0,006 **	2,33	1,94	0,03 *	*
SCS ensimismamiento	3,19	2,92	0,10	2,48	2,31	0,16	
SCS Total	2,95	3,20	0,02 *	3,49	3,70	0,11	

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

## Resultados

En la Tabla 68 pueden verse las puntuaciones pre y post del GC en las escalas y puntuación Total de Autocompasión SCL separadas según nivel de estrés previo (puntuación en PSS  $\geq 23,49$  o puntuación en PSS  $< 23,49$ ).

**Tabla 68: Puntuaciones pre y post GC en escalas y Total de autocompasión SCS según nivel de estrés (alto: puntuación en PSS  $\geq 23,49$ , o bajo: puntuación en PSS  $< 23,49$ )**

	GRUPO CONTROL					
	Alto nivel de estrés PSS			Bajo nivel de estrés PSS		
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.
SCS bondad hacia uno mismo	2,54	2,82	0,054	3,11	3,12	0,87
SCS humanidad compartida	2,78	2,94	0,25	2,97	3,02	0,62
SCS mindfulness	2,72	2,79	0,611	3,43	3,35	0,47
SCS autocrítica / autojuicio	3,51	3,25	0,03 *	2,93	3,00	0,56
SCS aislamiento	3,36	3,01	0,0008 ****	2,45	2,36	0,37
SCS ensimismamiento	3,61	3,29	0,007 **	2,91	2,82	0,30
SCS Total	2,59	3,02	0,07	3,20	3,21	0,78

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

Realizado ANOVA tiempo x grupo, no se producen cambios significativos en los participantes con alto nivel de estrés previo. En los participantes con bajo estrés previo, los cambios resultan significativos en el factor Autocrítica ( $F(1,60) = 4,893$ ;  $p = 0,031$ ) y se aproximan a la significación en la puntuación Total ( $F(1,60) = 3,285$ ;  $p = 0,075$ ).

### 25.4.4.2. Resultados según nivel de severidad de los síntomas en GSI

En la Tabla 69 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en las Escalas y total de autocompasión SCS separadas según nivel de severidad de síntomas (alta: puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$  o baja: GSI de SCL-90-R  $< 0,94$ ).

**Tabla 69: Puntuaciones pre y post GE en escalas y Total de autocompasión SCS según nivel de severidad de síntomas (alto: puntuación en GSI  $\geq 0,94$ , o bajo: puntuación en GSI  $< 0,94$ )**

	GRUPO EXPERIMENTAL					
	Alta Severidad Síntomas GSI			Baja Severidad Síntomas GSI		
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.
SCS bondad hacia uno mismo	2,98	3,39	0,08	3,43	3,59	0,28
SCS humanidad compartida	3,00	3,30	0,08	3,07	2,88	0,28
SCS mindfulness	3,25	3,53	0,17	3,77	3,70	0,58
SCS autocrítica / autojuicio	3,32	2,94	0,11	2,67	2,36	0,02 *
SCS aislamiento	3,45	2,84	0,001 ***	2,11	1,88	0,10
SCS ensimismamiento	3,58	3,24	0,051	2,26	2,14	0,30
SCS Total	2,81	3,20	0,016 *	3,53	3,63	0,18

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

En la Tabla 70 pueden verse la misma información para el GC

**Tabla 70: Puntuaciones pre y post GC en escalas y Total de autocompasión SCS según nivel de severidad de síntomas (alto: puntuación en GSI  $\geq 0,94$ , o bajo: puntuación en GSI  $< 0,94$ )**

	GRUPO CONTROL					
	Alta Severidad Síntomas GSI			Baja Severidad Síntomas GSI		
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.
SCS bondad hacia uno mismo	2,56	2,77	0,14	3,04	3,13	0,40
SCS humanidad compartida	2,66	2,80	0,29	3,03	3,11	0,50
SCS mindfulness	2,81	2,87	0,68	3,31	3,26	0,63
SCS autocrítica / autojuicio	3,59	3,43	0,20	2,93	2,90	0,77
SCS aislamiento	3,43	3,11	0,004 ***	2,48	2,36	0,19
SCS ensimismamiento	3,69	3,43	0,03 *	2,92	2,77	0,11
SCS Total	2,55	2,73	0,04 *	3,17	3,38	0,22

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

Realizado ANOVA tiempo x grupo, no se encuentra ningún cambio significativo, ni en los participantes de alta severidad de síntomas previa ni en los participantes con baja severidad de síntomas previa.

#### 25.4.4.3. Resultados en función del sexo

## Resultados

En la Tabla 71 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE y el GC en las escalas y Total SCS obtenidas por los hombres.

**Tabla 71: Puntuaciones Hombres en escalas y Total SCS pre y post GE y GC**

	Escalas y Puntuación Total Autocompasión SCS GE y GC Hombres					
	Grupo Experimental			Grupo Control		
	pre			post		
	N	Media	DT	N	Media	DT
SCS bondad hacia uno mismo	16	3,56	0,93	16	3,65	0,68
SCS humanidad compartida	16	3,19	0,68	16	3,14	0,81
SCS mindfulness	16	3,75	0,75	16	3,84	0,64
SCS autocrítica / autojuicio	16	2,71	0,91	16	2,20	0,78
SCS aislamiento	16	2,28	0,91	16	1,81	0,62
SCS ensimismamiento	16	2,39	0,90	16	2,28	0,82
SCS Total	16	3,51	0,54	16	3,72	0,51

En la Tabla 72 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE y el GC en las escalas y Total SCS obtenidas por las mujeres.

**Tabla 72: Puntuaciones Mujeres en escalas y Total SCS pre y post GE y GC**

	Escalas y Puntuación Total Autocompasión SCS GE y GC Mujeres					
	Grupo Experimental			Grupo Control		
	pre			post		
	N	Media	DT	N	Media	DT
SCS bondad hacia uno mismo	27	3,03	0,68	27	3,41	0,85
SCS humanidad compartida	27	2,95	0,78	27	3,02	0,73
SCS mindfulness	27	3,42	0,81	27	3,49	0,77
SCS autocrítica / autojuicio	27	3,10	0,54	27	2,86	0,82
SCS aislamiento	27	2,95	0,92	27	2,59	0,78
SCS ensimismamiento	27	3,11	0,83	27	2,82	0,85
SCS Total	27	3,03	0,54	27	3,27	0,58

Realizada ANOVA tiempo x grupo, el único cambio significativo se producen en los Hombres y en el factor No Autocrítica ( $F(1,32) = 7,119$ ;  $p = 0,012$ ). También en los hombres, el factor No Aislamiento se acerca a la significación ( $F(1,32) = 3,353$ ;  $p = 0,076$ ).

### 25.4.4.4. Resultados en función del nivel de práctica

En la Tabla 73 se muestran las puntuaciones en las Escalas y Total de autocompasión SCS en GE según nivel de práctica en casa notificado por los participantes a través del Cuestionario Cualitativo, pregunta 9 nivel de Práctica, ver Tabla 19. Se han agrupando las categorías de práctica alta y media como “alto” o “practican” y las de

práctica baja y no práctica como “bajo” o “no practican”). Realizado ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no se halla ningún cambio significativo.

**Tabla 73: Puntuaciones en Escalas y Total autocompasión SCS GE según nivel de práctica (pregunta 9 Cuestionario Cualitativo CC)**

	GRUPO EXPERIMENTAL							
	Mayor práctica en casa				Menor práctica en casa			
	N	Pre	Post	Probab.	N	Pre	Post	Probab.
SCS bondad hacia uno mismo	15	3,31	3,57	0,27	28	3,19	3,46	0,08
SCS humanidad compartida	15	3,08	3,02	0,78	28	3,02	3,09	0,64
SCS mindfulness	15	3,37	3,67	0,15	28	3,63	3,60	0,79
SCS autocrítica / autojuicio	15	2,81	2,31	0,04 *	28	3,03	2,78	0,09
SCS aislamiento	15	2,63	2,12	0,008 *	28	2,74	2,40	0,02 *
SCS ensimismamiento	15	2,60	2,37	0,23	28	2,97	2,76	0,07
SCS Total	15	3,28	3,58	0,10	28	3,17	3,37	0,03 *

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

## 25.4.5. Cuestionario de Relación RQ

### 25.4.5.1. Resultados según elección cualitativa de categoría de apego en cuestionario RQ

En la Tabla 74 (a) puede verse el número de participantes del Grupo Experimental que eligen un tipo de Apego por categorías, en función de las elecciones pre y post tratamiento.

**Tabla 74: Comparación entre pre y post en Elección cualitativa categórica de Estilo de Apego en el Grupo Experimental (a) y en el Grupo de Control (b)**

a			b		
Grupo Experimental Total	N	%	Grupo Control	N	%
Elección Cualitativa Estilo de Apego RQ <b>pre</b>			Elección Cualitativa Estilo de Apego RQ <b>pre</b>		
Seguro	23	53,5%	Seguro	38	50,7%
Rechazante	5	11,6%	Rechazante	14	18,7%
Preocupado	9	20,9%	Preocupado	12	16,0%
Temeroso	6	14,0%	Temeroso	11	14,7%
Total	43	100,0%	Total	75	100,0%
Elección Cualitativa Estilo de Apego RQ <b>post</b>			Elección Cualitativa Estilo de Apego RQ <b>post</b>		
Seguro	29	67,4%	Seguro	39	52,0%
Rechazante	4	9,3%	Rechazante	18	24,0%
Preocupado	9	20,9%	Preocupado	10	13,3%
Temeroso	1	2,3%	Temeroso	8	10,7%
Total	43	100,0%	Total	75	100,0%

## Resultados

En la Tabla 74 (b) puede verse el número de participantes del Grupo de Control que eligen un tipo de Apego por categorías, en función de las puntuaciones pre y post tratamiento.

### 25.4.5.2. Resultados según nivel de severidad de los síntomas en Índice de Severidad Global GSI de SCL-90-R

En la Tabla 75 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en los diferentes tipos y modelos de apego RQ separadas según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI del SCL-90-R  $\geq 0,94$ ).

**Tabla 75: Puntuaciones pre y post GE en tipos y modelos de Apego RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ )**

	GRUPO EXPERIMENTAL					
	Alta Severidad GSI			Baja Severidad GSI		
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.
RQ apego seguro cuantitativo	4,00	4,84	0,06	5,79	5,58	0,17
RQ apego rechazante	3,79	3,95	0,64	4,42	4,21	0,52
RQ apego preocupado	4,16	4,32	0,72	2,50	2,33	0,50
RQ apego temeroso	3,63	2,89	0,04 *	2,54	1,92	0,07
RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad	0,00	1,58	0,14	5,17	5,54	0,52
RQ modelo de los otros / (-) evitación	0,74	2,32	0,04 *	1,33	1,79	0,39

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

En la Tabla 76 pueden verse las puntuaciones pre y post del GC en los diferentes tipos y modelos de apego RQ separadas según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI del SCL-90-R  $\geq 0,94$ ).

**Tabla 76: Puntuaciones pre y post GC en tipos y modelos de Apego RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ )**

	GRUPO CONTROL					
	Alta Severidad GSI			Baja Severidad GSI		
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.
RQ apego seguro cuantitativo	4,87	4,80	0,83	5,33	5,29	0,84
RQ apego rechazante	4,27	4,67	0,13	4,24	4,04	0,35
RQ apego preocupado	3,97	3,50	0,11	3,51	2,93	0,03 *
RQ apego temeroso	3,07	3,10	0,92	2,89	2,69	0,47
RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad	2,10	2,87	0,34	3,18	3,71	0,29
RQ modelo de los otros / (-) evitación	1,50	0,53	0,03 *C	1,71	1,49	0,64

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

Realizado ANOVA tiempo x grupo, los únicos cambios significativos son en Modelo de Sí mismo ( $F(1,47) = 11,370$ ;  $p = 0,002$ ) para los participantes con alta severidad de síntomas.

### 25.4.5.3. Resultados en función del nivel de práctica

En la Tabla 77 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en los Estilos y Modelos de Apego RQ según el nivel de práctica en casa notificado por los participantes en el GE a través del Cuestionario Cualitativo, pregunta 9 (ver Tabla 19), se han agrupado las categorías de práctica alta y media como “practican” y las de práctica baja y no

**Tabla 77: Puntuaciones en Estilos y Modelos de Apego RQ en GE según nivel de práctica (pregunta 9 Cuestionario Cualitativo CC)**

	GRUPO EXPERIMENTAL							
	Mayor práctica en casa				Menor práctica en casa			
	N	Pre	Post	Probab.	N	Pre	Post	Probab.
RQ apego seguro cuantitativo	15	4,40	4,73	0,43	28	5,32	5,54	0,40
RQ apego rechazante	15	4,53	4,27	0,58	28	3,93	4,00	0,78
RQ apego preocupado	15	3,20	3,33	0,80	28	3,25	3,14	0,65
RQ apego temeroso	15	2,73	2,60	0,77	28	3,18	2,21	0,0006 ****
RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad	15	3,00	3,07	0,96	28	2,82	4,18	0,002 ***
RQ modelo de los otros / (-) evitación	15	0,33	1,20	0,17	28	1,46	2,46	0,10

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)



Resultados

práctica como “no practican”. Realizado ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no se halla ningún cambio significativo.

#### **25.4.6. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA**

##### **25.4.6.1. Resultados según nivel de severidad de los síntomas en Índice de Severidad Global GSI de SCL-90-R**

En la Tabla 78 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en las Escalas y Total de Empatía TECA separadas según nivel de severidad de síntomas (alta: GSI del SCL-90-R  $\geq 0,94$  o baja: GSI del SCL-90-R  $< 0,94$ ).

**Tabla 78: Puntuaciones pre y post GE en Escalas y Total de Empatía TECA según nivel de severidad de síntomas previo (alto: puntuación en GSI  $\geq 0,94$ , o bajo: puntuación en GSI  $< 0,94$ )**

	GRUPO EXPERIMENTAL							
	Alta Severidad Síntomas GSI				Baja Severidad Síntomas GSI			
	N	Pre	Post	Probab.	N	Pre	Post	Probab.
TECA Adopción de perspectivas	19	26,58	26,74	0,81	24	27,75	27,00	0,22
TECA Comprensión emocional	19	28,16	29,37	0,11	24	29,63	30,29	0,30
TECA Estrés empático	19	21,58	21,05	0,52	24	22,08	21,17	0,13
TECA Alegría Empática	19	29,11	29,74	0,37	24	29,92	30,63	0,22
TECA Total	19	105,42	106,89	0,28	24	109,38	109,08	0,83
* (probabilidad < 0,05) ** (probabilidad < 0,01) *** (probabilidad < 0,005) ****(probabilidad < 0,001) ***** (probabilidad < 0,0005)								

En la Tabla 79 pueden verse las puntuaciones pre y post del GC en las Escalas y Total de Empatía TECA separadas según nivel de severidad de síntomas (alta: GSI del SCL-90-R  $\geq 0,94$  o baja: GSI del SCL-90-R  $< 0,94$

Realizado ANOVA tiempo x grupo, la única diferencia significativa se obtiene en los participantes de baja severidad de síntomas en el factor Alegría Empática (F (1,67) =4,658; p=0,034).

**Tabla 79: Puntuaciones pre y post GC en Escalas y Total de Empatía TECA según nivel de severidad de síntomas previo (alto: puntuación en GSI  $\geq 0,94$ , o bajo: puntuación en GSI  $< 0,94$ )**

	GRUPO CONTROL							
	Alta Severidad Síntomas GSI				Baja Severidad Síntomas GSI			
	N	Pre	Post	Probab.	N	Pre	Post	Probab.
TECA Adopción de perspectivas	30	26,77	26,37	0,57	45	26,00	26,13	0,84
TECA Comprensión emocional	30	29,20	29,00	0,74	45	28,98	28,29	0,29
TECA Estrés empático	30	21,80	21,17	0,35	45	20,82	21,56	0,23
TECA Alegría Empática	30	28,13	28,30	0,77	45	29,11	28,31	0,06
TECA Total	30	105,90	104,83	0,47	45	104,91	104,29	0,67

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

### 25.4.6.2. Resultados en función del sexo

En la Tabla 80 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE y el GC en las escalas y Total del TECA obtenidas por los hombres y en la Tabla 81 pueden verse los mismos datos referidos a las mujeres.

**Tabla 80: Puntuaciones Hombres en escalas y Total TECA pre y post GE y GC**

	Escalas y Puntuación Total Autocompasión SCS GE y GC Hombres													
	Grupo Experimental					Grupo Control								
	pre		post		Probab	pre		post		Probab				
N	Media	DT	N	Media		DT	N	Media	DT					
TECA Adopción de perspectivas	16	26,88	3,07	16	26,75	2,65	0,886	18	25,61	4,08	18	26,06	1,70	0,667
TECA Comprensión emocional	16	30,81	3,33	16	30,75	2,60	0,945	18	27,56	3,62	18	28,72	3,16	0,244
TECA Estrés empático	16	23,94	2,54	16	22,56	2,45	0,135	18	20,94	3,47	18	22,56	3,07	0,094
TECA Alegría Empática	16	29,44	2,85	16	29,88	3,38	0,653	18	28,56	5,58	18	27,83	5,89	0,209
TECA Total	16	111,06	5,39	16	109,94	6,68	0,486	18	102,67	13,87	18	105,17	8,12	0,319

**Tabla 81: Puntuaciones Mujeres en escalas y Total TECA pre y post GE y GC**

	Escalas y Puntuación Total Autocompasión SCS GE y GC Mujeres															
	Grupo Experimental					Grupo Control										
	pre		post		Probab	pre		post		Probab						
N	Media	DT	N	Media		DT	N	Media	DT							
TECA Adopción de perspectivas	27	27,44	2,98	27	26,96	2,88	0,332	57	26,53	4,27	57	26,28	3,18	0,645		
TECA Comprensión emocional	27	27,89	2,55	27	29,37	2,83	0,007	**	57	29,54	3,35	57	28,53	3,41	0,044	*C
TECA Estrés empático	27	20,63	3,12	27	20,26	3,81	0,507	57	21,30	3,19	57	21,04	3,67	0,610		
TECA Alegría Empática	27	29,63	2,31	27	30,44	2,52	0,054	57	28,77	2,62	57	28,46	3,39	0,443		
TECA Total	27	105,59	6,49	27	107,04	8,14	0,224	57	106,14	7,16	57	104,30	9,04	0,106		

Realizado ANOVA tiempo x grupo, los únicos cambios significativos se dan en Estrés empático en Hombres ( $F(1,32) = 5,569$ ;  $p = 0,025$ ) y en Comprensión emocional en Mujeres ( $F(1,82) = 9,756$ ;  $p = 0,002$ ).

### 25.4.6.3. Resultados en función del nivel de práctica

En la Tabla 82 se muestran las puntuaciones en las Escalas y Total de empatía TECA en GE según nivel de práctica en casa notificado por los participantes a través del Cuestionario Cualitativo, pregunta 9 nivel de Práctica, ver Tabla 19. Se han agrupando las categorías de práctica alta y media como “alto” o “practican” y las de práctica baja y no práctica como “bajo” o “no practican”). Realizado ANOVA tiempo x frecuencia de práctica, el único cambio significativo se produce en el factor Adopción de Perspectivas ( $F(1,41) = 6,316$ ;  $p = 0,016$ ).

**Tabla 82: Puntuaciones en Escalas y Total Empatía TECA GE según nivel de práctica (pregunta 9 Cuestionario Cualitativo CC)**

	GRUPO EXPERIMENTAL								
	Mayor práctica en casa				Menor práctica en casa				
	N	Pre	Post	Probab.	N	Pre	Post	Probab.	
TECA Adopción de perspectivas	15	26,27	27,33	0,27	28	27,75	26,64	0,011	* <sup>c</sup>
TECA Comprensión emocional	15	29,73	30,07	0,74	28	28,57	29,79	0,02	*
TECA Estrés empático	15	23,40	22,33	0,21	28	21,04	20,46	0,34	
TECA Alegría Empática	15	28,87	30,13	0,19	28	29,93	30,29	0,43	
TECA Total	15	108,27	109,87	0,41	28	107,29	107,18	0,92	

\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)

### 25.4.7. Cuestionario de Burnout académico MBI-SS

#### 25.4.7.1. Resultados según nivel de Burnout

Con objeto de intentar observar los efectos diferenciales de la intervención en el GE según la existencia o no de nivel elevado de burnout previo, se calculan los resultados en función del punto de corte en la Puntuación Total (sumando las puntuaciones de las escalas de Agotamiento, Cinismo e Ineficacia Académica) comentado en el apartado 25.2.7 (estudio de Galán et al. [181] con 270 estudiantes de medicina de la Facultad de

Medicina de Sevilla y en concreto la de los alumnos de 6º curso, debido a que es superior a la media de los estudiantes de 3º curso de dicho estudio y superior a la media de la muestra utilizada en el presente estudio), esta puntuación es de 5,74. En la Tabla 83 pueden verse los resultados en el GE y GC para los participantes con alto Burnout (puntuación pre Total  $\geq 5,74$ ) y en la Tabla 84 la misma información para los participantes con bajo Burnout (puntuación pre Total  $< 5,74$ ).

Realizado ANOVA tiempo x grupo no se obtienen diferencias significativas entre los participantes con alto nivel de Burnout previo ni tampoco entre los participantes con bajo nivel de Burnout previo.

**Tabla 83: Puntuaciones en factores y total Burnout MBI-SS en GE separadas según nivel previo de burnout alto (puntuación pre Total  $\geq 5,74$ ) o bajo (puntuación pre Total  $< 5,74$ )**

	GRUPO EXPERIMENTAL							
	Alto Burnout			Bajo Burnout				
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.		
<b>MBI-SS Agotamiento</b>	3,80	2,88	0,002 ***	1,79	2,05	0,04	*C	
<b>MBI-SS Cinismo</b>	2,25	1,70	0,15	0,69	0,68	0,95		
<b>MBI-SS Ineficacia académica</b>	2,17	2,12	0,84	1,41	1,23	0,03	*	
<b>MBI-SS Total</b>	8,22	6,70	0,03 *	3,89	3,96	0,77		

\* (probabilidad  $< 0,05$ ) \*\* (probabilidad  $< 0,01$ ) \*\*\* (probabilidad  $< 0,005$ ) \*\*\*\*(probabilidad  $< 0,001$ ) \*\*\*\*\* (probabilidad  $< 0,0005$ )

**Tabla 84: Puntuaciones en factores y total Burnout MBI-SS en GC separadas según nivel previo de burnout alto (puntuación pre Total  $\geq 5,74$ ) o bajo (puntuación pre Total  $< 5,74$ )**

	GRUPO CONTROL							
	Alto Burnout			Bajo Burnout				
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.		
<b>MBI-SS Agotamiento</b>	3,51	3,05	0,005 **	1,79	1,69	0,47		
<b>MBI-SS Cinismo</b>	1,48	1,36	0,40	0,52	0,63	0,17		
<b>MBI-SS Ineficacia académica</b>	2,68	2,40	0,012 *	1,57	1,57	0,95		
<b>MBI-SS Total</b>	7,67	6,82	0,002 ***	3,88	3,89	0,95		

\* (probabilidad  $< 0,05$ ) \*\* (probabilidad  $< 0,01$ ) \*\*\* (probabilidad  $< 0,005$ ) \*\*\*\*(probabilidad  $< 0,001$ ) \*\*\*\*\* (probabilidad  $< 0,0005$ )

### 25.4.7.2. Resultados según nivel de severidad de los síntomas en Índice de Severidad Global GSI de SCL-90-R

En la Tabla 85 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en los factores y puntuación total de Burnout MBI-SS separadas según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI del SCL-90-R  $\geq 0,94$  o puntuación en GSI del SCL-90-R  $< 0,94$ ).

**Tabla 85: Puntuaciones GE en factores y total de Burnout MBI-SS según nivel de Severidad de los Síntomas en GSI del SCL-90-R (alto: puntuación en GSI  $\geq 0,94$  o bajo: puntuación en GSI  $< 0,94$ )**

	GRUPO EXPERIMENTAL					
	Alta Severidad Síntomas GSI			Baja Severidad Síntomas GSI		
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.
<b>MBI-SS Agotamiento</b>	2,80	2,61	0,44	1,83	1,95	0,35
<b>MBI-SS Cinismo</b>	1,43	1,36	0,75	0,75	0,57	0,21
<b>MBI-SS Ineficacia académica</b>	1,89	1,74	0,31	1,35	1,19	0,12
<b>MBI-SS Total</b>	6,12	5,70	0,39	3,92	3,72	0,40
* (probabilidad < 0,05) ** (probabilidad < 0,01) *** (probabilidad < 0,005) ****(probabilidad < 0,001) ***** (probabilidad < 0,0005)						

En la Tabla 86 pueden verse las puntuaciones pre y post del GC en los factores y puntuación total de Burnout MBI-SS separadas según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI del SCL-90-R  $\geq 0,94$  o puntuación en GSI del SCL-90-R  $< 0,94$ ).

**Tabla 86: Puntuaciones GE en factores y total de Burnout MBI-SS según nivel de Severidad de los Síntomas en GSI del SCL-90-R (alto: puntuación en GSI  $\geq 0,94$  o bajo: puntuación en GSI  $< 0,94$ )**

	GRUPO CONTROL					
	Alta Severidad Síntomas GSI			Baja Severidad Síntomas GSI		
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.
<b>MBI-SS Agotamiento</b>	3,20	2,75	0,014 *	2,11	1,98	0,32
<b>MBI-SS Cinismo</b>	1,38	1,29	0,53	0,64	0,73	0,31
<b>MBI-SS Ineficacia académica</b>	2,37	2,14	0,10	1,85	1,81	0,63
<b>MBI-SS Total</b>	6,96	6,18	0,03 *	4,60	4,51	0,68
* (probabilidad < 0,05) ** (probabilidad < 0,01) *** (probabilidad < 0,005) ****(probabilidad < 0,001) ***** (probabilidad < 0,0005)						

Realizado ANOVA tiempo x grupo no se obtienen diferencias significativas entre los participantes con alto nivel de sintomatología preiva ni tampoco entre los participantes con bajo nivel de sintomatología previa.

### 25.4.7.3. Resultados en función del sexo

En la Tabla 87 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE y el GC en las escalas y Total del MBI-SS obtenidas por los hombres y en la Tabla 88 pueden verse los mismos datos referidos a las mujeres.

**Tabla 87: Puntuaciones Hombres en escalas y Total MBI-SS pre y post GE y GC**

	Escala y Puntuación Total Test de Burnout Académico MBI-SS GE y GC Hombres													
	Grupo Experimental						Grupo Control							
	pre			post			pre		post		Probab			
N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media		DT		
MBI-SS Agotamiento	16	1,98	0,89	16	2,41	0,98	0,051	18	2,31	1,15	18	2,34	1,28	0,838
MBI-SS Cinismo	16	0,94	0,91	16	0,84	0,83	0,697	18	1,01	0,67	18	1,11	0,73	0,522
MBI-SS Ineficacia académica	16	1,41	0,40	16	1,20	0,50	0,103	18	1,69	0,96	18	1,65	0,98	0,743
MBI-SS Total	16	4,32	1,68	16	4,45	1,81	0,783	18	5,01	2,28	18	5,10	2,54	0,768

**Tabla 88: Puntuaciones Mujeres en escalas y Total MBI-SS pre y post GE y GC**

	Escala y Puntuación Total Test de Bunout Académico MBI-SS GE y GC Mujeres													
	Grupo Experimental						Grupo Control							
	pre			post			pre		post		Probab			
N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media		DT		
MBI-SS Agotamiento	27	2,42	1,13	27	2,14	0,86	0,062	57	2,62	1,19	57	2,27	1,04	0,008 **
MBI-SS Cinismo	27	1,12	1,23	27	0,96	0,95	0,335	57	0,92	0,91	57	0,90	0,90	0,881
MBI-SS Ineficacia académica	27	1,69	0,68	27	1,57	0,74	0,295	57	2,18	0,84	57	2,03	0,77	0,128
MBI-SS Total	27	5,23	2,35	27	4,68	2,00	0,047 *	57	5,71	2,39	57	5,20	2,15	0,028 *

Realizado ANOVA tiempo x grupo no se obtienen diferencias significativas ni entre los participantes Hombres ni entre las participantes Mujeres.

### 25.4.7.4. Resultados en función del nivel de práctica

En la Tabla 89 pueden verse los resultados en factores y puntuación total de Burnout académico MBI-SS según el nivel de práctica en casa notificado por los participantes en el GE a través del Cuestionario Cualitativo, pregunta 9 (ver Tabla 19), se

## Resultados

han agrupado las categorías de práctica alta y media como “practican” y las de práctica baja y no práctica como “no practican”.

**Tabla 89: Puntuaciones en factores y total de Burnout académico MBI-SS según según el nivel de práctica en casa**

	GRUPO EXPERIMENTAL					
	Mayor práctica en casa			Menor práctica en casa		
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.
<b>MBI-SS Agotamiento</b>	2,25	2,33	0,75	2,26	2,19	0,68
<b>MBI-SS Cinismo</b>	1,13	1,03	0,67	1,01	0,86	0,36
<b>MBI-SS Ineficacia académica</b>	1,73	1,38	0,02 *	1,51	1,46	0,67
<b>MBI-SS Total</b>	5,12	4,74	0,46	4,77	4,51	0,35
* (probabilidad < 0,05) ** (probabilidad < 0,01) *** (probabilidad < 0,005) ****(probabilidad < 0,001) ***** (probabilidad < 0,0005)						

Realizada ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no se obtienen diferencias significativas, aunque en el factor Ineficacia se bordea la significación (F (1, 41) =3,55; p=0,067).

### **25.4.8. Ten-item personality inventory TIPI**

#### **25.4.8.1. Resultados según nivel de severidad de los síntomas en Índice de Severidad Global GSI de SCL-90-R**

En la Tabla 90 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en los dominios del TIPI separadas según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI del SCL-90-R  $\geq 0,94$  o puntuación en GSI del SCL-90-R  $< 0,94$ ).

**Tabla 90: Puntuaciones GE en dominios personalidad TIPI según nivel de Severidad de los Síntomas en GSI del SCL-90-R (alto: puntuación en GSI $\geq$ 0,94 o bajo: puntuación en GSI $<$ 0,94)**

	GRUPO EXPERIMENTAL					
	Alta Severidad Síntomas GSI			Baja Severidad Síntomas GSI		
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.
<b>TIPI Extraversión, energía</b>	4,82	5,13	0,13	4,77	4,96	0,32
<b>TIPI Afabilidad</b>	4,90	5,08	0,33	5,27	5,35	0,50
<b>TIPI Responsabilidad</b>	4,61	4,82	0,29	5,17	5,04	0,58
<b>TIPI Estabilidad emocional</b>	4,18	4,34	0,54	5,42	5,44	0,87
<b>TIPI Apertura a la experiencia</b>	5,40	5,32	0,64	5,40	5,60	0,14
* (probabilidad < 0,05) ** (probabilidad < 0,01) *** (probabilidad < 0,005) ****(probabilidad < 0,001) ***** (probabilidad < 0,0005)						

En la Tabla 91 pueden verse las puntuaciones pre y post del GC en los dominios del TIPI separadas según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI del SCL-90-R  $\geq$ 0,94 o puntuación en GSI del SCL-90-R  $<$ 0,94).

**Tabla 91: Puntuaciones GC en dominios personalidad TIPI según nivel de Severidad de los Síntomas en GSI del SCL-90-R (alto: puntuación en GSI $\geq$ 0,94 o bajo: puntuación en GSI $<$ 0,94)**

	GRUPO CONTROL						
	Alta Severidad Síntomas GSI			Baja Severidad Síntomas GSI			
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.	
<b>TIPI Extraversión, energía</b>	4,32	4,17	0,445	5,03	5,10	0,55	
<b>TIPI Afabilidad</b>	5,07	4,78	0,04	*C	5,17	4,92	0,07
<b>TIPI Responsabilidad</b>	5,15	4,70	0,012	*C	5,01	4,71	0,051
<b>TIPI Estabilidad emocional</b>	3,83	3,97	0,58	4,53	4,42	0,47	
<b>TIPI Apertura a la experiencia</b>	5,18	4,95	0,21	5,32	5,17	0,27	
* (probabilidad < 0,05) ** (probabilidad < 0,01) *** (probabilidad < 0,005) ****(probabilidad < 0,001) ***** (probabilidad < 0,0005)							

Realizados ANOVA tiempo x grupo resultan significativos los de los participantes con alta severidad de síntomas en los factores Afabilidad (F (1,47) =4,519; p=0,039) y Responsabilidad (F (1,47) =6,389; p=0,015).



## Resultados

### 25.4.8.2. Resultados en función del sexo

En la Tabla 92 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE y el GC en los dominios del TIPI obtenidas por los hombres.

**Tabla 92: Puntuaciones Hombres en dominios TIPI pre y post GE y GC**

	Puntuación dominios Test de Personalidad TIPI GE y GC Hombres													
	Grupo Experimental						Grupo Control							
	pre			post			pre			post				
	N	Media	DT	N	Media	DT	Probab	N	Media	DT	Probab			
TIPI Extraversión, energía	16	4,81	1,34	16	5,03	1,32	0,403	18	4,78	1,56	18	4,75	1,45	0,886
TIPI Afabilidad	16	4,84	0,79	16	5,00	0,88	0,386	18	4,75	1,15	18	4,67	1,06	0,636
TIPI Responsabilidad	16	5,31	1,18	16	5,19	1,01	0,633	18	4,92	1,22	18	4,83	1,47	0,797
TIPI Estabilidad emocional	16	5,34	1,47	16	5,19	1,20	0,518	18	5,00	1,33	18	4,78	1,33	0,430
TIPI Apertura a la experiencia	16	5,44	0,77	16	5,44	0,91	1,000	18	5,14	0,92	18	4,53	1,05	0,017 *C

Realizado ANOVA tiempo x grupo, ninguna diferencia resulta significativa en Hombres. En el factor Apertura se aproxima a la significación ( $F(1,32) = 3,518$ ;  $p = 0,070$ ).

En la Tabla 93 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE y el GC en los dominios del TIPI obtenidas por las mujeres.

**Tabla 93: Puntuaciones Mujeres en dominios TIPI pre y post GE y GC**

	Puntuación dominios Test de Personalidad TIPI GE y GC Mujeres													
	Grupo Experimental						Grupo Control							
	pre			post			pre			post				
	N	Media	DT	N	Media	DT	Probab	N	Media	DT	Probab			
TIPI Extraversión, energía	27	4,78	1,23	27	5,04	0,89	0,110	57	4,74	1,41	57	4,72	1,31	0,885
TIPI Afabilidad	27	5,26	0,82	27	5,37	0,97	0,416	57	5,25	0,94	57	4,93	1,20	0,006 **C
TIPI Responsabilidad	27	4,69	1,12	27	4,80	1,08	0,558	57	5,11	1,17	57	4,67	1,17	0,000 *****C
TIPI Estabilidad emocional	27	4,59	1,29	27	4,82	1,19	0,143	57	4,02	1,29	57	4,07	1,19	0,727
TIPI Apertura a la experiencia	27	5,37	0,79	27	5,50	0,71	0,230	57	5,31	1,09	57	5,25	1,04	0,666

Realizado ANOVA tiempo x grupo, resultan significativas en Mujeres las diferencias encontradas en los factores Afabilidad ( $F(1,82) = 5,370$ ;  $p = 0,023$ ) y Responsabilidad ( $F(1,82) = 7,681$ ;  $p = 0,007$ ).

### 25.4.8.3. Resultados en función del nivel de práctica

En la Tabla 94 pueden verse los resultados en dominios del TIPI según el nivel de práctica en casa notificado por los participantes en el GE a través del Cuestionario Cualitativo, pregunta 9 (ver Tabla 19), se han agrupado las categorías de práctica alta y media como “practican” y las de práctica baja y no práctica como “no practican”.

**Tabla 94: Puntuaciones en dominios personalidad TIPI según el nivel de práctica en casa**

	GRUPO EXPERIMENTAL					
	Mayor práctica en casa			Menor práctica en casa		
	Pre	Post	Probab.	Pre	Post	Probab.
<b>TIPI Extraversión, energía</b>	4,53	5,10	0,02 *	4,93	5,00	0,67
<b>TIPI Afabilidad</b>	4,93	5,13	0,35	5,20	5,29	0,47
<b>TIPI Responsabilidad</b>	5,13	5,07	0,74	4,80	4,88	0,74
<b>TIPI Estabilidad emocional</b>	4,60	4,50	0,61	5,02	5,20	0,30
<b>TIPI Apertura a la experiencia</b>	5,37	5,57	0,29	5,41	5,43	0,89
* (probabilidad < 0,05) ** (probabilidad < 0,01) *** (probabilidad < 0,005) ****(probabilidad < 0,001) ***** (probabilidad < 0,0005)						

Realizado ANOVA tiempo x frecuencia de práctica, ningún cambio resulta significativo. En Extraversión se aproxima a la significación ( $F(1,41) = 3,243$ ;  $p = 0,079$ ).

## Resultados

### 25.5. Resultados Cuestionario Cualitativo CC post intervención en Grupo Experimental

Los principales cambios recogidos en el Cuestionario Cualitativo (CC) pueden verse en la Tabla 95.

**Tabla 95: Resultados cambios reflejados en respuestas a Cuestionario Cualitativo (CC) Grupo Experimental**

Variable	Valores		
	N	Nº Resp. afirmativas	Porcentaje
<b>Cambios positivos en estado de ánimo</b> CC Pregunta 4	43	28	65,1%
<b>Cambios positivos en contenidos de pensamientos</b> CC Pregunta 5	43	27	62,8%
<b>Cambios positivos en la relación con los demás</b> CC Pregunta 6	43	16	37,2%
<b>Aprender habilidades aplicables a su futura práctica como médicos</b> CC Pregunta 7	43	43	100%

En la Tabla 96 pueden verse las respuestas facilitadas en el Cuestionario Cualitativo (CC) sobre los cambios observados y habilidades aprendidas agrupadas y con los porcentajes en que se han producido sobre el total de respuestas afirmativas en cada una de las preguntas. Se ha realizado un análisis de contenido, agrupando las respuestas por categorías para poder calcular los porcentajes de las mismas.

**Tabla 96: Respuestas facilitadas en Cuestionario Cualitativo (CC) GE sobre cambios observados y habilidades aprendidas y su porcentaje de ocurrencia**

Pregunta	Respuestas	Porcentaje
<b>Cambios en estado de ánimo</b>	-Mayor serenidad ,menos irritable, más calmado, alivio de síntomas, menos agobio	35,7%
	-Puedo relajarme más fácilmente, se afrontar mejor los momentos de estrés y preocupación	26,2%
	-Mayor consciencia de cuando la mente se va, de como estoy realmente, puedo pararme antes de actuar, mayor concentración	19,0%
	-Estado de ánimo más positivo, no dar tanta importancia a los pequeños detalles, mayor tolerancia, más autocompasión	16,7%
	-Más irritable	2,4%
<b>Cambios en forma de pensar</b>	-Mente más abierta a alternativas, mayor perspectiva, mayor consciencia, menos pensamientos a la vez, mayor aceptación, menos culpa, mayor atención al momento que se vive y a lo que hago	34,6%
	-Relativizar la importancia de los pensamientos, dejar que lleguen y se vayan sin desestabilizarme, me preocupan menos, menos pensamientos negativos	50,0%
	-Tener más en cuenta las cosas realmente importantes, los problemas ayudan a crecer y a evolucionar	7,7%
	-Importancia de las pequeñas acciones y pequeños pasos	7,7%
<b>Cambios en la relación con los demás</b>	-Mayor tolerancia a la diferencia, no juzgar tanto, mas empatía, más comprensivo, veo a las personas más como son	38,9%
	-Más tranquilo, discuto menos, mayor asertividad, valoro más las cosas importantes, mayor madurez	22,2%
	-Presto más atención a las emociones, escucho más	16,7%
	-Me siento mejor conmigo mismo y puedo proyectarlo a los demás, mayor cercanía y más ganas de conocer a gente nueva, me noto más agradable	16,7%
	-Más intolerante con los demás	5,6%
<b>Habilidades aprendidas de utilidad para la práctica médica</b>	-Relajación ante situaciones estresantes y cuando estas saturado, apaciguar y gestionar las emociones, calmar la mente, encender el "modo ser"	44,4%
	-Concentración, consciencia, atención, serenidad, actuar sin precipitarse, paramos para poder ver mejor, saber escuchar, autocontrol	16,7%
	-Expresar mejor lo que sentimos, empatía, dar apoyo al enfermo, comunicación de malas noticias, mejorar la relación con compañeros	11,1%
	-Reflexionar, conocerse mejor a uno mismo, identificar lo importante del entorno, tomar mejores decisiones	9,3%
	-Tolerancia, observar sin juzgar, aceptar la manera de ser del enfermo	7,4%
	-Crear espacio entre las dificultades y preocupaciones del paciente y las mías, entender y conectar sin dejarme afectar por sentimientos demasiado abrumadores para poder seguir ayudando. Importancia de cuidarse para poder cuidar a los demás, de la autocompasión	5,6%
	-Transmitir la importancia de vivir el momento presente, sin remordimientos por el pasado ni ansiedades por el futuro	3,7%
	-Valorar las sensaciones corporales	1,9%

## **26. DISCUSIÓN**

En este apartado se discutirán los resultados más importantes obtenidos en Resultados siguiendo el mismo orden. Cuando la discusión verse sobre aspectos relevantes para las Hipótesis que se han formulado en esta investigación, se discutirán también dichas Hipótesis.

### **26.1. Estadística descriptiva**

#### **26.1.1. Variables sociodemográficas y otros aspectos docentes.**

A pesar de que existen diferencias significativas en edad/cursos (están relacionadas), realización de prácticas, tenencia de beca y realización de asignaturas optativas entre el GE y el GC, se considera que no afectan a la validez de esta investigación puesto que no son las variables principales a medir y además se realizan comparaciones intra grupo e inter grupo.

#### **26.1.2. Asistencia a los Talleres**

Todos los participantes (salvo 1 que asistió 5 sesiones) asistieron a un mínimo de 6 de sesiones, superando el punto de corte de 6 sesiones que establecen Shapiro et al. [84] en su estudio. No se ha producido la mortalidad experimental del 20% de promedio que indican Shapiro et al. para una intervención de MBSR de 8 semanas de duración. Puede afirmarse que el Taller adaptado a las características de los participantes ha tenido éxito en este aspecto. Esta alta participación está en línea con la que informan Phang et al. [310] en su estudio.

### **26.1.3. Práctica de ejercicios en casa de asistentes a los Talleres**

En la Tabla 19 ha podido verse que la práctica efectuada en casa es baja. En el apartado 5.1 se ha comentado que en los programas MBSR y MBCT se recomiendan 45 minutos de práctica diaria en casa (sólo un 2,30% de los participantes que afirman practicar más de 3 veces por semana podrían acercarse a estos registros), en la Terapia ACT se sugiere una práctica diaria de entre 15 y 30 minutos, en DBT se recomienda la práctica regular, pero la recomendación se particulariza para cada cliente por parte de su terapeuta. En resumen, la práctica realizada por la práctica totalidad de participantes en el GE está por debajo de las recomendaciones de los programas basados en mindfulness (el 25,6% en la presente investigación no ha practicado en casa). Otros autores, como Soler et al. [85] destacan la importancia del tiempo que se lleva practicando y del número de prácticas al día (no de la duración de las mismas ni del tipo de práctica).

Cuando se trataba en las sesiones acerca de la práctica efectuada, el instructor mantenía una actitud prudente. Shapiro et al. [84] relacionan la cantidad de abandonos con la alta exigencia de tareas para casa; podría tener relación con que, en estos talleres, aunque se indica la conveniencia de dichos ejercicios y se facilitan materiales y pautas para realizarlos, no se han efectuado valoraciones ni juicios sobre la práctica de cada participante, se ha mantenido una actitud de “no agobiar”, “no pliance” en el sentido de “no instruir” con respeto a la no práctica de los participantes fuera de los talleres, “si practicas bien, sino también”, “todo es como puede y debe ser en este momento”. Se piensa que los participantes agradecían esta actitud de “no agobio” con la práctica en casa y que también se ha considerado que las motivaciones de los participantes eran diferentes a las de un grupo de “pacientes” con determinada sintomatología.

Estos niveles inferiores de práctica a las recomendaciones de los diferentes programas de mindfulness han sido notificados en diferentes estudios, en el de Eroglu et

## Discusión

al. [316], el nivel de práctica en casa promedio de los participantes fue de 40,7 minutos semanales (DT=22.8), que corresponden a 5,81 minutos por día, la cual consideran baja (habían solicitado un compromiso de práctica de 140 minutos semanales, 20 minutos al día, y la exigencia en un programa estándar de MBSR es de 315 minutos semanales -45 minutos al día-).

Otro aspecto de interés, que se discutirá a medida que vayan presentándose los resultados de la intervención, es la importancia de la práctica en casa en la obtención de las modificaciones que se consiguen, pues ante las exigencias de alta participación de los programas de mindfulness, diferentes autores, como Phang et al. [310], obtienen resultados de mejora con independencia de la cantidad de práctica efectuada en casa. En la revisión de Vettese et al. [345] que incluye 98 estudios, de los cuales, 24 evaluaron la asociación entre práctica de ejercicios en casa y los resultados de mejora obtenidos; en 13 trabajos (el 54%) se encontró al menos apoyo parcial a los beneficios de la práctica fuera de las sesiones presenciales a la hora de conseguir mejoras en diferentes variables. Como veremos, en este aspecto resulta relevante la variable dependiente que se pretende modificar.

Aunque algunos autores, como Lykins y Baer, defienden la necesidad de periodos de práctica superiores a las 8 semanas habituales de la mayoría de programas de mindfulness para poder obtener efectos duraderos en el tiempo. Los resultados de la presente investigación aportan evidencia de que puede obtenerse beneficios, al menos a corto plazo, con una práctica menos exigente en tiempo diario y con periodos más cortas. Para consolidar estas mejoras, es posible que se requiera una práctica más continuada, más allá de las 8 semanas de los programas habituales, en línea con lo defendido por Soler et al. [85].

No debe olvidarse que, además de la práctica en casa, cada una de las sesiones de ambos talleres incluía un tiempo de práctica (puede estimarse entre 30 y 45 minutos por sesión). Además, ¿hasta qué punto no ha podido producirse una práctica informal de pequeños momentos de atención consciente que no se han reflejado en las respuestas sobre la práctica efectuada? Diferentes estudios conceden relevancia a dichas prácticas informales, realizadas aparte de las sesiones formales de práctica, como por ejemplo los de May y O'Donovan [92], Surrey [436] y Brown y Ryan [88].

## **26.2. Valores pre Totales (GE+GC) de variables medidas**

Con objeto de poder adoptar una perspectiva acerca de las puntuaciones pre Totales (GE+GC) que se muestran en la Tabla 31, en los siguientes apartados se compararán estas puntuaciones, en las distintas pruebas, con las de grupos de referencia de los manuales de las pruebas o de estudios con muestras similares.

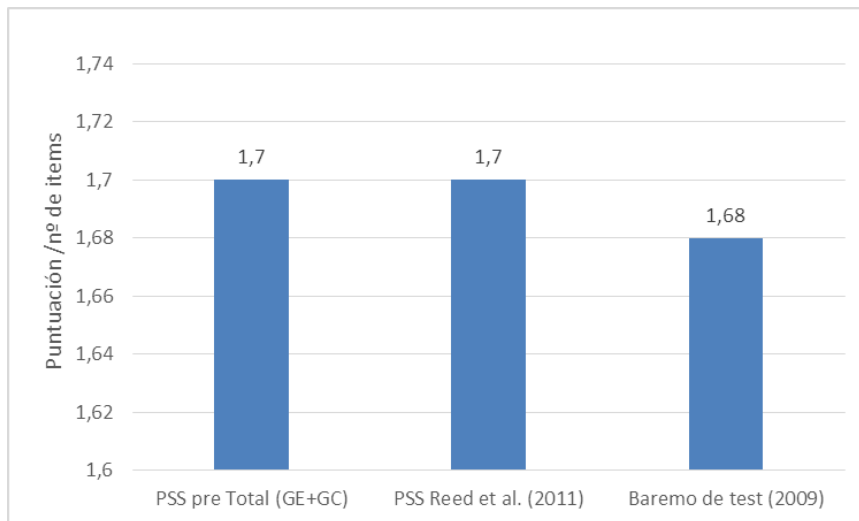
### **26.2.1. Escala de Estrés Percibido PSS**

En la Figura 29 puede verse la media de la puntuación en la Escala de Estrés Percibido PSS comparada con el estudio de Reed et al. [437] que ha utilizado un muestra de 2.056 estudiantes de medicina de primer y segundo año de varias escuelas de medicina de Estados Unidos (se ha escogido esta comparación debido a que la muestra de Reed es la de mayor tamaño, con diferencia, de las encontradas). Ya que en el estudio de Reed se utilizó la versión de 10 ítems del PSS, se ha efectuado una conversión de las puntuaciones dividiendo las mismas por el número de ítems, para que puedan ser comparables. También se han añadido los resultados del nuevo baremo del test realizado en 2009 por Cohen y Janicki-Deverts [407] tomando como referencia la muestra de menores de 25 años. Puede verse que la presente muestra coincide prácticamente con los resultados de Reed y



## Discusión

manifiesta mayores niveles de estrés con respecto al baremo, en consonancia con la literatura existente expuesta en el punto 18.



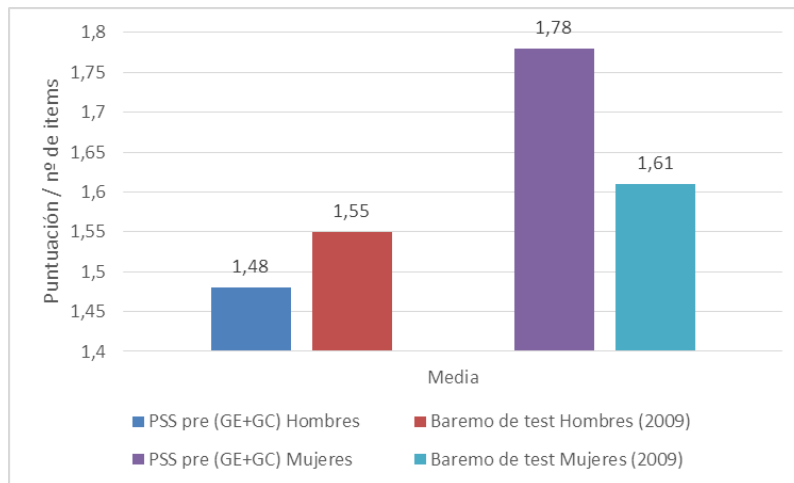
**Figura 29: Puntuación media pre muestra Total (GE+GC) Escala de Estrés Percibido PSS comparada con estudio de Reed (2011) y el baremo del test (2009)**

Con respecto al Baremo del test de 2009, sus autores resaltan como los valores se han ido incrementando con el tiempo, desde el baremo realizado en 1983, en el segundo baremo realizado en 2006 hasta el baremo del 2009, por lo que cabe preguntarse si un baremo que se realizara en 2015 daría valores superiores, siguiendo esta tendencia.

Existen otros estudios con los que podríamos comparar, como el de Erogul et al. [316] que obtiene una puntuación de 1,79 (puntuación dividida por el número de ítems), algo superior, con una muestra de 57 estudiantes de medicina de primer año del estado de Nueva York.

### 26.2.1.1. PSS en función del sexo

En la Tabla 21 se ha visto que la puntuación de PSS en las mujeres de la presente muestra total es mayor que la de los hombres. En la Figura 30 pueden verse comparadas las puntuaciones de la presente muestra Total en PSS (dividas por en número de ítems) en función del sexo con el baremo de la prueba [407]. Vemos que las puntuaciones de los hombres son algo inferiores a las del baremo, mientras que las de las mujeres superan las puntuaciones del baremo de la prueba.



**Figura 30: Puntuaciones medias pre muestra (GE+GC) Escala de Estrés Percibido PSS en función del sexo comparadas con baremo del test (2009)**

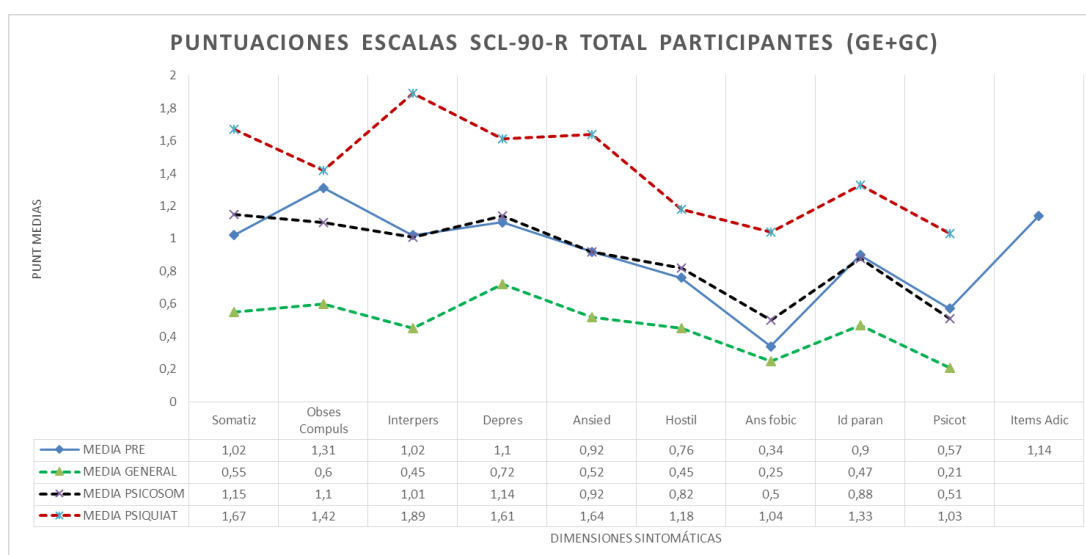
En esta ocasión se ha utilizado el baremo de la población general y no el de menores de 25 años, como se ha hecho en la Figura anterior, debido a que los autores sólo facilitan una única puntuación general separada por sexos, puede verse que estas puntuaciones son algo inferiores a las de la muestra de menores de 25 años.

En resumen, la presente muestra tiene puntuaciones de Estrés percibido en línea con otras muestras de estudiantes de medicina y superiores a la población general. En este nivel de estrés parece que tiene influencia la puntuación de las mujeres, que es más elevada que la de los hombres y superior a los de la población general, mientras que en el caso de los hombres, su puntuación es inferior al de la población general.

También es relevante, al considerar las puntuaciones globales de hombres y mujeres, que en la muestra del presente estudio existe mayor proporción de mujeres (71,2%).

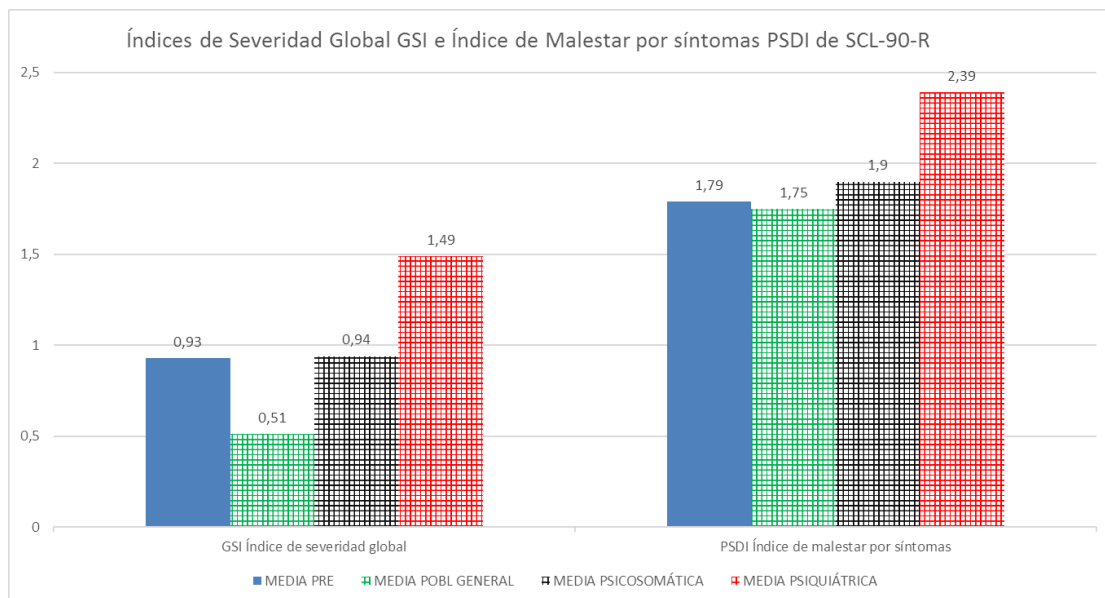
### 26.2.2. Cuestionario de Síntomas SCL-90-R

En la Figura 31 se comparan las puntuaciones obtenidas en los factores del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R por el grupo total en la fase pre (ver Tabla 20) con 3 perfiles (líneas discontinuas) correspondientes a la población general, a una población psicósomática y a una población psiquiátrica, según consta en el Manual [412] de dicha prueba (no han podido añadirse estos resultados poblacionales en la escala de Ítems adicionales al no facilitarlos dicho Manual). Comparando los resultados de esta muestra, puede verse que, a nivel de sintomatología medida a través del SCL-90-R, las puntuaciones, en general, son altas, por encima de una muestra general, bastante en línea con una muestra de psicósomáticos y por debajo de una muestra psiquiátrica. Estos resultados estarían en consonancia con los estudios que detectan riesgo de problemas psicopatológicos y de malestar en estudiantes de medicina [1, 315–318]. Vemos que los síntomas obsesivo-compulsivos están al nivel de la población psiquiátrica, en cambio en la sintomatología relacionada con la ansiedad fóbica los valores de la muestra se acercan a los de la población general.



**Figura 31: Puntuaciones medias pre muestra Total (GE+GC) escalas cuestionario de síntomas SCL-90-R comparadas con la media general, la de una población de pacientes psicósomáticos y la de una población de pacientes psiquiátricos**

En la Figura 32 puede verse el Índice de Severidad Global GSI (medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global) y el Índice de Malestar por Síntoma PSDI (relaciona el sufrimiento o “distrés” global con el número de síntomas, y es por lo tanto un indicador de la intensidad sintomática media) de la Escala SCI-90-R de la presente muestra total comparada con la media general, la de una población de pacientes psicossomáticos y la de una población de pacientes psiquiátricos. En la misma línea, se observa que el GSI de la presente muestra



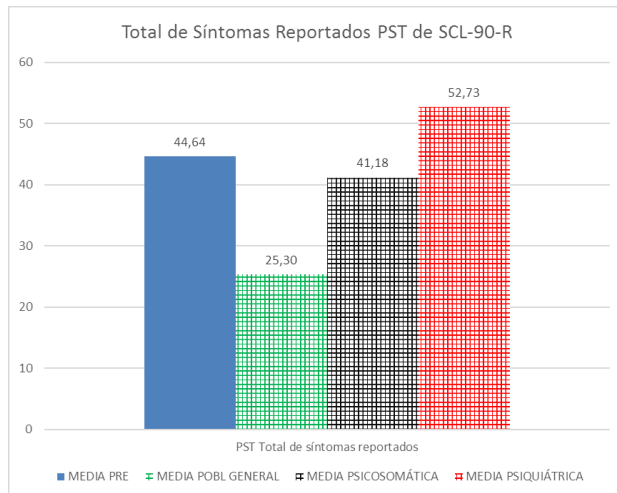
**Figura 32: Puntuaciones medias pre muestra Total (GE+GC) Índice de Severidad Global GSI e Índice de Malestar por Síntomas PSDI del SCL-90-R comparadas con la media general, la de una población de pacientes psicossomáticos y la de una población de pacientes psiquiátricos**

prácticamente coincide con el de la población de pacientes psicossomáticos y el PSDI se sitúa entre la población general y la psicossomática.

En la Figura 33 podemos ver el Total de Síntomas Reportados PST (contabiliza el número total de síntomas presentes, o sea, la amplitud y diversidad de la psicopatología) de la Escala SCI-90-R de la presente muestra muestra total comparada con la media general, la de una población de pacientes psicossomáticos y la de una población de pacientes psiquiátricos. Podemos ver que, en este caso, el PST de la presente muestra está

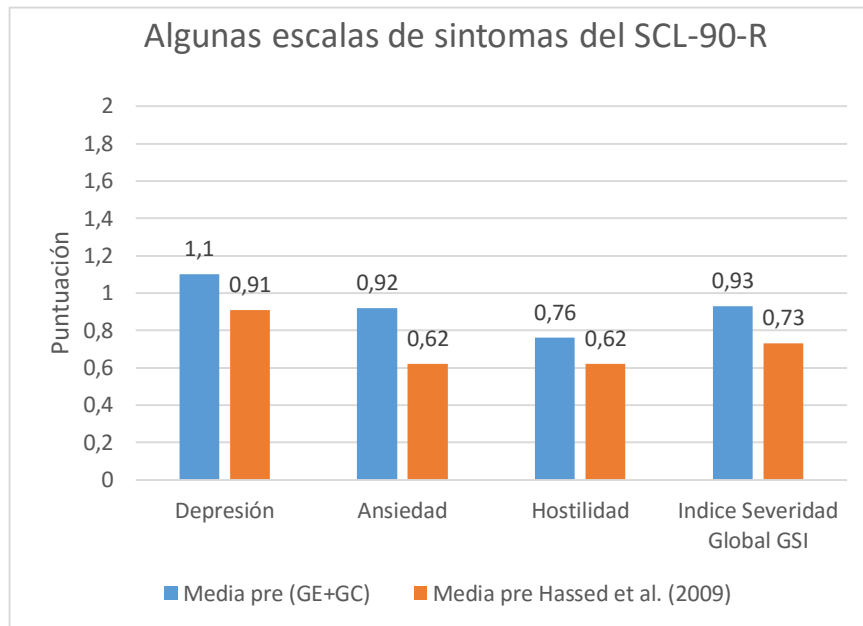
## Discusión

muy por encima de la población general y supera el de la población de pacientes psicósomáticos.



**Figura 33: Puntuación media pre muestra Total (GE+GC) en Total de Síntomas Reportados PST del SCL-90-R comparadas con la media general, la de una población de pacientes psicósomáticos y la de una población de pacientes psiquiátricos**

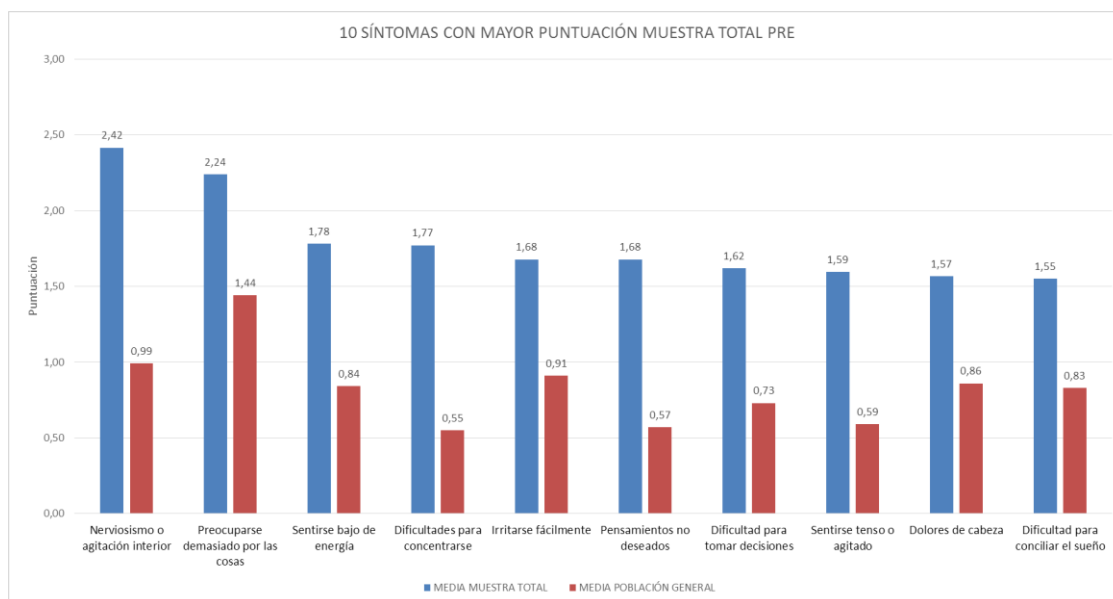
Con objeto de adquirir perspectiva con una muestra parecida a la de este estudio, en la Figura 34 se comparan estos datos con los del estudio de Hased et al. [334] que ha utilizado 148 estudiantes de medicina de primer curso de la Universidad de Monash en Australia. Solamente pueden compararse las escalas de Depresión, Ansiedad, Hostilidad y el Índice de Severidad Global, pues son las únicas puntuaciones del SCL-90-R que se facilitan en dicho estudio (en el mismo se comenta que se han escogido estas escalas basándose en la literatura sobre salud psicológica en estudiantes de medicina y los efectos psicológicos de las intervenciones basadas en mindfulness). Hased et al. las consideran elevadas en comparación con una muestra de referencia. Puede verse que la muestra del presente estudio las supera holgadamente en todas las escalas, por lo que podemos suponer que la presente muestra manifiesta una sintomatología importante, tal como también indica la Figura 31 y posteriores. Es de destacar que, en la presente muestra, las mayores puntuaciones se obtienen en las escalas de Obsesión-compulsión e Ítems adicionales, los cuales no pueden compararse con el estudio de Hased.



**Figura 34: Puntuación media pre muestra Total (GE+GC) en escalas Depresión, Ansiedad, Hostilidad e Índice General de Síntomas GSI de la Escala de Síntomas SCL-90-R comparada con estudio de Hased et al. (2009)**

Con respecto a la Tabla 26 de los 10 síntomas de mayor puntuación en la muestra de la presente investigación, en el Manual del SCL-90-R se indica que los síntomas Dolores de cabeza, Nerviosismo o agitación interior, Sentirse bajo de energía y Preocuparse demasiado por todo (presentes en esta lista de 10 síntomas más puntuados) acostumbran a presentarse con frecuencia en la población, por lo que debe considerarse su puntuación y el resto del perfil, con objeto de obtener una buena visión y referencia. En la Figura 35 pueden verse estos 10 síntomas con sus puntuaciones en la muestra total y en la población general. De estos 10 síntomas, 3 pertenecen a la escala de Obsesión-Compulsión, 2 a las de Ansiedad y Depresión y 1 a las escalas de Hostilidad, Somatización e Ítems adicionales. El primer síntoma pertenece a la escala de Ansiedad.

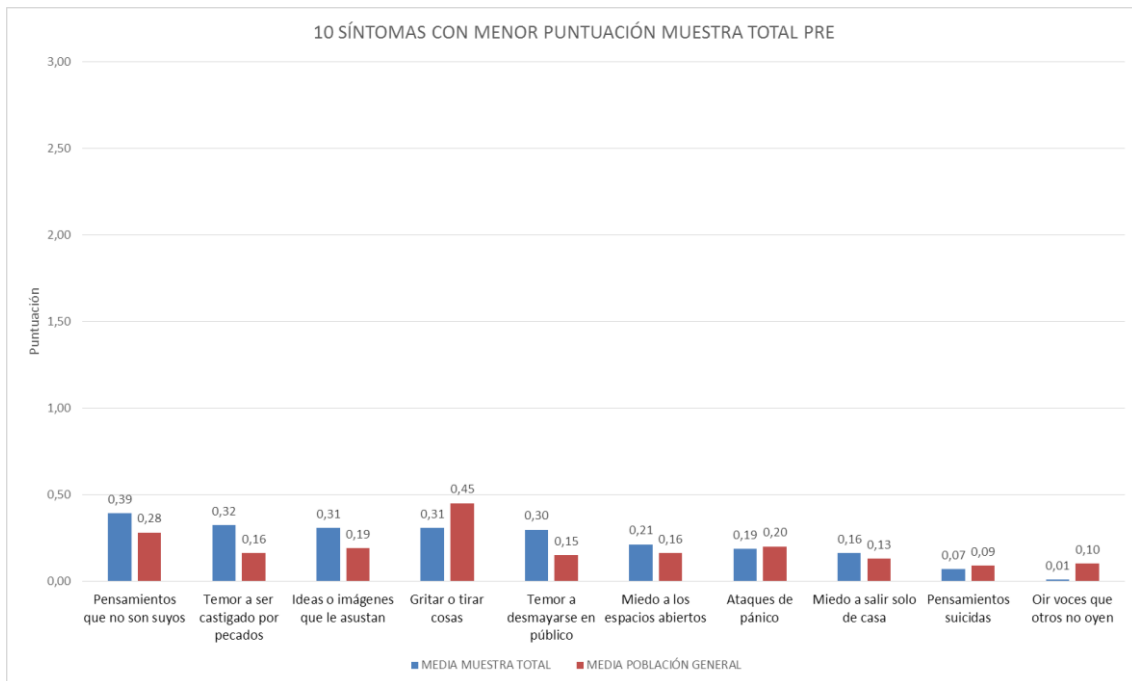
## Discusión



**Figura 35: Puntuaciones pre en los 10 síntomas con mayor puntuación del SCL-90-R en muestra Total comparadas con baremo población general**

Si se consideran los síntomas con menor puntuación media deben aparecer los que son raros en la población general y que pueden alertar de posibles patologías graves. Pueden verse en la Tabla 27.

En la Figura 36 puede verse el síntoma que ocupa el último lugar en la puntuación media: *Oír voces que otros no oyen*, que ha sido puntuado con un 1 (rango escala de 0 a 4) por un participante. El siguiente por la cola es *Pensamientos suicidas*, que ha sido puntuado con un 1 por 8 participantes. Luego vienen *Miedo a salir solo de casa*, *Ataques de pánico* (17 participantes los puntúan con un 1 o un 2) y *Miedo a los espacios abiertos*. Merece mención que en algunos de estos 10 síntomas menos frecuentes, existen personas que los puntúan con un 4 (su máxima intensidad), como las 3 de *Miedo a desmayarse en público* o 1 en *Gritar o tirar cosas* o *Tener pensamientos que no son suyos*.



**Figura 36: Puntuaciones pre en los 10 síntomas con menor puntuación del SCL-90-R en muestra Total comparadas con baremo población general**

En esta Figura 36 puede verse que el penúltimo lugar corresponde a Pensamientos suicidas. En la Tabla 27 puede comprobarse que 8 participantes han puntuado con 1 este ítem. En el estudio de Schwenk et al. [327] se encontró que la prevalencia de la depresión moderada a severa en estudiantes de medicina era del 14,3%, siendo mayor en las mujeres y que a medida que avanzaban en sus estudios eran más propensos a reportar ideación suicida. En la muestra de la presente investigación los datos no van en línea con dicho estudio en lo referente a ideación suicida, además de por su baja frecuencia porque de las 8 personas que han puntuado con 1 este ítem, 5 son de 2º curso, 2 de 3º curso y una de 5º curso.

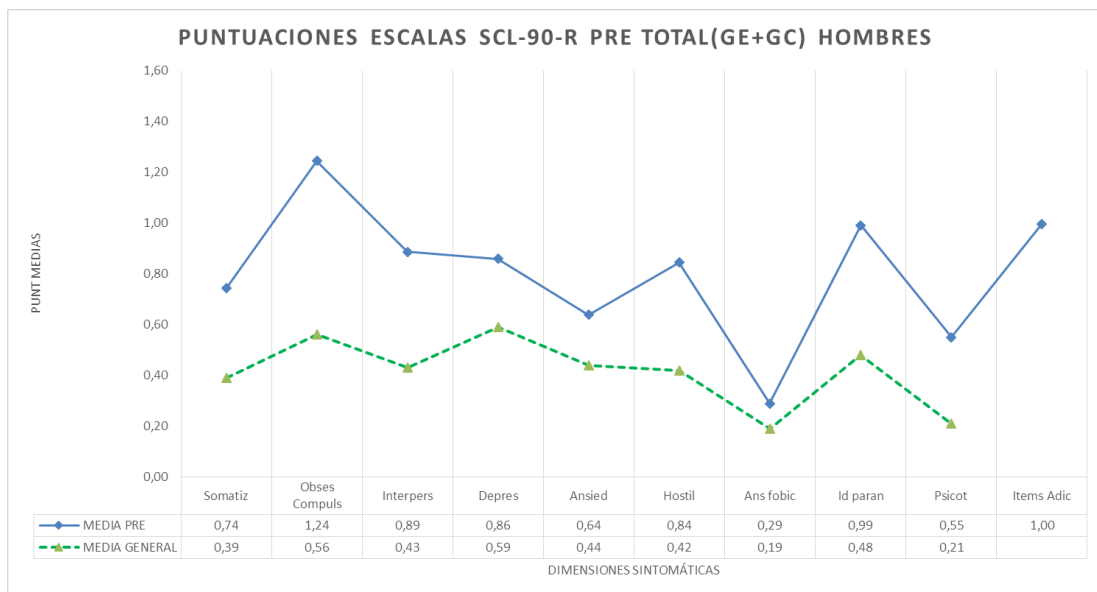
### 26.2.2.1. SCL-90-R en función del sexo

En la Tabla 23 puede verse que se dan diferencias significativas en las puntuaciones de varias escalas del SCL-90-R en la muestra total entre hombres y mujeres, en concreto en las escalas Somatización ( $p < 0,001$ ), Depresión ( $p < 0,05$ ) y Ansiedad ( $p < 0,001$ ) y en el Índice de Total de Síntomas Positivos ( $p < 0,05$ ), todos ellos con mayor puntuación en las mujeres. El Manual de la prueba proporciona baremos diferenciados

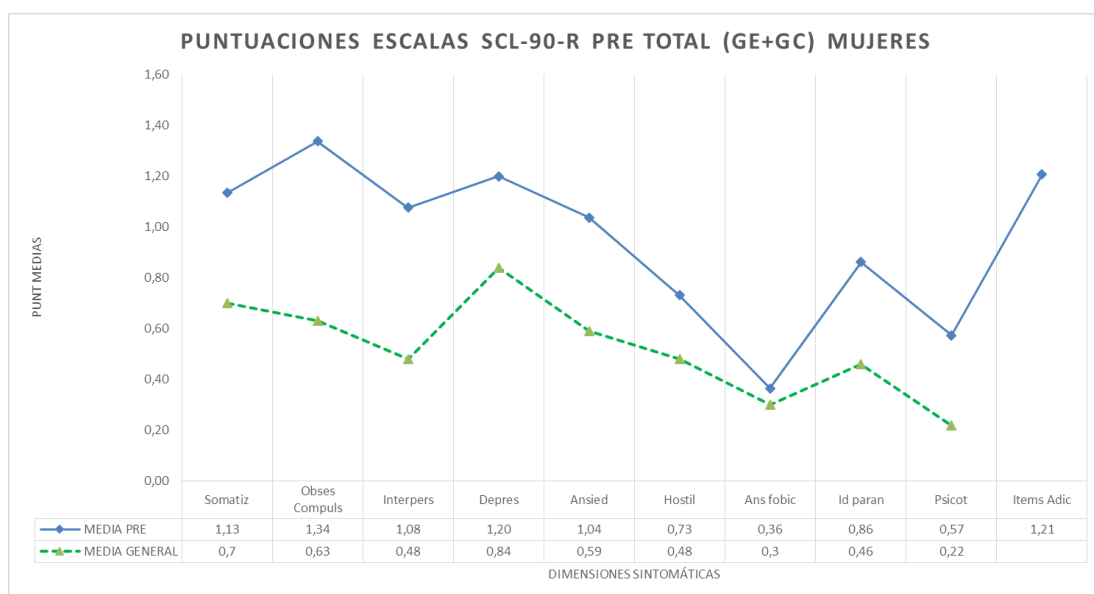


## Discusión

por sexo para la población general y en las Figura 37 y 38 pueden verse representadas gráficamente las puntuaciones pre de los hombres y de las mujeres de la presente muestra por separado comparadas con sus baremos para hombres y mujeres del Manual de la prueba [412]. Puede verse que tanto hombres como mujeres están por encima de sus referencias de la media general en todas las escalas del SCL-90-R y que destaca en ambos grupos la escala de Obsesión-compulsión.



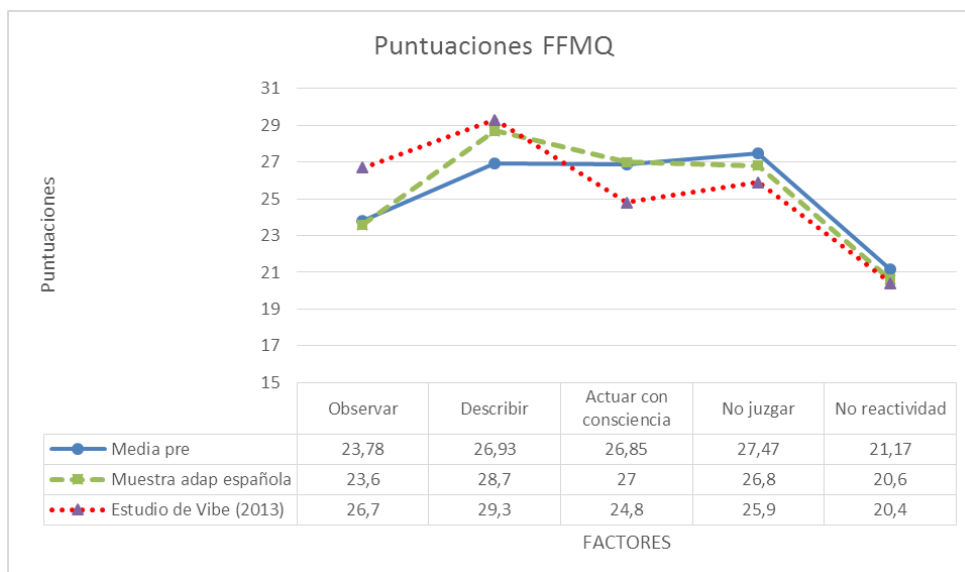
**Figura 37: Puntuaciones en Escalas de SCL-90-R pre muestra Total (GE+GC) en hombres y comparadas con baremos población general hombres**



**Figura 38: Puntuaciones en Escalas de SCL-90-R pre muestra Total (GE+GC) en mujeres y comparadas con baremos población general mujeres**

**26.2.3. Cuestionario de las 5 Facetas de Mindfulness FFMQ**

En la Figura 39 pueden verse las puntuaciones en los cinco factores del cuestionario de mindfulness obtenidos por la muestra Total en comparación con una muestra española de la adaptación del cuestionario a nuestro contexto (en trazos verdes) realizada por Cebolla et al. [73] y de una muestra de estudiantes de medicina y psicología suecos y noruegos del estudio de De Vibe et al. [330], en puntos rojos.



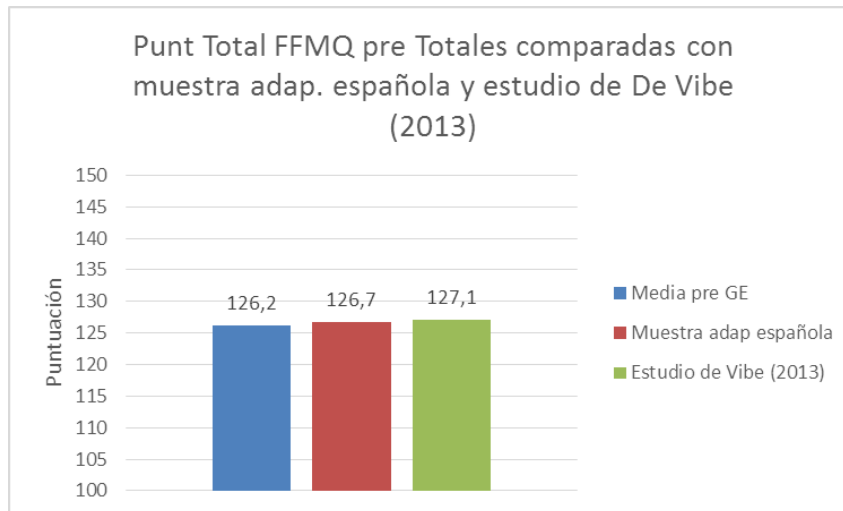
**Figura 39: Puntuación en 5 facetas de mindfulness de FFMQ muestra pre Total (GE+GC) en comparación con muestra adaptación española (Cebolla et al., 2012) y estudio de De Vibe et al. (2013)**

En esta Figura 39 se observa cómo las puntuaciones de la muestra del presente estudio y las de la muestra de adaptación de la escala prácticamente se solapan en los factores Observar, Actuar con conciencia, No juzgar y No reactividad; en el factor Describir esta muestra obtiene una puntuación algo inferior. Con respecto a las puntuaciones del estudio de De Vibe, esta muestra es inferior en los factores Observar y Describir y superior en los factores Actuar con Conciencia, No juzgar y No reactividad.

En la Figura 40 pueden verse las puntuaciones Totales (suma de las 5 escalas) de FFMQ de la muestra Total pre, comparada con las puntuaciones Totales de FFMQ de la muestra española de la adaptación del cuestionario a nuestro contexto realizada por Cebolla et al. [73] y de una muestra de estudiantes de medicina y psicología suecos del

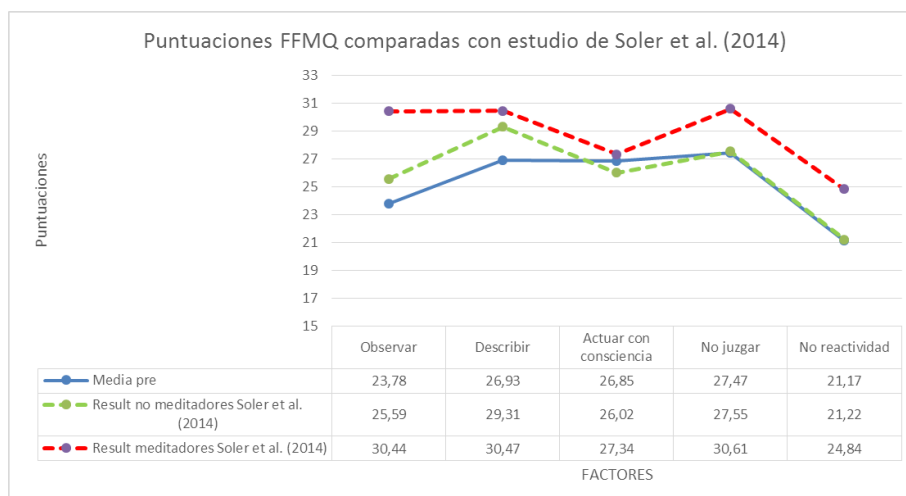
## Discusión

estudio de De Vibe [330]. Puede verse que los resultados son muy parecidos, esta muestra es ligeramente inferior a la de la adaptación española del cuestionario y a la muestra del estudio de De Vibe.



**Figura 40: Puntuación Total en 5 facetas de mindfulness de FFMQ muestra pre Total (GE+GC) comparada con muestra adaptación española (Cebolla et al., 2012) y estudio de De Vibe (2013)**

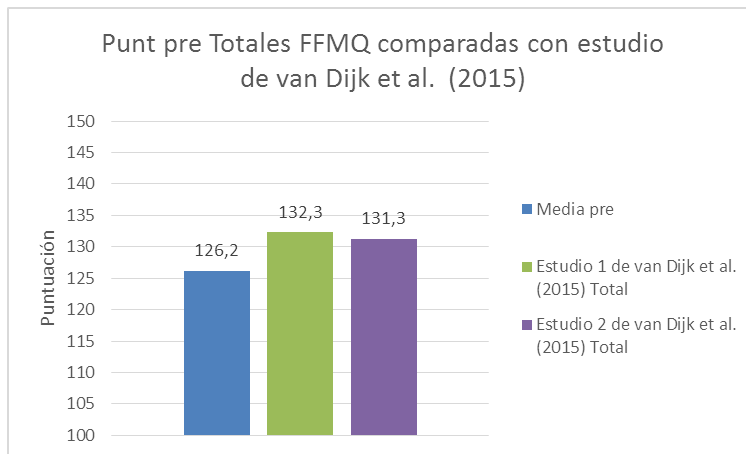
Si se comparan los resultados de la muestra Total del presente estudio con una muestra española de meditadores y no meditadores [85], como se muestra en la Figura 41, se observa que los resultados están más cerca de la muestra de no meditadores, como cabe esperar. Los no meditadores del estudio también puntúan más alto en el factor Describir, como ocurría con la muestra de la adaptación española de la Figura 39. Los



**Figura 41: Puntuación en 5 facetas de mindfulness de FFMQ muestra pre Total (GE+GC) en comparación con muestra de meditadores y de no meditadores (Soler et al., 2014)**

meditadores obtienen puntuaciones superiores en todos los factores (en el factor Actuar con conciencia la diferencia es más pequeña).

En la Figura 42 puede verse la puntuación Total (suma de las 5 escalas) en el cuestionario FFMQ de la muestra Total, comparada con la puntuación Total de la muestra total de los 2 estudios efectuados por van Dijk et al. [339] con estudiantes de medicina de una universidad holandesa. En este caso, la puntuación de la muestra del presente estudio es inferior.

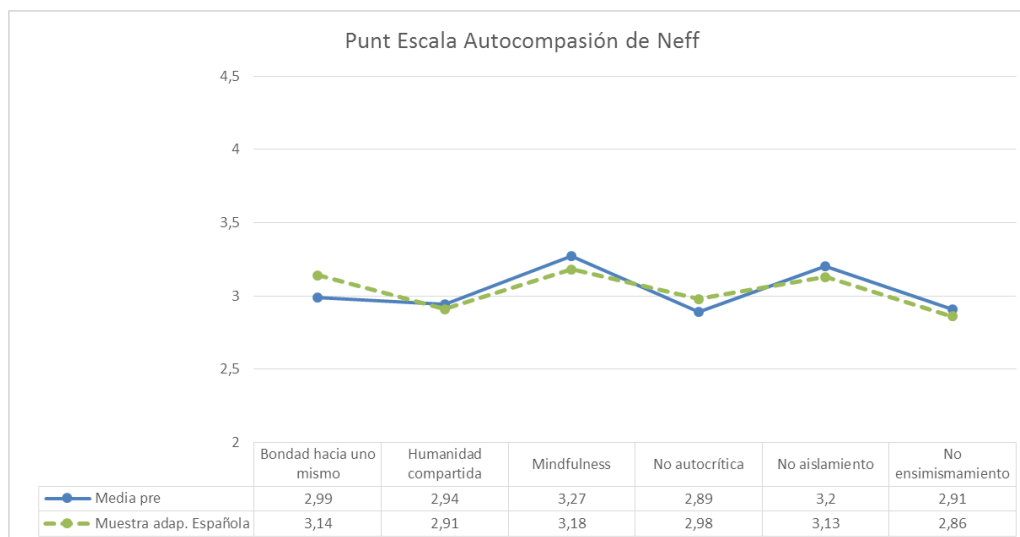


**Figura 42: Puntuación Total de FFMQ muestra pre Total (GE+GC) en comparación con muestra Total de estudiantes de medicina de los dos estudios de van Dijk et al. (2015)**

En las Tabla 28 se ha visto que las variables demográficas y educativas analizadas no tienen incidencia significativa en la puntuación Total de mindfulness y en la Tabla 29 se observa que no existen diferencias significativas ni en las facetas ni en la puntuación Total en función del sexo de los participantes. Es llamativa, aunque no significativa ( $p < 0,11$ ) la menor puntuación en Total de mindfulness de los participantes que han realizado actividades de voluntariado (media 123,80 DT 15,43) frente a los que no las han realizado (media 128,37 DT 15,65).

### 26.2.4. Escala de Autocompasión SCS

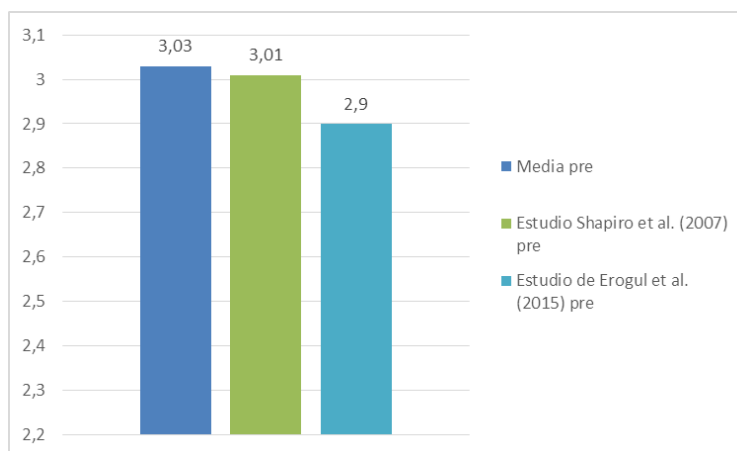
En la Figura 43 pueden verse las puntuaciones en los 6 factores de la Escala de Autocompasión SCL obtenidos por la muestra Total del estudio en comparación con una muestra española de la adaptación del cuestionario a nuestro contexto (en línea verde discontinua) realizada por García-Campayo et al. [413] en la que se ha utilizado una muestra de estudiantes de ciencias de la salud. Se han invertido las puntuaciones en las escalas complementarias ya que tienen connotación negativa (Autocrítica, Aislamiento y Ensimismamiento) convirtiéndolos en No autocrítica, No aislamiento y No ensimismamiento, con objeto de facilitar la interpretación visual de las diferencias (de este modo los valores superiores en las 6 escalas implican connotación positiva).



**Figura 43: Puntuación de los 6 factores de la Escala de Autocompasión SCL muestra pre Total (GE+GC) en comparación con muestra adaptación española (García-Campayo, 2014)**

Se observa, en esta Figura 43, que los resultados de esta muestra están en línea con los de la adaptación española, que supera ligeramente a esta muestra en Bondad hacia uno mismo y No autocrítica (es el complementario del anterior). Esta muestra es ligeramente superior en Mindfulness y No aislamiento.

Con objeto de tomar más perspectiva sobre estos resultados, En la Figura 44 se comparan con el estudio de Shapiro et al. [77] en la que se aplicó un programa de entrenamiento en mindfulness a estudiantes de postgrado de psicoterapia y con el estudio de Erogul et al. [316] que también ha aplicado un entrenamiento en mindfulness a estudiantes de medicina de primer curso en el estado de Nueva York, en estos estudios sólo se facilita la puntuación total de todas las escala por lo que utilizaremos estas puntuaciones, calculadas mediante la suma de las puntuaciones en las seis escalas, invirtiendo las puntuaciones en las escalas complementarias y dividiéndola por el número de escalas; en ambos casos se ha utilizado la puntuación preintervención, como en el presente estudio. Puede verse que la presente muestra es ligeramente superior en la puntuación Total pre del estudio de Shapiro et al. y supera más holgadamente a la puntuación Total pre del estudio de Erogul et al., aunque se encuentra muy en línea con ambos resultados.



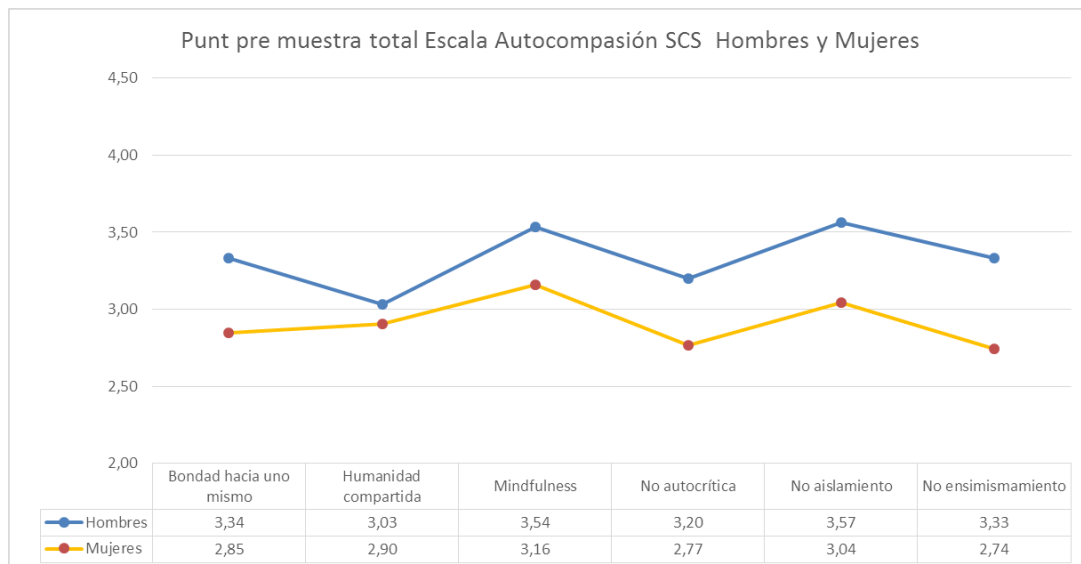
**Figura 44: Puntuación Total de la Escala de Autocompasión SCL muestra pre Total (GE+GC) en comparación con resultados pretratamiento del estudio de Shapiro et al. (2007) y de Erogul et al. (2015)**

#### 26.2.4.1. SCS en función del sexo

En la Tabla 31 de Resultados pueden verse las puntuaciones pre del Total de la muestra en cada una de las escalas y en la puntuación Total de SCS en función del sexo de los participantes. Se observa que las mujeres obtienen resultados significativos

## Discusión

inferiores a los hombres en las escalas Bondad hacia uno mismo, Mindfulness y superiores a los hombres en las escalas negativas de Autocrítica, Aislamiento y Ensimismamiento; la puntuación Total en Autocompasión también resulta inferior y significativa con respecto a la de los hombres. En la Figura 45 pueden verse los resultados en las escalas de manera gráfica.



**Figura 45: Puntuaciones pre muestra Total en Escala de Autocompasión SCS en función del sexo**

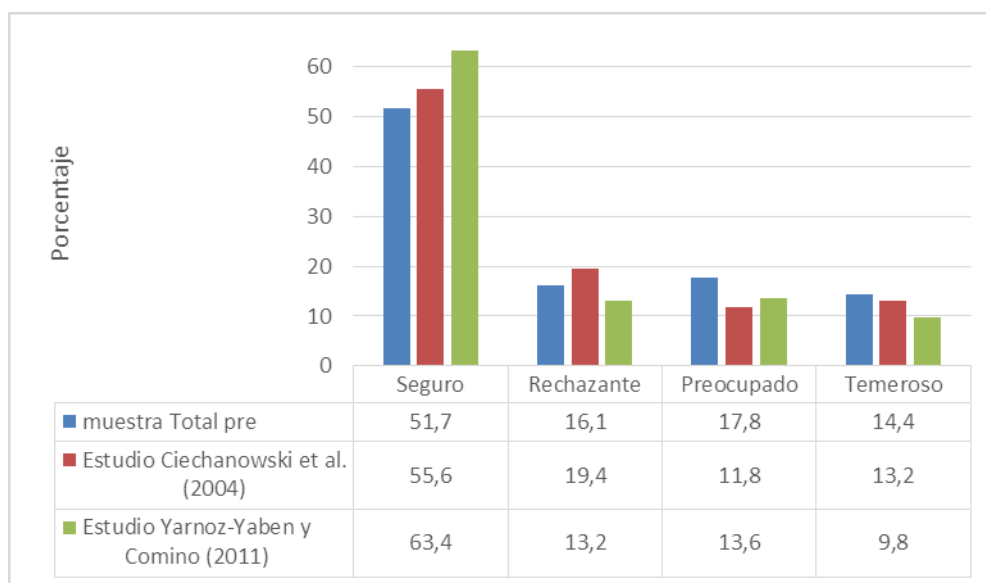
Ni en la adaptación española de la escala, ni en los estudios de Shapiro et al. y de Eroglu et al. que se han comentado, se facilitan puntuaciones de SCS separadas por sexo, por lo que no se dispone de referencias para situar estas puntuaciones, aunque, a la vista de estos resultados parecen existir diferencias importantes en función del sexo. Estas diferencias entre sexos ya fueron reportadas por Neff [160] en sus estudios 1 y 2 del artículo que se cita, en concreto, encontró diferencias en puntuación Total, Autocrítica, Aislamiento, Ensimismamiento y Mindfulness, no así en Bondad hacia uno mismo (que si ha resultado significativa en el presente estudio) y Humanidad compartida. Neff en su estudio 3, realizado con practicantes budistas, no encontró diferencias en autocompasión en función del sexo, por lo que postuló la importancia de aspectos culturales y de práctica en las puntuaciones de las escalas.

En la Tabla 30 se ha visto que la única variables demográfica y educativa analizada en la que existe una diferencia significativa en la puntuación Total de autocompasión ( $p < 0,01$ ) es la realización de actividades de voluntariado. Los participantes que han realizado este tipo de actividades obtienen una puntuación menor (media 2,87, DT 0,61) frente a los que no las han realizado (media 3,17, DT 0,60).

### 26.2.5. Cuestionario de Relación RQ

En la Tabla 35 del apartado 25.2.5 pueden verse los resultados totales pre tratamiento de la muestra Total (GE+GC) de la variable cualitativa categórica Estilo de Apego. Los resultados corresponden a la elección que se solicita en el cuestionario de apego RQ, además de las puntuaciones cuantitativas continuas en cada uno de los estilos que pueden verse en la Tabla 20, según categorización de Bartholomew y Horowitz [135] explicada en la Figura 8 del apartado 8.1.

Para obtener una referencia de estas puntuaciones, en la Figura 46 pueden verse comparadas con las puntuaciones de 144 estudiantes de medicina de la universidad de Washington del estudio de Ciechanowski et al. [152] y con las puntuaciones del estudio



**Figura 46: Porcentaje de cada estilo de apego en muestra Total (GE+GC) comparado con los estudios de Ciechanowski et al. (2004) y Yarnoz-Yaben y Comino (2011)**



## Discusión

de Yarnoz-Yaben y Comino [414] con una muestra de 1.124 personas de la población general en nuestro contexto.

En esta Figura 46 puede verse cómo la presente muestra es superada en estilo de apego seguro tanto por el estudio de Ciechanowski et al. (con estudiantes de medicina) como por el estudio de Yarnoz-Yaben y Comino (con una muestra grande de la población general).

En el apartado 8.1 se comentó el trabajo de Ciechanowski et al. [152] en el que se estudia la relación entre apego y la especialidad médica que eligen los estudiantes de medicina. Estos autores encuentran relación entre apego seguro, modelo positivo de otros (según modelo de Bartholomew y Horowitz que se muestra en la Figura 8) y la elección de especialidades de atención primaria, mientras que el apego no seguro o un modelo negativo de otros guarda relación con especialidades de atención hospitalaria o especializada. En los resultados del presente estudio, que se muestran en la Tabla 34, puede verse que van en la línea de la hipótesis de estos autores: los estudiantes que piensan escoger especialidades de atención primaria (medicina de familia o pediatría) obtienen mayores puntuaciones en Apego Seguro cuantitativo (y menores en los 3 tipos de Apego inseguro) y en los modelos de Sí mismo y de Otros, comparados con los que piensan escoger otras especialidades, pero los resultados no resultan significativos. Considerando en que en nuestro contexto parte de las personas que escogen la especialidad de pediatría pueden tener en mente un trabajo hospitalario (la pediatría es una especialidad mixta, con parte de atención primaria y parte hospitalaria), se han calculado los resultados únicamente para los participantes que piensan elegir medicina de familia, resultando entonces la diferencia en Apego Seguro significativa (la  $N=7$  es muy reducida para este caso, por lo que hay que tomar los resultados con prudencia); no resulta significativa la diferencia en Modelo de Otros, a diferencia de los que ocurre en el estudio de Ciechanowski et al.

En las Tabla 32 se ha visto que la única variables demográfica y educativa analizada en la que existe una diferencia significativa en la puntuación de Apego Seguro ( $p < 0,05$ ) es la realización de prácticas. Los participantes que han realizado prácticas obtienen una puntuación menor (media 4,75 DT 1,53) frente a los que no las han realizado (media 5,37 DT 1,47).

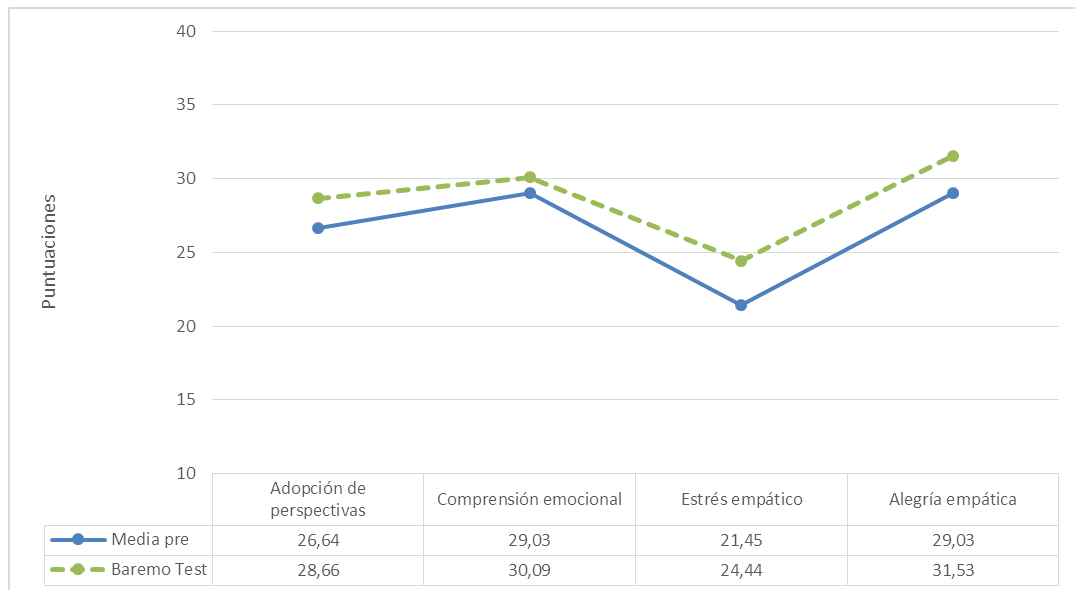
En la Tabla 33 se ha comprobado que no existen diferencias significativas en los diferentes tipos y modelos de Apego entre hombres y mujeres en la muestra Total.

#### **26.2.6. Test de Empatía Cognitiva y afectiva TECA**

Para obtener referencia de las puntuaciones de la presente muestra Total, en la Figura 47 se comparan las medias de las puntuaciones de los 4 factores con las del baremo del Test [154]. Puede verse que la presente muestra obtiene puntuaciones inferiores a las del baremo en los 4 factores.

Podría parecer que los resultados esperados deberían estar por encima de los de la población general, especialmente en los factores relacionados con la empatía cognitiva (Adopción de perspectivas y Comprensión emocional), puesto que es necesario comprender las necesidades del paciente para poder ofrecer una atención de calidad. En el manual de la prueba se recomienda puntuaciones elevadas para profesiones médicas.

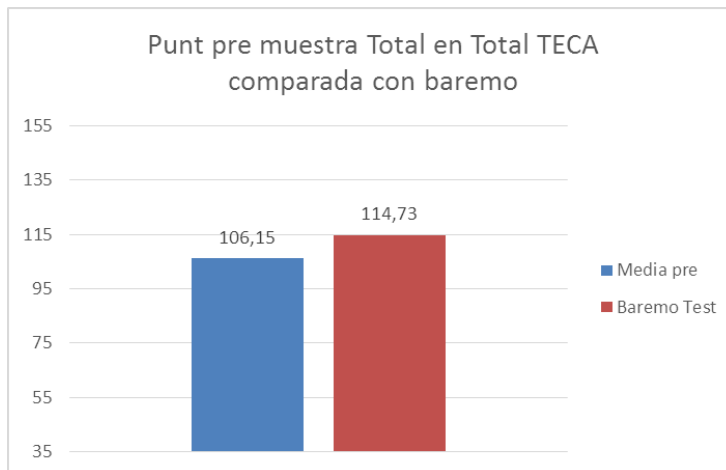
## Discusión



**Figura 47: Puntuación factores Test de Empatía TECA muestra Total (GE+GC) en comparación con resultados baremo del Test**

Por otro lado, la mayor diferencia con el baremo del Test se da en el factor estrés empático, por lo que podemos suponer que nuestros participantes tienen menos problemas que la población general con este factor. El Manual de la prueba [154] indica que, en el ámbito psicoterapéutico y asistencial, dónde la implicación emocional con el paciente debe ser baja, posiblemente sea más adecuada una puntuación baja en estrés empático, pues impediría una implicación excesiva en los problemas y circunstancias del paciente, facilitaría la objetividad del profesional y no interferiría en el ajuste emocional de este, y por tanto, en su salud psicológica

En la Figura 48 puede verse la puntuación Total de todos los factores comparada con la puntuación Total del baremo del Test. Puede verse la menor puntuación de la muestra de este estudio.



**Figura 48: Puntuación pre muestra Total en Total Test de Empatía TECA comparada con baremo del Test**

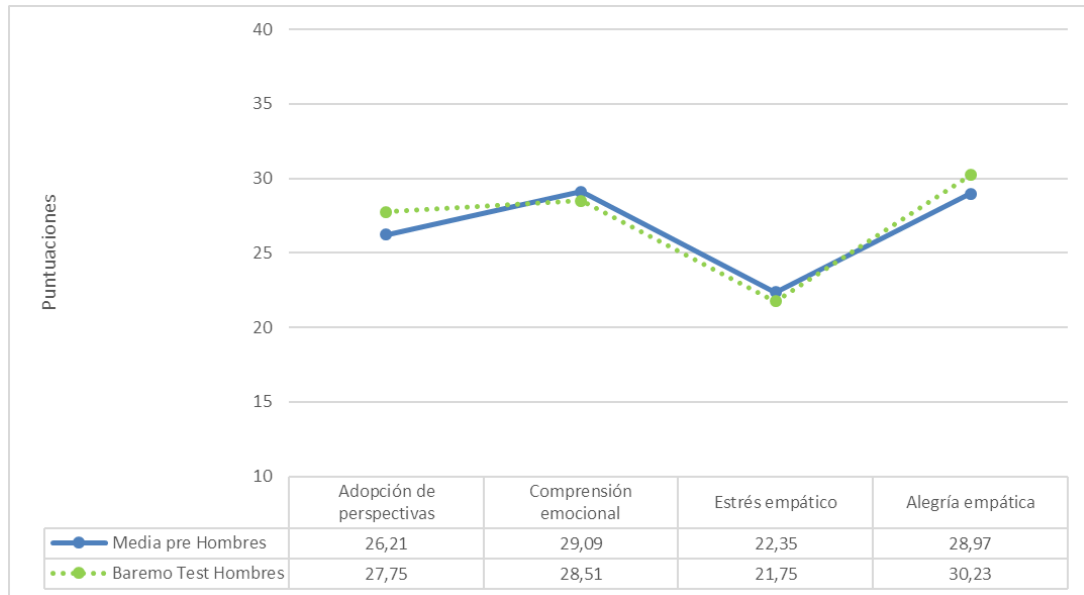
Si se comparan estos resultados con la investigación de Esquerda et al. [361] también con una muestra de 173 de estudiantes de medicina de la misma Universitat de Lleida, con características similares en edad y curso, los resultados son inferiores en los 3 factores Adopción de perspectivas, Comprensión emocional y Alegría empática (en el estudio con el que se comparan se obtienen centiles entre 62% y 64%) y más semejantes en el factor de estrés empático (centil 39 frente a centil 33 en la presente muestra).

En las Tabla 36 se ha visto que la única variables demográfica y educativa analizada en la que existe una diferencia significativa en la puntuación Total del TECA ( $p < 0,05$ ) es la realización de prácticas. Los participantes que han realizado prácticas obtienen una puntuación mayor (media 108,32 DT 6,78) frente a los que no las han realizado (media 104,38 DT 9,22).

En la Tabla 37 se ha comprobado que no existen diferencias significativas en las diferentes escalas y puntuación total de empatía entre hombres y mujeres, aunque se roza la significación ( $p < 0,056$ ) en estrés empático, con una mayor puntuación para los hombres. Estos resultados no están en consonancia con los del baremo del Test [154], que, además del baremo general, facilita baremos diferentes para hombres y mujeres.

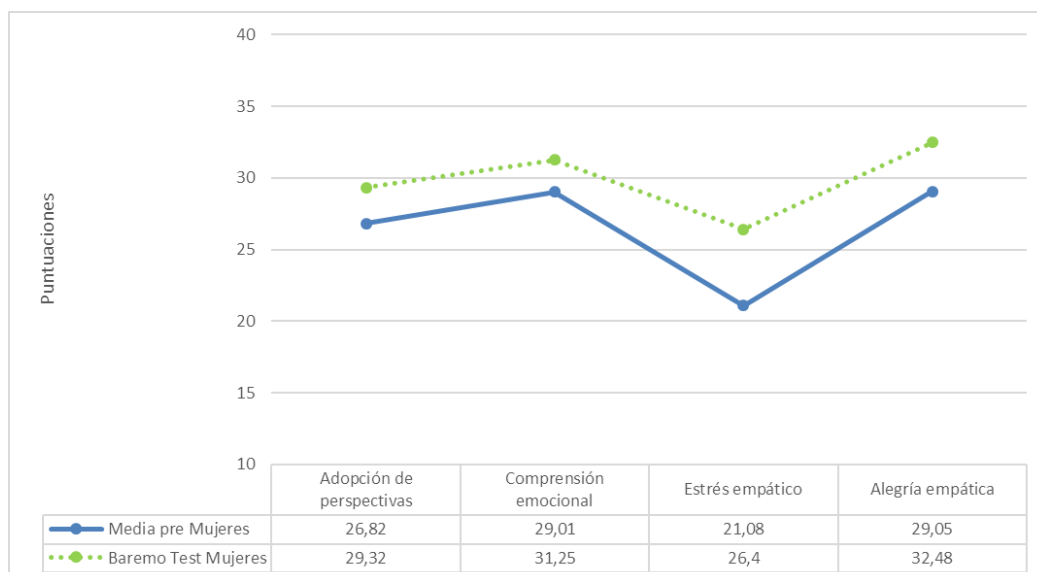
## Discusión

En la Figura 49 se muestran las puntuaciones de los hombres en las 4 Escalas comparadas con las del baremo de hombres del Test. Puede verse similitud entre las dos líneas.



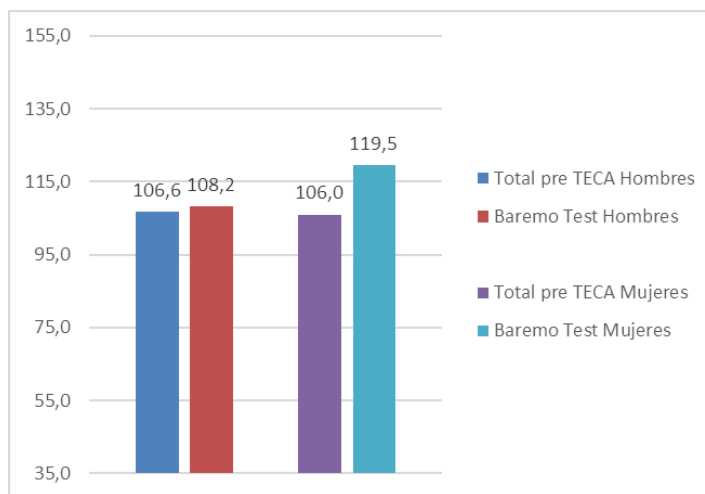
**Figura 49: Puntuación en Hombres de factores Test de Empatía TECA muestra Total (GE+GC) en comparación con resultados baremo del Test Hombres**

En la Figura 50 se muestran las puntuaciones de las mujeres en las 4 Escalas comparadas con las del baremo de mujeres del Test. Pueden verse las menores puntuaciones de esta muestra en todas las escalas con respecto al baremo de test para mujeres.



**Figura 50: Puntuación Mujeres en factores Test de Empatía TECA muestra Total (GE+GC) en comparación con resultados baremo del Test Mujeres**

En la Figura 51 pueden verse las puntuaciones Totales de hombres y mujeres comparados con los baremos respectivos del Test.



**Figura 51: Puntuaciones pre muestra Total en Total Test de Empatía TECA en función del sexo y comparadas con baremo del Test para hombres y mujeres.**

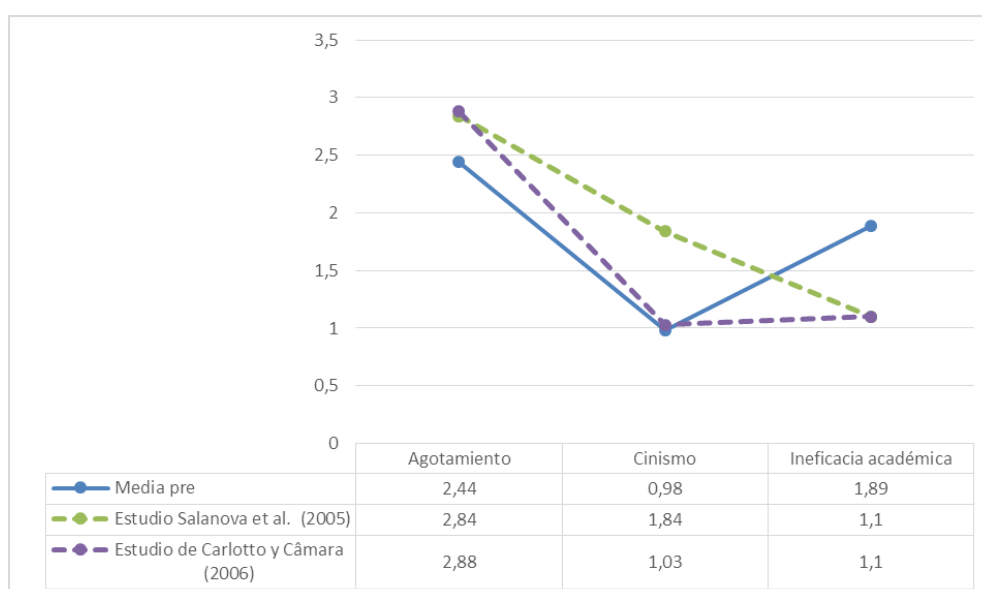
Resulta evidente, que gran parte de la diferencia observada en la Figura 48 entre esta muestra y el baremo del Test es debida a las mujeres. Las estudiantes de medicina obtienen puntuaciones inferiores en todas las escalas y en el total con respecto al baremo del Test para mujeres, cosa que ocurre en mucha menor medida en los hombres. Podría parecer que existe una preselección entre las mujeres que escogen estos estudios o que las estudiantes desarrollan patrones de empatía similares a los de los hombres, quizás debidos a problemas de enculturación del rol profesional siguiendo modelos más acordes con su sexo.

### **26.2.7. Cuestionario de Burnout académico MBI-SS**

En las figuras que se muestran sobre los resultados del Cuestionario de Burnout académico MBI-SS se invierten las puntuaciones del factor Eficacia académica y se convierten en Ineficacia académica, para que visualmente, una disminución de las puntuaciones suponga una mejora y todas tengan un mismo sentido. Si se comparan los resultados con otros estudios, puede verse que con referencia al efectuado por Salanova

## Discusión

et al. [438] en el que se estudiaron estudiantes universitarios de nuestro contexto que no eran de medicina, la presente muestra obtiene puntuaciones inferiores en Agotamiento y Cinismo, y superiores en Ineficacia académica. En comparación al estudio de Carlotto y Cámara [439] con estudiantes brasileños de ciencias de la salud, la presente muestra puntúa inferior en Agotamiento, prácticamente coincide en Cinismo y la supera en Ineficacia Académica. Con estas comparaciones, podríamos decir que la muestra de la presente investigación, tomada en su conjunto, no está “quemada”, pero es superior en Ineficacia académica. Ver Figura 52.

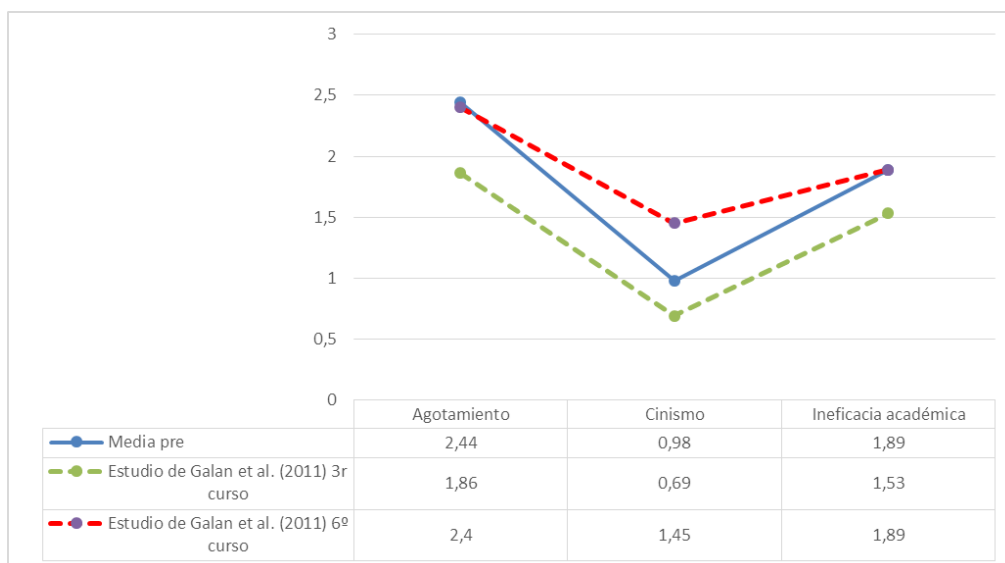


**Figura 52: Puntuaciones pre muestra Total (GE+GC) factores Burnout Académico MBI-SS en comparación con estudios de Salanova et al. (2005) y Carlotto y Cámara (2006)**

Acerca de esta discrepancia en el factor Ineficacia Académica, puede ser oportuno recordar que Schaufeli [440] comenta que este factor es el más débil en referencia a relaciones significativas con otras variables relacionadas con el burnout y que juega un menor papel en el síndrome de burnout.

Un estudio más relevante para el propósito de esta investigación es el de Galán et al. [181], puesto que las puntuaciones son de 270 estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina de Sevilla y facilitan puntuaciones para estudiantes de 3º curso y 6º curso (ver Figura 53). En dicho estudio, a medida que se progresa en la carrera aumenta el

burnout y las puntuaciones de alumnos de 6º curso son superiores a los de 3º. Puede verse que las puntuaciones de la muestra de esta investigación coinciden con las de los alumnos de 6º curso del estudio de Galán et al. en los factores Agotamiento e Ineficacia Académica y se sitúan entre las puntuaciones de los alumnos de 3r y 6º curso en el Factor Cinismo. Considerando que el promedio de curso de la presente muestra Total es de 2,34 (DT=0,74) y debería estar más cerca de los resultados de los alumnos de 3r curso del estudio de Galán et al., puede decirse que superan a su curso de referencia en los 3 factores, especialmente en Agotamiento e Ineficacia Académica.

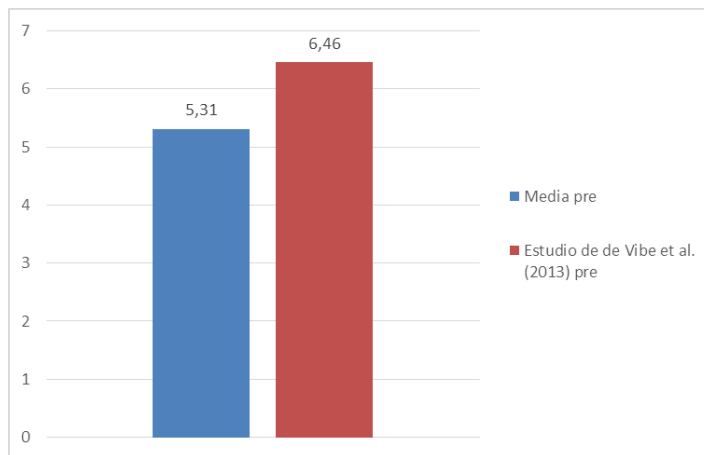


**Figura 53: Puntuaciones pre muestra Total (GE+GC) factores Burnout Académico MBI-SS en comparación con estudio de Galan et al. (2011)**

En el estudio de De Vibe et al. [330] con una muestra de estudiantes de medicina y psicología suecos y noruegos a los que se aplicó un programa de mindfulness, se facilitan las puntuaciones pre del grupo experimental en el total del MBI-SS. En la Figura 54 pueden verse comparadas esta puntuación con la pre de la muestra total del presente estudio, se observa la menor puntuación de la presente muestra en comparación con la del estudio de De Vibe et al.



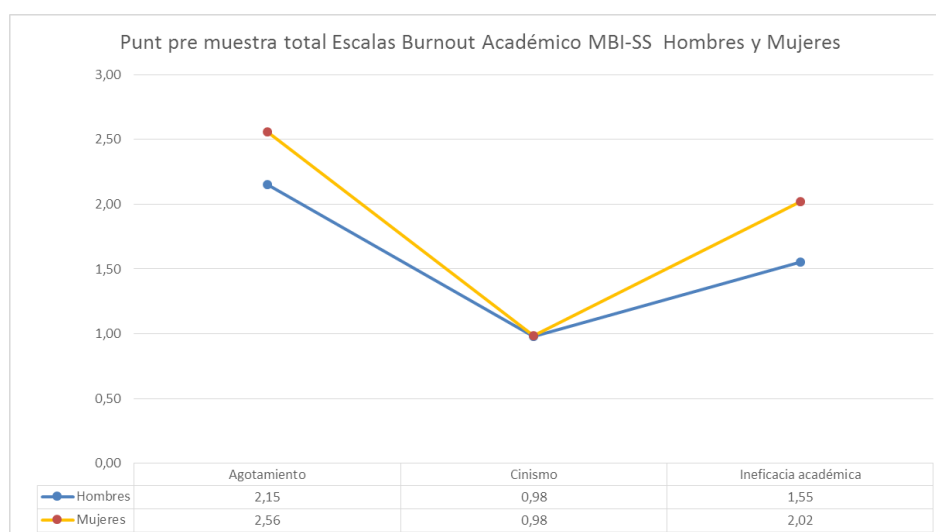
## Discusión



**Figura 54: Puntuación Total en Burnout MBI-SS de la muestra total en comparación con la puntuación pre del GE del estudio de De Vibe et al. (2013)**

### 26.2.7.1. MBI-SS en función del sexo

En la Tabla 39 pueden verse las puntuaciones pre del Total de la muestra en cada una de las escalas y en la puntuación Total de Burnout en función del sexo de los participantes. Se observa que las mujeres obtienen resultados significativos superiores a los hombres en la escala Ineficiencia Académica ( $p < 0,01$ ). En la Figura 55 pueden verse los resultados en las escalas de manera gráfica. En el estudio de De Vibe et al. [330] se facilitan las puntuaciones separadas para hombres y mujeres, pero solamente las totales, no las de cada factor, además no facilita las puntuaciones previas del grupo total sino



**Figura 55: Puntuaciones pre muestra Total en Escalas Burnout Académico MBI-SS en función del sexo**

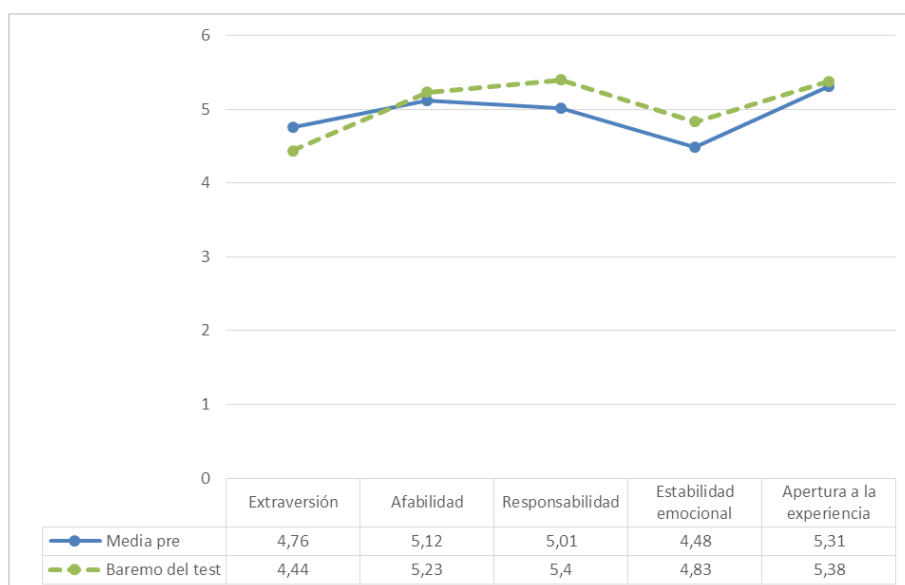
separadas por GE y GC, existiendo diferencias en función del grupo, por lo que no se utilizan en esta comparación de factores.

En la Tabla 38 se ha visto que el resto de las variables demográficas y educativas analizadas no tienen incidencia significativa en la puntuación Total de Burnout Académico MBI-SS.

Si se efectúa un punto de corte de alta puntuación en el total de las escalas, pueden separarse 43 participantes que informan de síntomas de burnout de manera relevante (Ver Tabla 40).

**26.2.8. Ten-ítem personality inventory TIPI**

Con objeto de conseguir un marco de referencia de las puntuaciones de los cinco factores del Inventario de Personalidad TIP de esta muestra, en la Figura 56 se comparan con las puntuaciones del baremo del test [415] obtenidas por una muestra de 1.813 estudiantes universitarios norteamericanos. Se observa que la presente muestra obtiene valores superiores en Extraversión, puntuaciones muy similares en Afabilidad y Apertura a la Experiencia, y valores inferiores en Responsabilidad y Estabilidad Emocional.

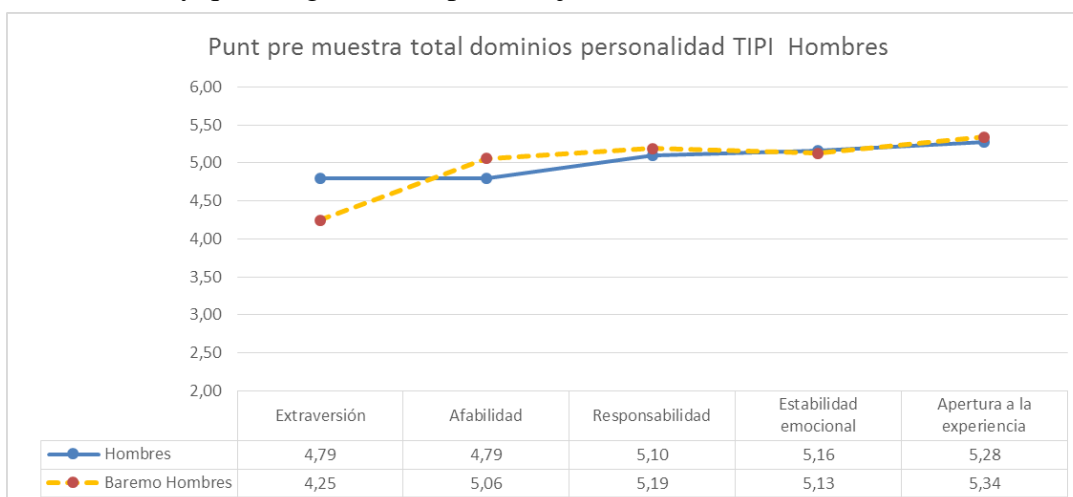


**Figura 56: Puntuaciones pre muestra Total (GE+GC) factores Inventario de personalidad TIPI en comparación con baremo del test (Gosling et al., 2003)**

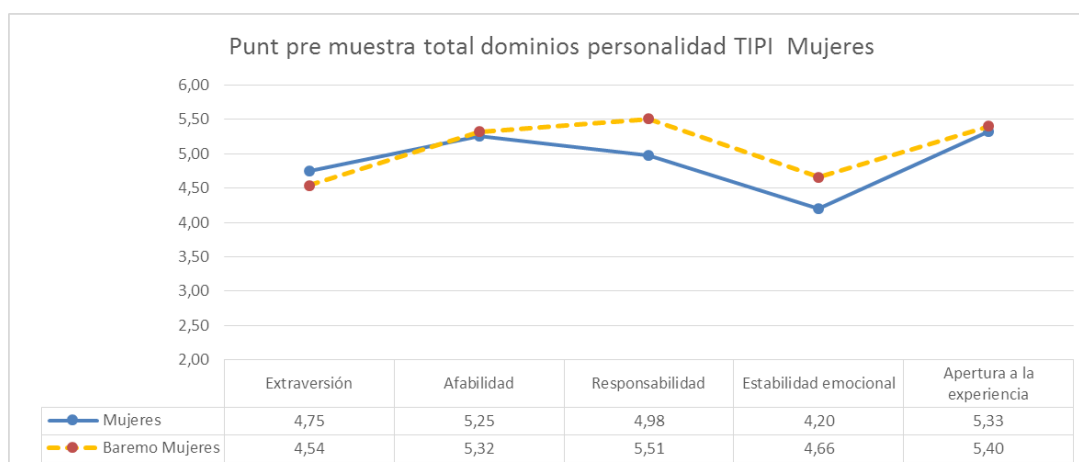
### 26.2.8.1. TIPI en función del sexo

En la Tabla 42 pueden verse las puntuaciones pre del Total de la presente muestra en cada uno de los dominios del TIPI en función del sexo de los participantes. Se observa que las mujeres obtienen resultados significativos superiores a los hombres en el dominio Afabilidad ( $p < 0,05$ ) e inferiores en el dominio Estabilidad Emocional ( $p < 0,001$ ).

En la Figura 57 pueden verse los resultados para los hombres comparados con el baremo del test para los hombres. La muestra del estudio supera al baremo en Extraversión y queda ligeramente por debajo en Afabilidad.



**Figura 57: Puntuaciones pre en dominios personalidad TIP muestra Total (GE+GC) en hombres y comparadas con baremos test población general hombres**



**Figura 58: Puntuaciones pre en dominios personalidad TIP muestra Total (GE+GC) en mujeres y comparadas con baremos test población general mujeres**

En la Figura 58 pueden verse los resultados para las mujeres comparados con el baremo del test para las mujeres. La muestra del estudio es inferior en Responsabilidad y Estabilidad Emocional y ligeramente superior en Extraversión.

En la Tabla 41 se ha visto que la única variables demográfica y educativa analizada en la que existe una diferencia significativa en la puntuación del dominio Estabilidad Emocional ( $p < 0,05$ ) es la realización de actividades de voluntariado. Los participantes que han realizado este tipo de actividades obtienen una puntuación menor (media 4,19 DT 1,37) frente a los que no las han realizado (media 4,74 DT 1,38).

#### **26.2.9. Relaciones entre diferentes variables**

En la Tabla 43 del apartado 25.2.9 se han mostrado las puntuaciones pre de diversas variables de todos los cuestionarios utilizados (en caso de que exista más de una puntuación se han seleccionado las puntuaciones Totales o, en caso de que no existan, las consideradas más relevantes) separadas en dos grupos de Alta Severidad (puntuación  $\geq 0,94$ ) o Baja Severidad (puntuación  $< 0,94$ ) en Índice de Severidad Global GSI del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R. En esta Tabla destacan las diferencias en las puntuaciones de estas variables en función de la Alta o Baja Severidad en GSI, salvo en el caso de la Empatía. El Alto Índice de Severidad Global GSI implica alto Estrés Percibido, baja puntuación Total de Mindfulness FFMQ, baja puntuación Total de Autocompasión SCS, baja puntuación en Apego Seguro y Modelo de Sí mismo RQ, alta puntuación Total en Burnout Académico MBI-SS y baja puntuación en Estabilidad Emocional TIPI.

Estos datos acerca de la menor puntuación de apego seguro y de modelo de sí mismo en los estudiantes con alto nivel de severidad de síntomas son coherentes con los resultados de Adshad [151], el cual defiende que el estilo de apego inseguro constituye

## Discusión

un factor de riesgo profesional y está detrás de estos déficits en control de estrés y de conductas de cuidado de otros en médicos y estudiantes de medicina

En el Anexo 34 pueden verse los Coeficientes de Correlación de Pearson, así como su nivel de significación, entre todas las variables medidas de las puntuaciones pre de la muestra Total (116 personas). A continuación, se discuten los aspectos más destacados:

Acerca de las correlaciones entre Estrés Percibido y escalas e índices del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R, es de resaltar la poca correlación existente con las facetas Observar (no tiene ninguna correlación ni con  $p < 0,05$  y Describir (muestra varias correlaciones con  $p < 0,05$  y sólo una –con el PST- con  $p < 0,01$  del Cuestionario de Mindfulness FFMQ, a diferencia del resto de facetas de este Cuestionario. Tampoco correlaciona la escala de Humanidad Compartida del Cuestionario de Autocompasión SCL, a diferencia del resto de escalas de este Cuestionario. Asimismo, el Apego Rechazante y el Modelo de otros del RQ tampoco guardan correlación con PSS y SCL-90-R. Las escalas del Test de Empatía no correlacionan con PSS y SCL-90-R, salvo 2 correlaciones de la escala de Alegría Empática con las escalas de Hostilidad y Ansiedad Fóbica.

Por otro lado, las facetas Actuar con Conciencia, No Juzgar, No Reaccionar y la puntuación Total del Cuestionario de Mindfulness FFMQ guardan una importante correlación inversa con Estrés Percibido PSS y el Cuestionario de Síntomas SCL-90-R. Las escalas Bondad hacia uno mismo (inversa), Mindfulness (inversa), Autocrítica (directa), Aislamiento (directa), Ensimismamiento (directa) y puntuación Total (inversa) de la Escala de Autocompasión SCL guardan importantes correlaciones con PSS y SCL-90-R. El Apego Seguro (inversa), el Apego Preocupado (directa), el Modelo de Sí mismo (inversa) y en menor medida el Apego Temerario (directa) del Cuestionario de Apego RQ también guardan importantes correlaciones con PSS y SCL-90-R. El factor Agotamiento

(directa) y la puntuación Total (directa) de Burnout MBI-SS guardan elevadas correlaciones con PSS y SCL-90-R, en menor medida también los factores Cinismo (directa) y Eficacia Académica (inversa) de este Cuestionario. El dominio Estabilidad Emocional también guarda una importante relación inversa con las puntuaciones de PSS y SCL-90-R.

Las correlaciones entre el Cuestionario de Mindfulness FFMQ y la Escala de Autocompasión SCS son significativas entre las puntuaciones Totales de ambos instrumentos, no se alcanza la correlación de 0,69 encontrado por Hollis-Walker y Colosimo [161] pero si un valor de 0,48. De manera separada la faceta Observar del Cuestionario de Mindfulness no correlacionan con ninguna de las escalas de Autocompasión, la faceta Describir solamente correlaciona con las escalas Mindfulness (directa) y Aislamiento (inversa) del SCS, la faceta Actuar con conciencia correlaciona con Aislamiento (inversa), Ensimismamiento (inversa) y puntuación Total de SCS, la faceta No juzgar correlaciona con todas las escalas de SCS y la faceta No reaccionar correlaciona con todas las escalas de SCS salvo Humanidad Compartida. Si se considera que Observar y Describir forman parte de las llamadas “habilidades sobre qué hacer” de mindfulness, mientras que Actuar con conciencia, No juzgar y No reaccionar forman parte de las “habilidades sobre cómo hacerlo” [12], parece que las “habilidades cómo” de Mindfulness son las que guardan mayor relación con las escalas de Autocompasión, en concreto la faceta No juzgar es la que guarda el mayor número de correlaciones con significación  $<0,01$ . En el estudio de Bodenlos et al. [441] se destaca la relación de la faceta No juzgar del FFMQ con bienestar emocional y buen funcionamiento social en estudiantes universitarios.

Acerca del Cuestionario de Relación RQ, puede verse que el Apego Seguro y el Modelo de Sí mismo son los que guardan mayor relación, directa con aspectos saludables e inversa con síntomas y estrés. El Apego Rechazante guarda poca relación con el resto

## Discusión

de variables utilizadas (sólo tiene relación significativa directa con No Reaccionar del Cuestionario de Mindfulness FFMQ y con Mindfulness de la Escala de Autocompasión SCS). El Apego Preocupado se sitúa en una posición intermedia y guarda algunas correlaciones significativas (directas con aspectos saludables e inversas con sintomatología). El Apego Temeroso guarda pocas correlaciones: directas con algunas escalas de síntomas de gravedad (Depresión y Psicoticismo), con Aislamiento de la Escala de Autocompasión SCS y con Agotamiento del Cuestionario de Burnout MBI-SS. El Modelo de Otros también guarda poca correlación con el resto de variables medidas.

El Apego Seguro guarda relación directa con las facetas Describir, Actuar con Conciencia, No Reaccionar y puntuación Total del Cuestionario de Mindfulness FFMQ, en línea con los autores que defienden una relación entre Apego Seguro y Mindfulness [137]. El Modelo de Sí mismo guarda las mismas relaciones significativas con Mindfulness que el Apego Seguro, en línea con lo defendido por Shaver et al. [140].

Otro aspecto a destacar es la poca correlación de las escalas del Cuestionario de Empatía con el resto de variables, en especial la Escala Estrés Empático, que sólo guarda relación con la puntuación Total de su propio Cuestionario. Las pocas correlaciones de este Cuestionario con otras variables, son con variables que, a la vez, también tienen pocas correlaciones en general, como la faceta Describir del Cuestionario de Mindfulness FFMQ, la escala Humanidad Compartida de la Escala de Autocompasión SCS y los dominios Afabilidad y Responsabilidad del Test de Personalidad TIPI. La única excepción sería con la escala Mindfulness de la Escala de Autocompasión SCS que sí tiene correlaciones importantes con numerosas variables. Parecería que el Cuestionario de Empatía, paradójicamente el único creado en nuestro contexto, recogería aspectos diferentes de la muestra estudiada.

La falta de correlación entre puntuación Total de Empatía TECA y puntuación Total de Autocompasión SCS parece apoyar las hipótesis que defienden que empatía y compasión son diferentes e incluso utilizan vías neuronales diferentes, como las de Klimecki et al. [158].

La puntuación Total del Cuestionario de Burnout Académico MBI-SS correlaciona directamente con el Estrés Percibido PSS -en línea con la investigación de Shapiro et al. [84]-, con todas las escalas de síntomas (salvo Ansiedad Fóbica) e Índices del Cuestionario de Síntomas SCL -en línea con la investigación de Ishak et al. [178]-, con Aislamiento y Ensimismamiento del Cuestionario de Autocompasión SCS. La correlación es inversa con Actuar con Conciencia, No Juzgar y puntuación Total del Cuestionario de Mindfulness FFMQ, con la escala Mindfulness y puntuación Total de la Escala de Autocompasión SCS, con Modelo de Sí mismo de RQ y con el dominio Responsabilidad del Test de Personalidad TIPI. De sus factores, Agotamiento parece el más representativo teniendo en cuenta sus parecidas correlaciones con la puntuación Total.

Del Ten-Item Personality Inventory TIPI cabe destacar las numerosas correlaciones del dominio Estabilidad Emocional, directas con las puntuaciones Totales de los cuestionarios de Mindfulness FFMQ y de Autocompasión SCS, inversas con Estrés Percibido, numerosas escalas de síntomas y los 3 Índices del Cuestionario de Síntomas SCL-90. Los datos están alineados con los del meta-análisis de Giluk et al. [182] en el que se encuentran correlaciones entre Mindfulness y Estabilidad Emocional ( $r=0.26$ ,  $p<0,01$  con Total FFMQ en el presente estudio) y entre Mindfulness y Responsabilidad ( $r=0,19$ ,  $p<0,05$  con Total FFMQ en el presente estudio), además no existen correlaciones significativas entre Mindfulness y el resto de dominios de personalidad estudiados.



## Discusión

En las Tablas de diferencias de puntuaciones en los cuestionarios, según algunas variables sociodemográficas, llama la atención la relación entre la realización de actividades de voluntariado y las menores puntuaciones (diferencia significativa) en total de mindfulness, total de autocompasión y estabilidad emocional. Podría parecer que estas menores puntuaciones fuesen una motivación para realizar actividades de voluntariado.

### **26.3. Diferencias pretest entre Grupo Experimental y Grupo Control en las variables medidas**

En el apartado 25.3 y Anexo 35 se ha visto que en la inmensa mayoría de variables medidas no existen diferencias previas significativas entre GE y GC.

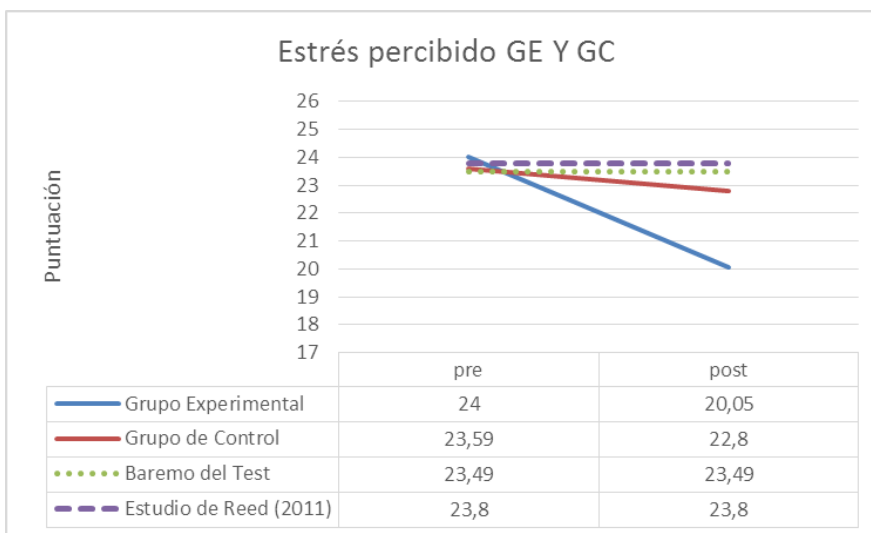
Se ha visto que existen diferencias significativas pretest entre el GE y el GC en la faceta Observar del Cuestionario de Mindfulness FFMQ (menor en el GE); en las escalas Bondad hacia uno mismo (mayor en GE), Mindfulness (mayor en GE), Ensimismamiento (menor en GE) y Puntuación Total (mayor en GE) de las Escalas de Autocompasión SCS; en el factor Eficacia Académica (mayor en GE) del Cuestionario de Burnout MBI-SS y en Estabilidad Emocional (mayor en el GE) del Test de Personalidad TIPI.

Debido a que se efectúan comparaciones entre las puntuaciones pre y post, tanto en GE y GC, y a que también se calculan las diferencias de puntuaciones (pre-post) entre el Grupo Experimental y el Grupo de Control, así como un ANOVA, para ser utilizadas en caso de diferencias previas entre grupos, o a que se produzcan efectos también en el GC, y pueda verse el efecto teniendo en cuenta las variaciones tanto en GE como en GC, se considera que estas diferencias no afectan de manera relevante a la validez de los resultados obtenidos si se considera la información completa.

**26.4. Comparación de variables medidas entre pre y post para Grupo Experimental (GE) y Grupo de Control (GC)**

**26.4.1. Escala de Estrés Percibido PSS**

En la Figura 59 puede verse la comparación entre las medias de las puntuaciones pre y post intervención en Estrés Percibido entre el Grupo Experimental y el Grupo de Control, así como con el baremo del test (línea de puntos) y el estudio de Reed (línea discontinua) con estudiantes de medicina. Hemos visto en las Tablas 44 y 45 que las diferencias son significativas para el GE ( $p < 0,001$ ) y no lo son para el GC. También hemos visto en la Tabla 46 que son significativas las diferencias pre menos post entre GE y GC. El nivel de Estrés Percibido pre del GE es superior al pre del GC, aunque en el Anexo 35 se ha comprobado que esta diferencia no es significativa. Las diferencias post entre GE y GC son significativas ( $p < 0,03$ ) y en ANOVA Tiempo x Grupo  $F(1,116) = 6,02$ ;  $p = 0,016$ .



**Figura 59: Comparación pre y post en Estrés Percibido entre Grupo Experimental y Grupo de Control. Incluye puntuación Baremo del Test y del estudio de Reed et al. (2011)**

En esta Figura 59 se observa como el GC disminuye levemente con respecto al baremo del test (nuevo baremo del test realizado en 2009 por Cohen y Janicki-Deverts [407] , se ha tomado como referencia la muestra de menores de 25 años adaptando la puntuación al número de ítems), mientras que el GE rebaja significativamente estos

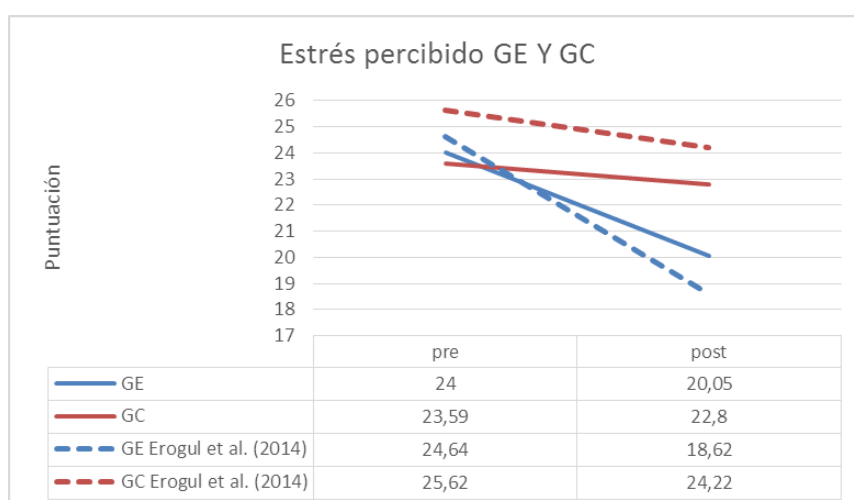
## Discusión

valores de estrés. Si comparamos los resultados con el estudio de Reed et al. [437] que ha utilizado una muestra de 2.056 estudiantes de medicina de primer y segundo año de varias escuelas de medicina de Estados Unidos (se ha escogido esta comparación debido a que la muestra de Reed es la de mayor tamaño, con diferencia, de las encontradas) la puntuación media (adaptada en función del número de ítems) es de 23,8, un poco superior a la del baremo de test.

**Hipótesis 1.1** *La participación en el taller hará que disminuyan los niveles de estrés en relación a la medición basal y al grupo de control.*

A vista de los resultados, existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 1.1, pues han disminuido los niveles de estrés, en relación con la medición basal del Grupo Experimental y en comparación con el Grupo de Control.

En la Figura 60 se comparan estos resultados con el estudio de 2014 de Eroglu et al. [316], en líneas discontinuas, en el que se aplicó una versión reducida y condensada del MBSR a estudiantes de primer año de medicina de duración 8 semanas, con sesiones semanales de 75 minutos, propuesta de ejercicios de meditación en casa y un retiro intensivo de media jornada durante la última semana. Puede verse que los resultados presentados en el presente estudio están en línea, aunque no alcanzan su magnitud de



**Figura 60:** Puntuaciones pre y post en Estrés Percibido entre Grupo Experimental y Grupo de Control comparadas con el estudio de Eroglu et al. (2014)

mejora, lo cual puede ser debido a diferentes aspectos diferenciales entre ambos estudios que se irán comentado. También puede verse el mayor nivel de estrés inicial, tanto en el GE y el GC del estudio de Erogul et al.

En otros estudios, como el de Phang et al. [310] en el que han aplicado un programa de reducción de estrés basado en mindfulness de 5 semanas de duración a estudiantes de medicina, se han obtenido resultados significativos en reducción de estrés percibido (PSS) en mediciones transcurrida una semana después de la intervención. Su resultado en el GE pre fue de 25,3 (adaptado al PSS de 14 ítems) y el post 21,7, valores más altos de partida que en la presente investigación.

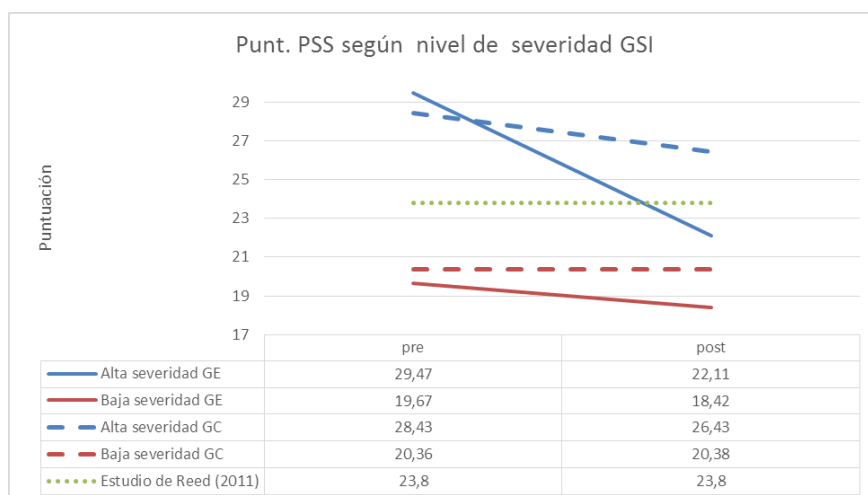
Es de destacar que, tanto en el estudio de Erogul et al. como en el de Phang et al., no se mantiene la mejora en estrés transcurridos 6 meses desde la intervención. En la presente investigación no se han tomado otras medidas post intervención trascurrido un tiempo de la misma.

#### **26.4.1.1. Estrés según nivel de severidad de los síntomas en Índice de Severidad Global GSI de SCL-90-R**

En la Figura 61 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE (líneas continuas) y del GC (líneas discontinuas) en Estrés Percibido PSS separadas según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI del SCL-90-R  $\geq 0,94$ ), así como las del estudio de Reed et al. con estudiantes de medicina (línea de puntos) como referencia. Puede verse la mayor puntuación pre en los casos de mayor severidad de síntomas según GSI y el mayor nivel de mejora para este grupo que se acerca a las puntuaciones del grupo de baja severidad, incluso quedando por debajo de las referencias del estudio de Reed et al. El grupo de baja severidad de síntomas parte de puntuaciones muy inferiores y el decremento es pequeño.

## Discusión

Para los participantes del GE de alta severidad las diferencias son significativas ( $p < 0,0005$ ) mientras que para el grupo de baja severidad no lo son. Las diferencias en el GC no son significativas. Realizada un ANOVA Tiempo x Grupo se obtiene que  $F(1,47) = 4,75$ ;  $p = 0,034$  para los participantes con mayor severidad de síntomas GSI.

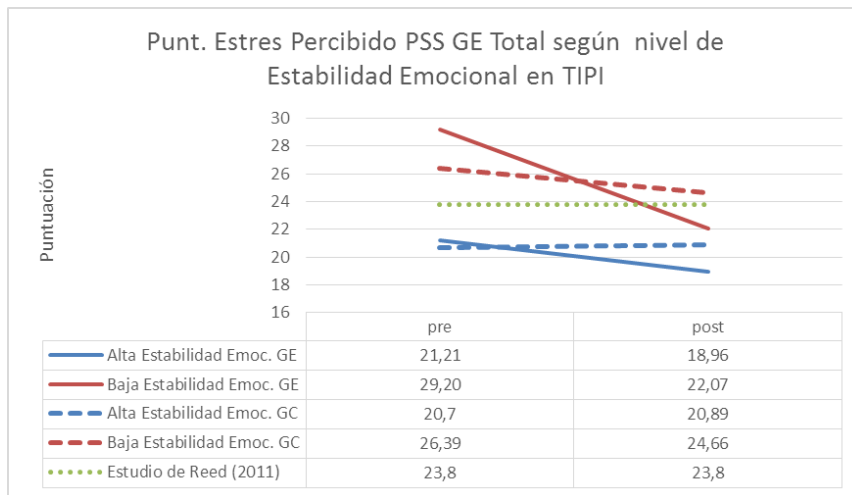


**Figura 61: Puntuaciones pre y post GE y GC en Estrés percibido PSS según nivel de severidad de síntomas (Alta severidad: puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ . Baja severidad: puntuación en GSI de SCL-90-R  $< 0,94$ ) Incluye referencia de estudio de Reed et al. (2011)**

En resumen, la intervención aplicada es efectiva en reducir el estrés en personas con alta severidad sintomática.

### 26.4.1.2. Estrés en función del dominio Estabilidad Emocional del Ten-item Personality Inventory

En la Figura 62 puede verse en líneas continuas la puntuación pre y post en PSS de los participantes de alta y baja Estabilidad Emocional del GE (ver Tabla 48) y en líneas discontinuas los mismos datos referentes al GC, en línea de puntos se muestra la referencia del estudio de Reed et al. Puede observarse la diferencia en PSS según el nivel de Estabilidad y, en el GE los mayores valores de estrés percibido del grupo de baja Estabilidad Emocional y la importante mejora que consiguen ( $p < 0,003$ ). Ninguna otra diferencia intragrupo resulta significativa. Realizada una ANOVA tiempo x grupo con los participantes de baja estabilidad emocional se obtiene una  $F(1,51) = 4,86$ ;  $p = 0,032$ .



**Figura 62. Puntuación pre y post de Estrés Percibido PSS en GE y GC según nivel alto (punt.  $\geq 4,5$ ) o bajo (punt.  $< 4,5$ ) de Estabilidad Emocional en Ten-item Personality Inventory TIPI**

**Hipótesis 4.2.** *A menor estabilidad emocional, mayores beneficios de la participación en el Taller en reducción de sintomatología y estrés.*

A vista de los resultados, existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 4.2 en referencia a la reducción del estrés, pues han disminuido los niveles de estrés, en relación con la medición basal del Grupo Experimental en los participantes con baja estabilidad emocional y en comparación con los participantes del mismo colectivo del Grupo de Control.

Los pocos cambios observados en el grupo de alta estabilidad emocional pueden ser debidos a un efecto suelo, pues sus niveles de estrés son bajos en comparación con las referencias que se están utilizando, tanto las del baremo del test, como los del estudio de Reed et al. con una muestra grande de estudiantes de medicina.

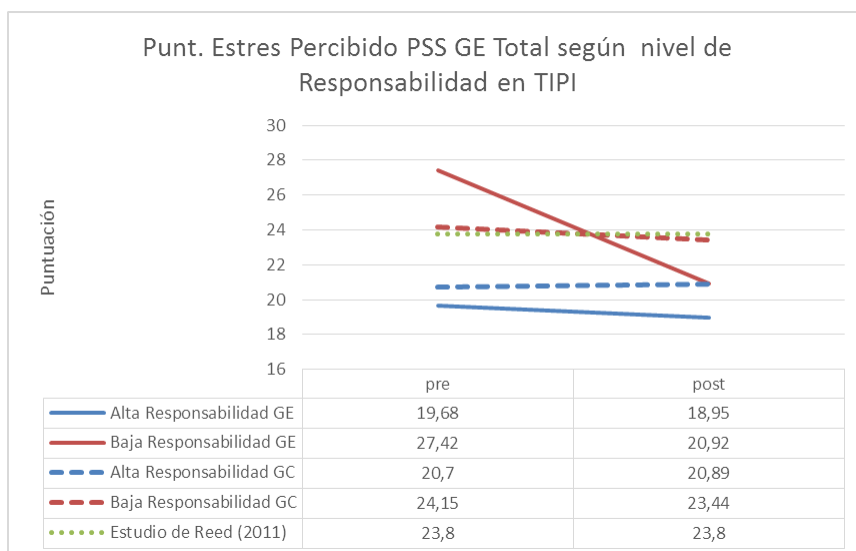
Estos resultados están en línea con el estudio de De Vibe et al. [183] en el que han encontrado evidencia de que un entrenamiento en el programa MBSR tiene efectos diferenciales en función de algunas de las variables de personalidad que recoge el modelo de los Cinco Grandes Factores (Big Five). En su estudio, con grupo de control, y efectuado con 288 estudiantes de medicina y psicología, encontró que los estudiantes con

## Discusión

puntuaciones bajas en estabilidad emocional habían obtenido mayor mejora, tras el programa, en angustia “mental distress” y bienestar subjetivo.

### 26.4.1.3. Estrés en función del dominio Responsabilidad del Ten-item Personality Inventory

En la Figura 63 puede verse en líneas continuas la puntuación pre y post en PSS de los participantes de alta y baja Responsabilidad del GE (ver Tabla 48) y en líneas discontinuas los mismos datos referentes al GC, en línea de puntos se muestra la referencia el estudio de Reed et al. Puede observarse la diferencia en PSS según el nivel de Responsabilidad y, en el GE los mayores valores de estrés percibido del grupo de baja Responsabilidad y la importante mejora que consiguen ( $p < 0,00005$ ). Ninguna otra diferencia intragrupo resulta significativa. Realizada una ANOVA tiempo x grupo con los participantes de baja responsabilidad se obtiene una  $F(1,56) = 8,83$ ;  $p = 0,004$ .



**Figura 63: Puntuación pre y post de Estrés Percibido PSS en GE y GC según nivel alto (punt.  $\geq 5$ ) o bajo (punt.  $< 5$ ) de Responsabilidad en Ten-item Personality Inventory TIPI**

**Hipótesis 4.3.** *A mayor responsabilidad, mayores beneficios de la participación en el Taller en reducción de sintomatología y estrés.*

A vista de los resultados, existe evidencia significativa a favor de rechazar la Hipótesis 4.3 en referencia a la reducción del estrés, pues no han disminuido los niveles de estrés, en relación con la medición basal del Grupo Experimental en los participantes con alta responsabilidad (según puntuación en Ten-item Personality Inventory TIPI) y en comparación con los participantes del mismo colectivo del Grupo de Control. En cambio, la reducción significativa del nivel de estrés ha tenido lugar precisamente entre los participantes de baja responsabilidad, en relación a su medición basal y en comparación con los participantes del mismo colectivo del Grupo de Control.

Los pocos cambios observados en el grupo de alta responsabilidad pueden ser debidos a un efecto suelo, pues sus niveles de estrés son bajos en comparación con las referencias que se están utilizando, tanto las del baremo del test, como los del estudio de Reed et al. con una muestra grande de estudiantes de medicina.

Estos resultados son contrarios a los encontrados en el estudio de De Vibe et al. [183] que han encontrado evidencia de que un entrenamiento en el programa MBSR tiene efectos diferenciales en función de variables de personalidad. En su investigación, los estudiantes que puntuaban alto en responsabilidad “conscientiousness” (entendido como escrupuloso, respetuoso con las reglas y controlado) obtuvieron mayores beneficios en estrés ante el estudio “study stress”.

#### **26.4.1.4. Estrés en función del dominio Extraversión del Ten-item**

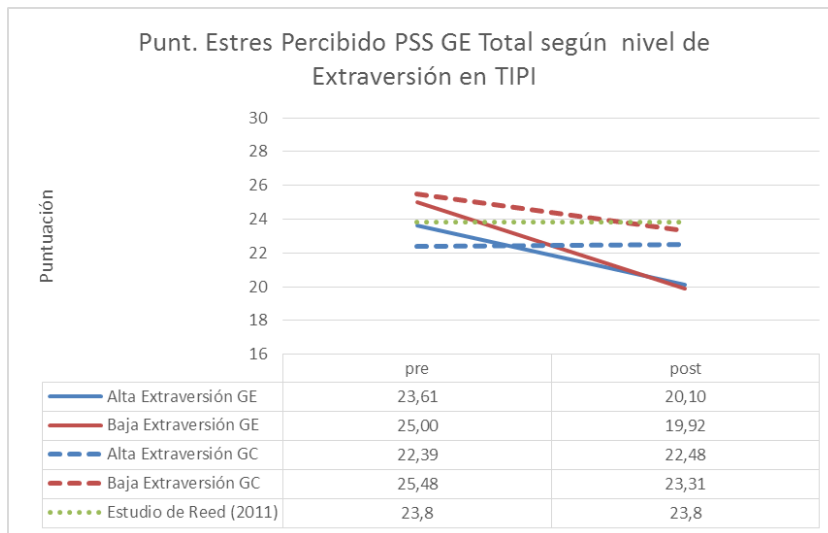
##### **Personality Inventory**

En la Figura 64 puede verse en líneas continuas la puntuación pre y post en PSS de los participantes de alta y baja Extraversión del GE (Ver Tabla 48) y en líneas discontinuas los mismos datos referentes al GC. Puede observarse la diferencia en PSS según el nivel de Extraversión y, en el GE los mayores valores de estrés percibido del



## Discusión

grupo de baja Extraversión. En el GE tanto el grupo de alta extraversión ( $p < 0,009$ ) como el de baja extraversión ( $p < 0,03$ ) consiguen reducciones de estrés significativas. En el GC no se producen cambios significativos. Realizado ANOVA tiempo x grupo solamente resulta significativo el de los participantes con alto nivel de extraversión ( $F(1,75) = 5,19$ ;  $p = 0,026$ )

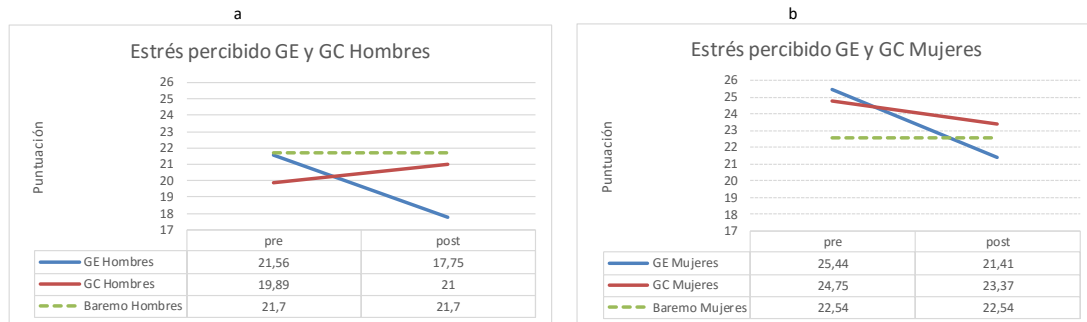


**Figura 64: Puntuación pre y post de Estrés Percibido PSS en GE y GC según nivel alto (punt.  $\geq 4,5$ ) o bajo (punt.  $< 4,5$ ) de Extraversión en Ten-item Personality Inventory TIPI. Incluye referencia estudio de Reed et al. (2011)**

Puede afirmarse que el programa aplicado es efectivo, de manera significativa, en personas con alta puntuación en extraversión. En las personas introvertidas se observan mayores niveles de estrés, aunque la intervención iguala sus puntuaciones en las medidas post, por lo que la magnitud del cambio en el GE es mayor en los introvertidos, pero el comportamiento del GC hace que los cambios no resulten significativos.

### 26.4.1.5. Estrés en función del sexo

En la Figura 65 pueden verse los resultados separados por sexos del GE y del GC (ver Tabla 50) y con la referencia del baremo del test para hombres y mujeres (en líneas discontinuas).



**Figura 65: Comparación pre y post en Estrés Percibido entre Grupo Experimental y Grupo de Control en función del sexo. Referencia de baremo del test por sexos**

Se observan los inferiores puntos de partida pre para los hombres y la misma tendencia a mejora para los dos sexos en el GE. Por el contrario, en el GC las puntuaciones post son superiores a las pre en los hombres y mejoran en las mujeres, aunque de manera menor y no significativa. Realizado un ANOVA tiempo x grupo, el cambio en estrés percibido sólo alcanza significación en los hombres ( $F(1, 32) = 8,444; p=0,007$ ).

En el estudio de De Vibe et al. [330] con estudiantes de medicina y psicología se evaluó la efectividad de un programa de mindfulness en el estrés mediante otro instrumento (Perceived Medical School Stress PMSS) y encontraron que existían diferencias de género, pues solo se obtuvieron mejoras significativas en estrés en las mujeres.

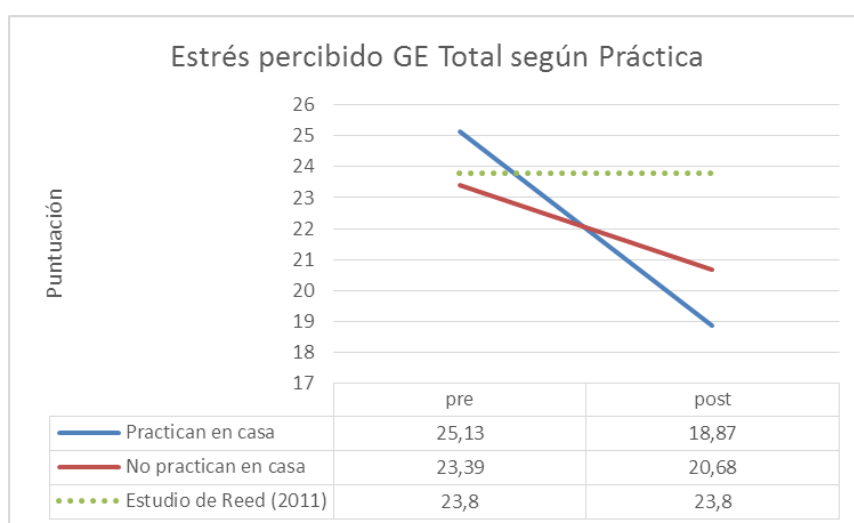
En el estudio de Erogul et al. comentado no se proporcionan puntuaciones en función del sexo, aunque en dicho estudio la proporción entre hombres y mujeres está muy equilibrada (45,6% total de mujeres) con mayoría de hombres. En la muestra del presente estudio la proporción de hombres es mucho menor (28,8%), como puede verse en el apartado 25.1.

En el estudio de Phang et al. [310] también había mayoría de mujeres en la muestra (70%) en proporción muy parecida a la de la presente investigación.

### 26.4.1.6. Estrés en función del nivel de práctica

En la Figura 66 puede verse la mejora en la puntuación de Estrés percibido según el nivel de práctica en casa (ver Tabla 48), se han agrupado las categorías de práctica alta y media como “practican” y las de práctica baja y no práctica como “no practican” y se aporta la referencia del estudio de Reed et al. con estudiantes de medicina (línea de puntos). Podemos ver que ambos grupos mejoran, pero lo hacen más los que afirman que practican, que además parten de puntuaciones pre superiores.

Ambas mejoras son significativas, la mejora del grupo que practica en casa es significativa con  $p < 0,008$  y la del grupo que no practica en casa con  $p < 0,03$ . Realizada ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no se obtienen diferencias significativas ( $F(1, 41) = 2,57; p = 0,117$ ).



**Figura 66: Mejora en puntuación de Estrés Percibido en GE según nivel de práctica en casa. Incluye referencia estudio de Reed et al. (2011)**

**Hipótesis 3.** *Cuanto mayor sea el nivel de práctica realizada, mayores serán las diferencias con respecto a las mediciones basales y al grupo de control.*

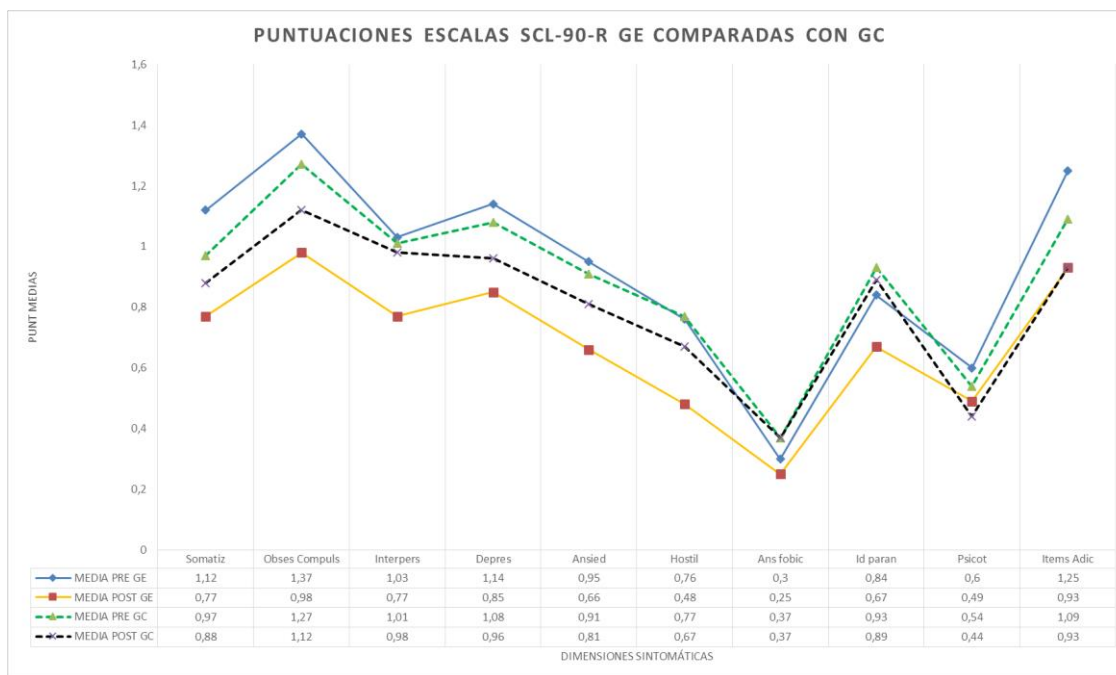
A vista de los resultados, existe cierta evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 respecto al nivel de estrés, pues el grupo de alta práctica ha obtenido mejores resultados post que el grupo de baja práctica, a pesar de partir de puntuaciones superiores.

El ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no resulta significativo. Ambos grupos mejoras con respecto al GC.

A pesar de que el grupo de alta práctica obtiene mejores resultados que el de baja práctica en la reducción del nivel de estrés, ambos grupos obtienen mejoras que resultan significativas, por lo que respecto a la disparidad de datos a este respecto aportados por diferentes estudios [310, 312, 316, 330], la presente investigación sugiere que, en reducción de estrés la práctica es importante, pero que pueden lograrse resultados significativos, aunque menores, con muy poca práctica o incluso sin ella (el grupo de baja práctica incluye a los que no practican), a pesar de las altas exigencias de práctica solicitadas a los participantes de los programas MBSR y MBCT (45 minutos diarios). Hay que tener en cuenta, además, que el grupo considerado de alta práctica en este estudio en realidad ha practicado poco según los estándares de exigencia de los programas de MBSR y MBCT. Estos datos están alineados con la revisión de Vettese et al. [345] que incluye 98 estudios, de los cuales, 24 evaluaron la asociación entre práctica de ejercicios en casa y los resultados de mejora obtenidos; en 13 trabajos (el 54%) se encontró al menos apoyo parcial a los beneficios de la práctica fuera de las sesiones presenciales, en esta revisión se incluían otras medidas de mejora, además del estrés. También podrían ser coherentes con los resultados del estudio de Williams et al. [86] sobre la eficacia de la MBCT sobre prevención de recaídas en pacientes diagnosticados de depresión mayor y que apoyan la eficacia de los factores psicoeducativos que incluye la MBCT, sin incluir prácticas de meditación, al mismo nivel que la MBCT completa, al menos en ciertas circunstancias. Debe tenerse en cuenta que en esta investigación no se han tomado medidas posteriores en el tiempo del estrés y que la práctica en casa puede tener un papel en el mantenimiento de los resultados.

### 26.4.2. Cuestionario de Síntomas SCL-90-R

En la Figura 67 se muestra la comparación entre las medias de las puntuaciones pre y post intervención en los factores del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R entre el Grupo Experimental (en líneas continuas) y el Grupo de Control (en líneas discontinuas).



**Figura 67: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escalas Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con pre y post de Grupo de Control**

Se ha visto en la Tabla 44 que las diferencias alcanzan niveles de significación elevados ( $p$  entre 0,005 y 0,0005) en el GE en las escalas de Somatización, Obsesión-compulsión, Depresión, Ansiedad, Hostilidad e Ítems adicionales, y significaciones menos importantes ( $p < 0,05$ ) en Sensibilidad Interpersonal; en las escalas Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo los resultados no resultan significativos. En la Tabla 45 puede verse que algunas diferencias en el GC también resultan significativas (Obsesión-compulsión, Hostilidad y Psicoticismo) aunque con significaciones menores ( $p < 0,05$ ).

En esta Figura 67 se aprecian visualmente de forma clara la mayor magnitud de los cambios que se producen en el GE, pero además, en la Tabla 46 se ha comprobado que la comparación entre diferencias de puntuaciones pre y puntuaciones post entre el GE

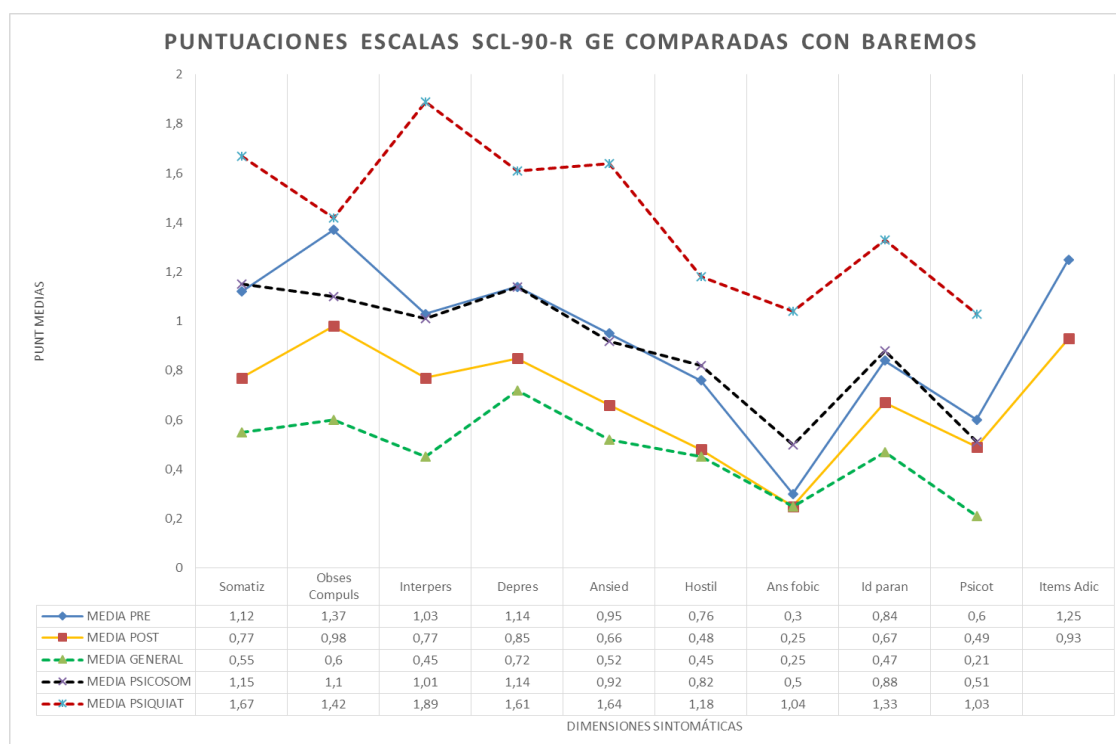
y el GC (que miden el tamaño del cambio entre el GE y GC) resultan significativas, en favor del GE, en las escalas de Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad y Hostilidad; no resultan significativas en Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicoticismo e Ítems adicionales. Puede verse también que algunos valores pre del GE son superiores a los del GC, aunque en el Anexo 35 se había comprobado que ninguna diferencia previa entre el GE y el GC es significativa. En la Tabla 47 puede verse que el ANOVA tiempo x grupo resulta significativo para las escalas Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad y Hostilidad.

Para poder ver en perspectiva los cambios detectados en el Cuestionario de Síntomas SCL-90-R los compararemos con 3 perfiles (líneas discontinuas) correspondientes a la población general, a una población psicósomática y a una población psiquiátrica, según consta en el Manual [412] de dicha prueba (no han podido añadirse estos resultados poblacionales en la escala de Ítems adicionales al no facilitarlos dicho Manual).

En la Figura 68 se comparan las puntuaciones (ver Tabla 44) obtenidas en los factores del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R por el Grupo Experimental (GE) en las fases pre y post intervención (líneas continuas) con los 3 perfiles comentados (líneas discontinuas). Comparando los resultados pre (línea azul) con los post (línea naranja), podemos ver que se produce a nivel de sintomatología medida a través del SCL-90-R, una importante mejora, lo cual acerca las puntuaciones post a la media de la población general y la aleja de la media de la puntuación psicósomáticas a la cual estaba más cerca las puntuaciones pre, en consonancia con los estudios que detectan riesgo de problemas psicopatológicos y de malestar en estudiantes de medicina [1, 315–318]. Vemos que los síntomas obsesivo-compulsivos están en las puntuaciones pre al nivel de la población psiquiátrica y descienden en la puntuación post por debajo de la puntuación psicósomática. En cambio, en la sintomatología relacionada con la ansiedad fóbica los

## Discusión

valores pre se acercan a los de la población general, por lo que apenas tienen margen de mejora para la puntuación post. Los cambios son significativos en todas las escalas, excepto las de Ansiedad Fóbica (en las puntuaciones pre los valores ya corresponden con los de la población general), Ideación Paranoide y Psicoticismo.

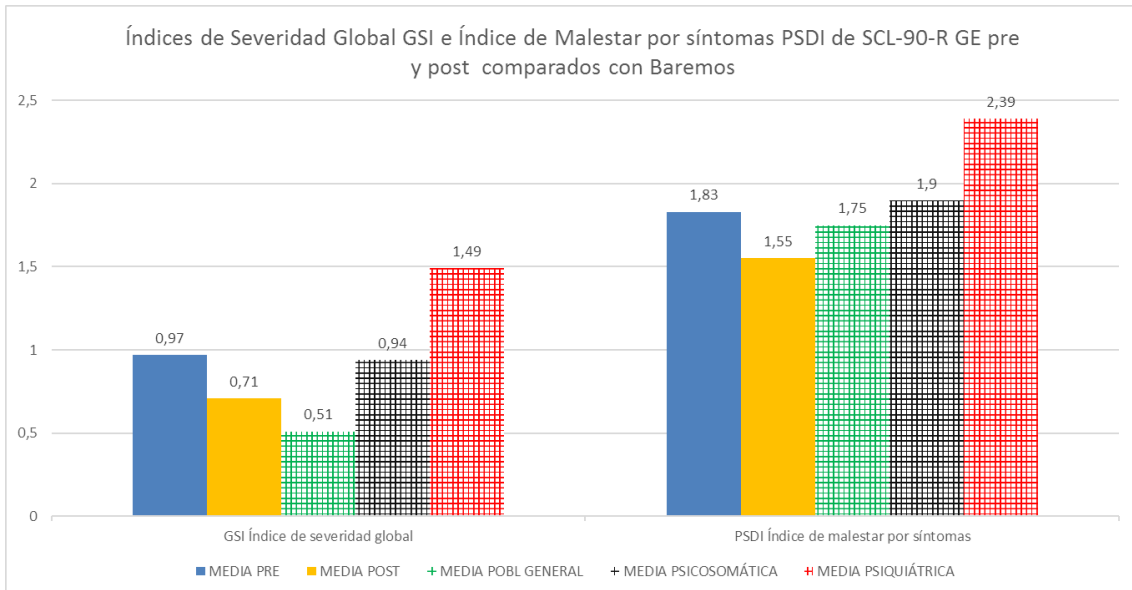


**Figura 68: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escalas Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general, la de una población de pacientes psicósomáticos y la de una población de pacientes psiquiátricos**

En la Figura 69 puede verse el Índice de Severidad Global GSI (medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global) y el Índice de Malestar por Síntoma PSDI (relaciona el sufrimiento o “distrés” global con el número de síntomas, y es por lo tanto un indicador de la intensidad sintomática media) de la Escala SCI-90-R del GE pre y post ( ver Tabla 44) comparada con la media general, la de una población de pacientes psicósomáticos y la de una población de pacientes psiquiátricos [412]. Se observa que en las puntuaciones pre el GSI del GE prácticamente coincide con el de la población de pacientes psicósomáticos y el PSDI se sitúa entre la población normal y la psicósomática. En las puntuaciones post, los resultados de GSI son mejores y se acercan a los de la población normal y los del PSDI

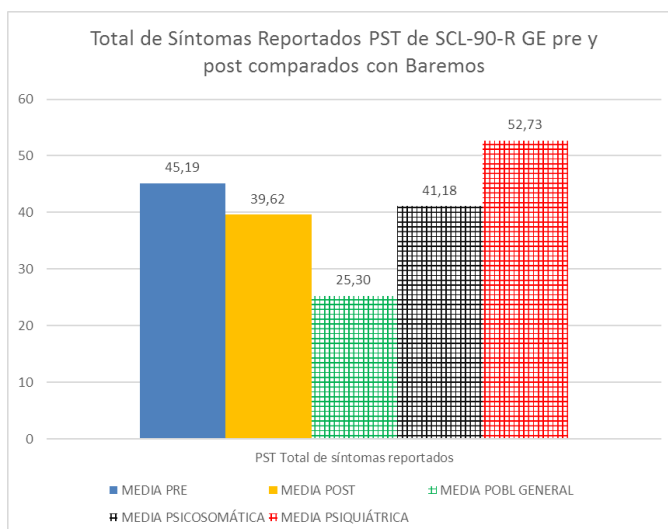
también mejoran, incluso situándose por debajo de los resultados de la población normal.

Las diferencias alcanzan elevados niveles de significación ( $p < 0,0005$ ).



**Figura 69: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escalas Índice de Severidad Global GSI e Índice de Malestar por Síntomas PSDI del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general, la de una población de pacientes psicossomáticos y la de una población de pacientes psiquiátricos**

En la Figura 70 podemos ver las puntuaciones pre y post del GE en el Total de Síntomas Reportados PST (contabiliza el número total de síntomas presentes, o sea, la amplitud y diversidad de la psicopatología) de la Escala SCL-90-R comparada con la media general, la de una población de pacientes psicossomáticos y la de una población de



**Figura 70: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en Total de Síntomas Reportados PST del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general, la de una población de pacientes psicossomáticos y la de una población de pacientes psiquiátricos**

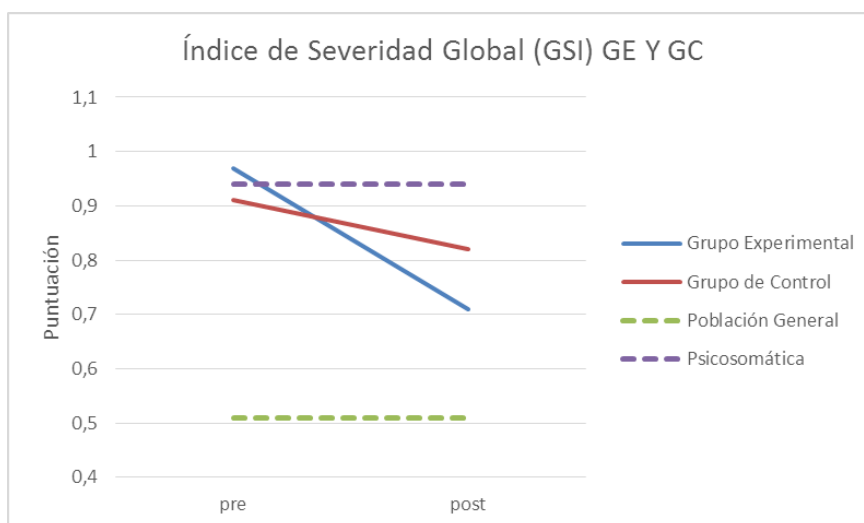


## Discusión

pacientes psiquiátricos. En las puntuaciones pre está prácticamente al mismo nivel que las de una población psicosomática y en las puntuaciones post mejora los resultados, pero todavía lejos de la población normal. La diferencia es significativa ( $p < 0,005$ ).

En la Figura 71 se muestra la comparación entre los resultados pre y post del GE (ver Tabla 44 y los resultados pre y post del GC (ver Tabla 45) en las puntuaciones del Índice de Severidad Global GSI. Puede verse una mejora en los dos grupos, aunque mucho más importante en el GE. Las dos mejoras son significativas, pero mientras la del GE lo es con  $p < 0,0005$ , la del GC lo es con  $p < 0,05$ . Además, en la Tabla 46 hemos visto que la comparación entre diferencias de puntuaciones pre y puntuaciones post entre el GE y el GC (que miden el tamaño del cambio entre el GE y GC) resultan significativas, en favor del GE, en el GSI. Puede verse también que el valor pre del GE es superior al del GC, aunque en el Anexo 35 se ha comprobado que esta diferencia previa entre el GE y el GC no es significativa. En la Tabla 47 puede verse como el ANOVA tiempo x grupo también resulta significativo ( $F(1,116) = 5,41; p = 0,02$ )

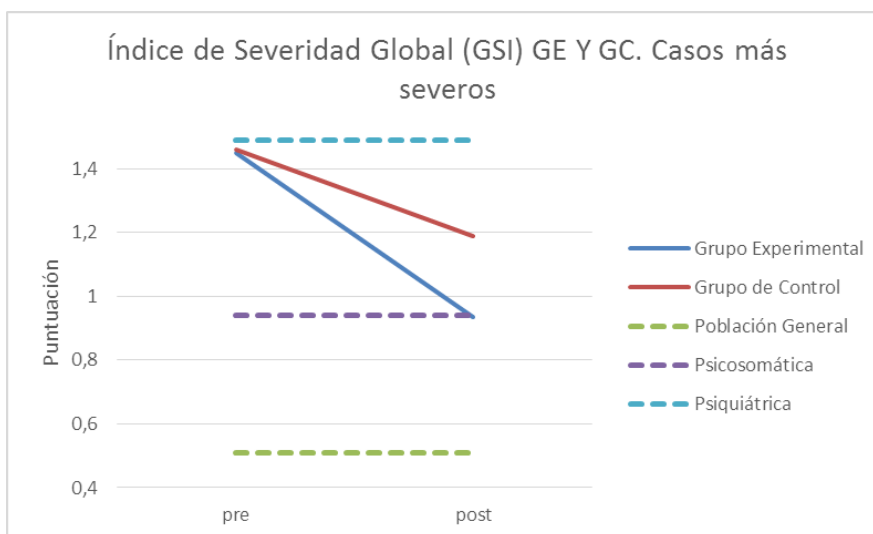
Con objeto de tener una referencia, en esta Figura 71 también pueden verse en líneas discontinuas los valores de una población general y el de una psicosomática. Vemos como en las puntuaciones pre se parte de valores psicosomáticos y en las post el



**Figura 71:** Comparación pre y post en Índice de Severidad Global GSI del SCL-90-R entre Grupo Experimental y Grupo de Control. Con referencias del baremo de la prueba

GE se acerca más a la población normal que el GC, aunque ninguno de los dos grupos la alcanza.

Con objeto de prestar atención a los casos de mayor severidad, mediante el Índice de Severidad Global GSI (ver Tabla 51), en la Figura 72 pueden verse los efectos de la intervención en el GE y los cambios en el GC en este grupo de mayor sintomatología. Se observa que la disminución de síntomas es mayor en el GE que parte de valores de población psiquiátrica y alcanza valores de población psicósomática. El cambio es significativo ( $p < 0,0002$ ). El GC también mejora de manera significativa ( $p < 0,003$ ), pero no disminuye a los valores de la población psicósomática. Calculadas las diferencias entre puntuaciones pre y puntuaciones post entre el GE y el GC (que miden el tamaño del cambio entre en el GE considerando el cambio habido en el GC) resultan significativas, en favor del GC ( $p < 0,03$ ), posiblemente debido al mayor tamaño del GC. Realizado ANOVA tiempo x grupo, el efecto no alcanza la significación ( $F(1,47) = 3,52; p = 0,067$ ). Es de suponer que en la mejora de ambos grupos haya actuado el fenómeno de regresión a la media que ocurre con los valores extremos de una muestra (se ha cambiado la escala con respecto al gráfico anterior de la Figura 66 para poder recoger los altos valores de este grupo).

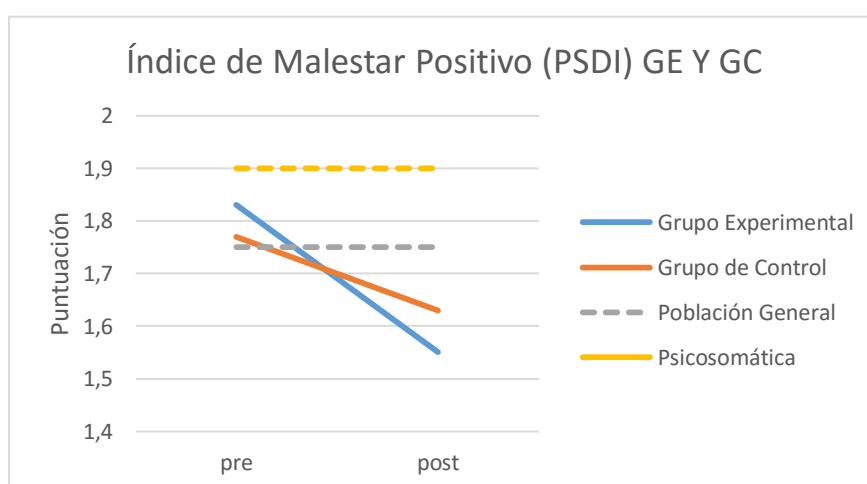


**Figura 72: Índice de Severidad Global GSI pre y post GE y GC. Casos más severos (punt GSI pre  $\geq 0,94$ )**

## Discusión

En la Figura 73 se muestra la comparación entre los resultados pre y post del GE (ver Tabla 44) y los resultados pre y post del GC (ver Tabla 45) en las puntuaciones del Índice de Malestar por Síntoma PSDI. Puede verse una mejora en los dos grupos, aunque más importante la del GE. Las dos mejoras son significativas, pero mientras la del GE lo es con  $p < 0,0005$ , la del GC lo es con  $p < 0,05$ . Además, en la Tabla 46 se ha visto que la comparación entre diferencias de puntuaciones pre y puntuaciones post entre el GE y el GC (que miden el tamaño del cambio entre en el GE y GC) resultan significativas, en favor del GE, en el PSDI. Podemos ver también que el valor pre del GE es superior al del GC, aunque en el Anexo 35 se ha comprobado que esta diferencia previa entre el GE y el GC no es significativa. En la Tabla 47 se ha calculado el ANOVA tiempo x grupo y el cambio no resulta significativo ( $F(1,116) = 2,97$ ;  $p = 0,087$ ).

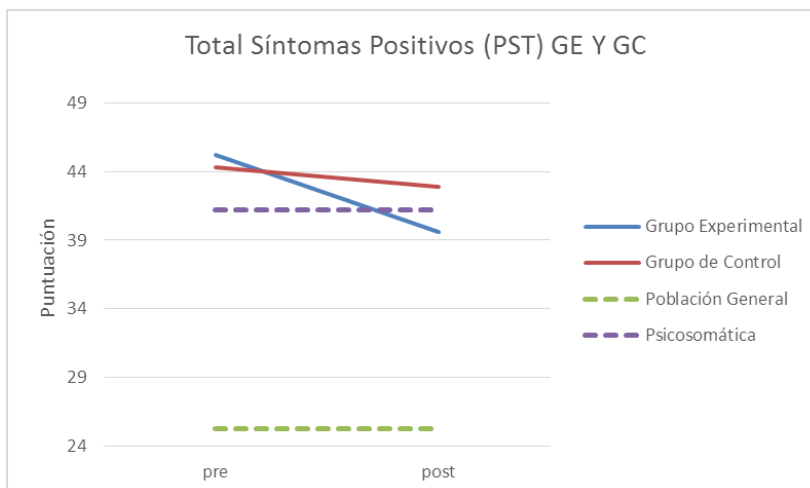
Con objeto de tener una referencia, en esta Figura 73 también pueden verse en líneas discontinuas los valores de una población general y el de una psicósomática. Se observa cómo en las puntuaciones pre se parte de valores entre generales y psicósomáticos y en las post los dos grupos mejoran incluso los resultados de la población general.



**Figura 73: Comparación pre y post en Índice de Malestar Positivo PSDI del SCL-90-R entre Grupo Experimental y Grupo de Control. Con referencias del baremo de la prueba**

En la Figura 74 se muestra la comparación entre los resultados pre y post del GE (ver Tabla 44) y los resultados pre y post del GC (ver Tabla 45) en las puntuaciones del Total de Síntomas Positivos PST. Puede verse una mejora en los dos grupos, aunque más

importante la del GE. Sólo es significativa la mejora en el GE ( $p < 0,005$ ). Se observa también que el valor pre del GE es superior al del GC, aunque en el Anexo 35 se ha comprobado que esta diferencia previa entre el GE y el GC no es significativa. En la Tabla 47 se ha calculado el ANOVA tiempo x grupo y el cambio no resulta significativo ( $F(1,116) = 2,87$ ;  $p = 0,093$ ).



**Figura 74:** Comparación pre y post en Total Síntomas Positivos PST del SCL-90-R entre Grupo Experimental y Grupo de Control. Con referencias del baremo de la prueba

**Hipótesis 1.2.** *La participación en el taller hará que disminuya la sintomatología psicopatológica detectada, en relación a la medición basal y al grupo de control.*

A vista de los resultados, existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 1.2, pues han disminuido los niveles del Índice de Severidad Global GSI con respecto a la medición basal y al GC; también han descendido significativamente respecto a la medición basal y al GC las escalas de Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad y Hostilidad. Adicionalmente, puede afirmarse que también ha disminuido en el GE, con respecto a la puntuación basal, el Índice de Malestar por Síntomas, el Total de Síntomas Positivos y las escalas de Depresión e Items Adicionales, aunque el ANOVA tiempo x grupo no ha resultado significativo, y que la eficacia de la intervención es buena en los casos de mayor severidad.

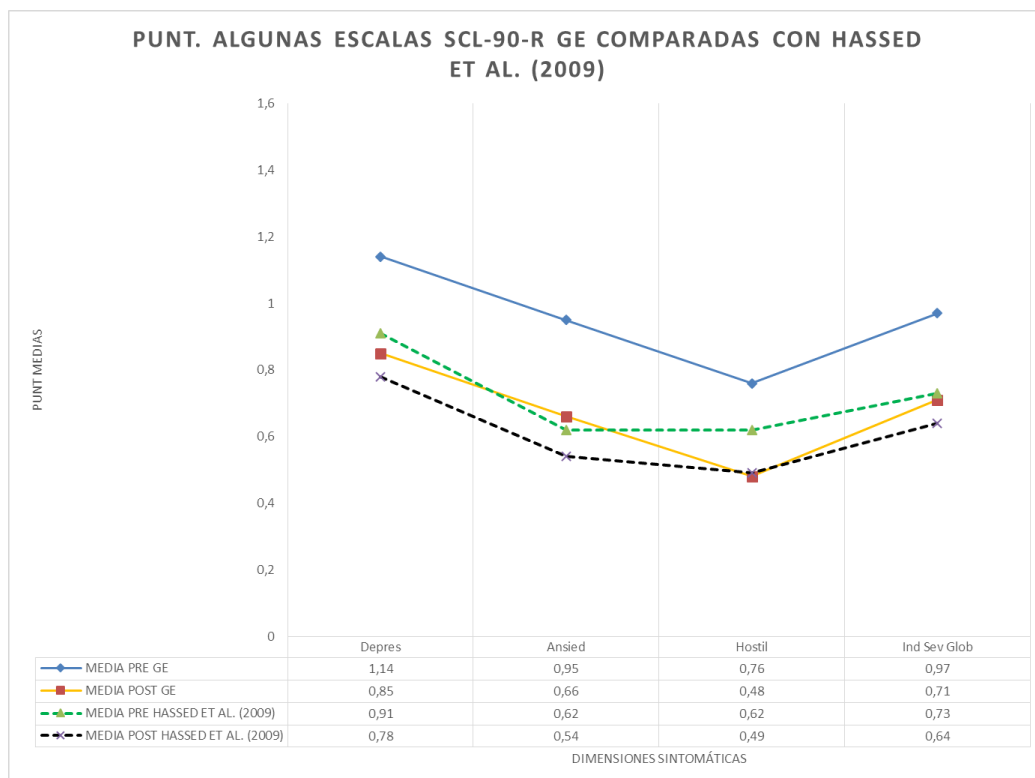
## Discusión

Williams et al. [86] han estudiado la eficacia de la MBCT sobre prevención de recaídas en pacientes diagnosticados de depresión mayor y han efectuado un desmantelamiento “dismantling” de los diferentes elementos que componen dicha terapia, estudiando su efectividad diferencial. Sus resultados apoyan la eficacia de los factores psicoeducativos que incluye la MBCT, sin incluir prácticas de meditación, al mismo nivel que la MBCT completa. Cabe resaltar que cuando los pacientes presentan historias de trauma infantil, entonces resulta más eficaz la MBCT completa que la terapia que sólo incluye componentes psicoeducativos separados de la meditación. Para completar estos resultados, es importante resaltar el trabajo de Crane et al. [87] en el que se destaca la importancia de la práctica en casa, en este estudio de MBCT en pacientes con depresión, los practicantes en casa 3 veces por semana o más presentan una tasa de recaída de la mitad, comparados con los pacientes que efectuaban una práctica semanal menos constante. La presente investigación parece aportar evidencia a la importancia de los componentes psicoeducativos de la intervención, en el sentido de que, a pesar del poco nivel de práctica en casa efectuado por el GE, se han conseguido resultados significativos en reducción de las escalas e índices de sintomatología.

Baer et al. [442] midieron con el FFMQ los cambios que se producían en cada semana del programa de 8 semanas de MBSR, estos cambios comenzaban a producirse significativamente ya en la 2 semana del programa, mientras que los cambios en reducción del estrés percibido eran posteriores (posible efecto como factor mediacional de mindfulness)

A continuación, con objeto de adquirir perspectiva con una muestra parecida a la del presente estudio, en la Figura 75 se comparan los datos de la presente investigación pre y post del GE con los del estudio de Hased et al. [334] (líneas discontinuas) que ha utilizado 148 estudiantes de medicina de primer curso de la Universidad de Monash en Australia. Solamente podemos comparar las escalas de Depresión, Ansiedad, Hostilidad

y el Índice de Severidad Global, pues son las únicas puntuaciones del SCL-90-R que se facilitan en dicho estudio (en el mismo se comenta que se han escogido estas escalas basándose en la literatura sobre salud psicológica en estudiantes de medicina y los efectos psicológicos de las intervenciones basadas en mindfulness). Vemos que las puntuaciones pre del GE del presente estudio son superiores (Hassed ya consideraba elevadas las suyas en comparación con su referencia), remarcando la idea de que el presente grupo manifiesta sintomatología considerable. Las puntuaciones post son algo mejores en el estudio de Hassed, pero teniendo en cuenta las puntuaciones pre de partida, podemos decir que los efectos del presente estudio son superiores en estas variables que han podido compararse.



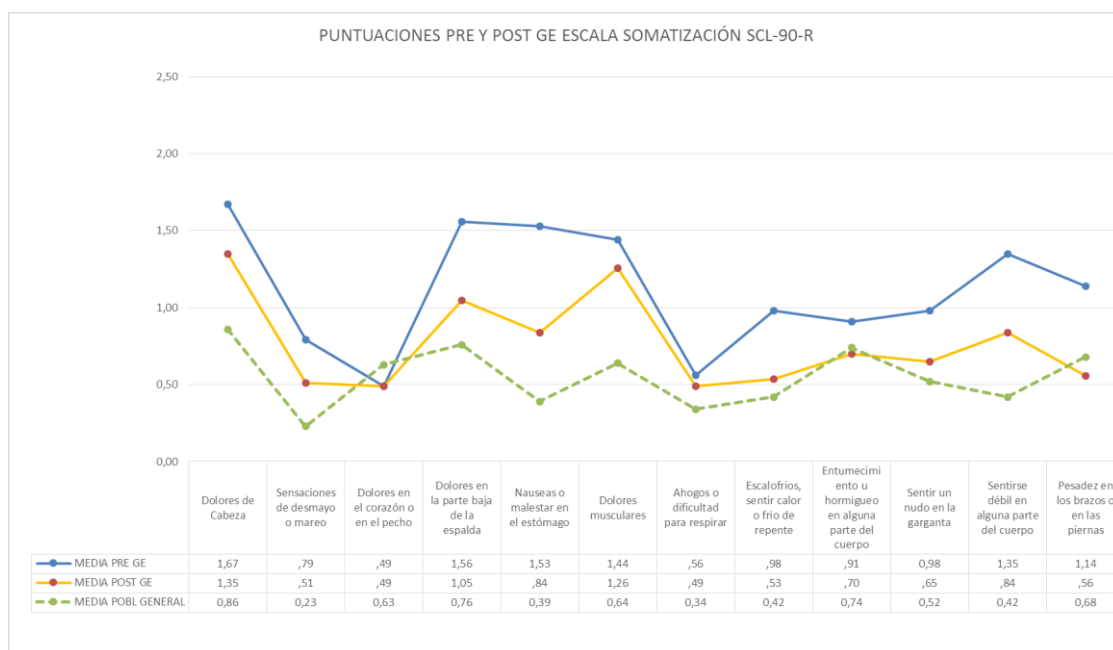
**Figura 75: Puntuaciones pre y post Grupo Experimental en escalas Depresión, Ansiedad, Hostilidad e Índice General de Síntomas GSI de la Escala de Síntomas SCL-90-R comparadas con puntuaciones pre y post del estudio de Hassed et al. (2009)**

Resulta difícil encontrar estudios similares que utilicen el SCL-90-R, son mayoría los que utilizan el Brief Symptom Inventory (BSI) [443], que es la forma breve del SCL-90-R.

## Discusión

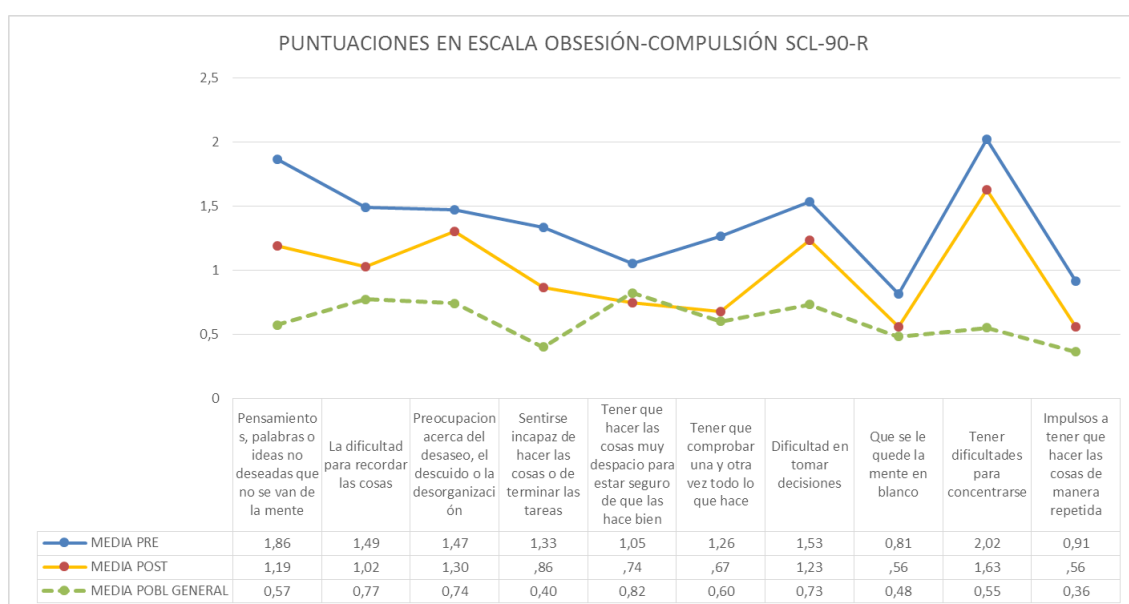
A continuación, se analizarán en detalle los resultados obtenidos en todas las escalas por separado. En la Tabla 54 pueden verse los resultados para cada uno de los ítems.

En la Figura 76 puede verse la escala de Somatización que incluye 12 síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal. Podemos ver las puntuaciones para cada ítem pre y post intervención, en línea discontinua la media de la población general según el Manual. Podemos ver como la mayoría de puntuaciones son superiores a las de la población, tanto las pre como las post intervención, a pesar de la mejora muy significativa (ver Tabla 44) obtenida en esta escala ( $p < 0,0003$ ). Entre las puntuaciones más elevadas pre vemos *Dolores de cabeza*, *Dolores en la parte baja de la espalda* y *Náuseas y malestar en el estómago*. Podemos observar una importante mejora tras la intervención en estos 3 ítems, además de en los ítems *Escalofríos, sentir calor o frío de repente*, *Sentirse débil en alguna parte del cuerpo* y *Pesadez en los brazos o en las piernas*. Este último ítem, junto con *Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo* son los que consiguen alcanzar puntuaciones inferiores a la media de la población tras la intervención.



**Figura 76: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Somatización del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general**

En la Figura 77 puede verse la escala de Obsesión-compulsión. Esta escala comprende 10 ítems que describen conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar, además de otras vivencias y fenómenos cognitivos característicos de los trastornos y personalidades obsesivas. Podemos ver como la mayoría de puntuaciones son superiores a las de la población, tanto las pre como las post intervención, a pesar de la mejora muy significativa (ver Tabla 44) obtenida en esta escala ( $p < 0,00001$ ). Entre las puntuaciones más elevadas pre vemos *Dificultad para concentrarse*, *Pensamientos que no se van de la mente*, *Dificultad para tomar decisiones* y *Dificultad para recordar las cosas*. Podemos observar una importante mejora tras la intervención en *Pensamientos que no se van de la mente*, *Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace*, *Dificultad para recordar las cosas* y *Sentirse incapaz de hacer las cosas o de terminar las tareas*. En las puntuaciones post se alcanza niveles de población normal en *Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien*, *Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace*, *Que se le quede la mente en blanco* e *Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida*.

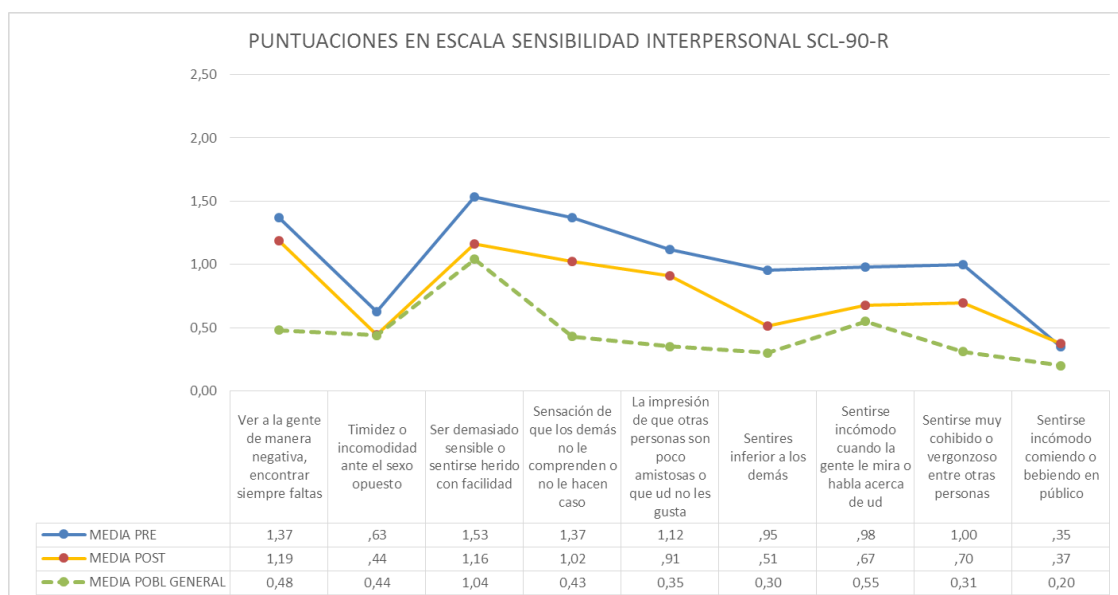


**Figura 77: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Obsesión-compulsión del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general**



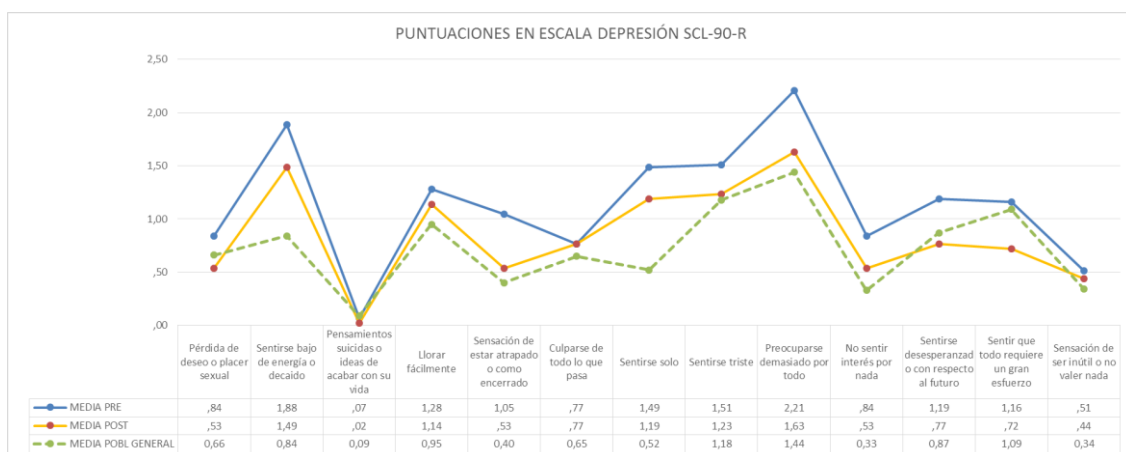
## Discusión

En la Figura 78 puede verse la escala de Sensibilidad Interpersonal que recoge sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales. Podemos ver como la mayoría de puntuaciones son superiores a las de la población, tanto las pre como las post intervención, a pesar de la mejora significativa (ver Tabla 44) obtenida en esta escala ( $p < 0,05$ ). Entre las puntuaciones más elevadas vemos *Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad*, *Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas*, *Sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso* y *La impresión de que otras personas son poco amistosas o que ud. no les gusta*. Todas las puntuaciones post mejoran, excepto *Sentirse incómodo comiendo y bebiendo en público* (pero esta se sitúa en valores muy cercanos a los de la población general). Podemos observar una importante mejora tras la intervención en *Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad*, *Sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso*, *Sentirse inferior a los demás* y *Sentirse incómodo cuando la gente le habla o le mira*. En las puntuaciones post se alcanza niveles de población normal en *Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto*.



**Figura 78: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Sensibilidad Interpersonal del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general**

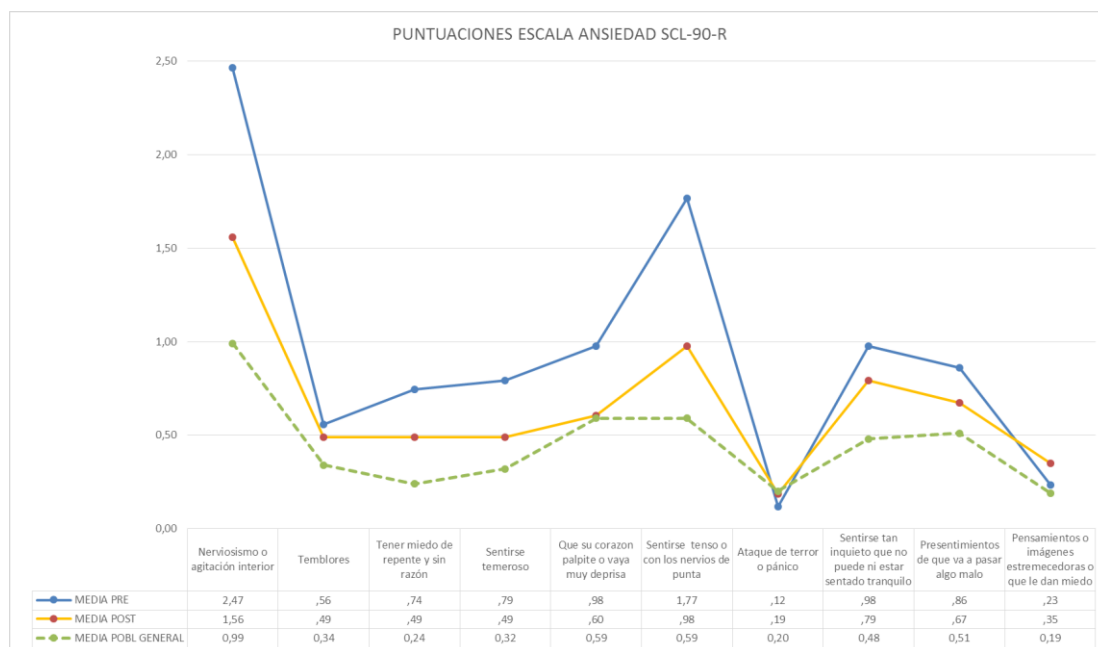
En la Figura 79 puede verse la escala de Depresión que recoge signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos, no incluye alteraciones el sueño o del apetito que están incluidos en la escala de Ítems adicionales. Podemos ver como la mayoría de puntuaciones pre son superiores a las de la población (salvo en *Pensamientos suicidas*), las puntuaciones post se acercan la mayoría a las de la población general y la mejora obtenida en esta escala (ver Tabla 44) es muy significativa ( $p < 0,0002$ ). Entre las puntuaciones más elevadas pre vemos *Preocuparse demasiado por todo*, *Sentirse bajo de energía o decaído*, *Sentirse triste* y *Sentirse sólo*. Todas las puntuaciones post mejoran, excepto *Culparse de todo lo que pasa* (pero esta se sitúa en valores muy cercanos a los de la población general). Podemos observar una importante mejora tras la intervención en *Sensación de estar atrapado o como encerrado*, *Preocuparse demasiado por todo*, *Sentirse desesperanzado con respecto al futuro* y *Sentir que todo requiere un gran esfuerzo*. En las puntuaciones post se alcanza niveles de población normal en *Sentirse triste* y se mejoran estas puntuaciones en *Perdida o deseo de placer sexual*, *Sentirse desesperanzado con respecto al futuro* y *Sentir que todo requiere un gran esfuerzo*.



**Figura 79: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Depresión del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general**

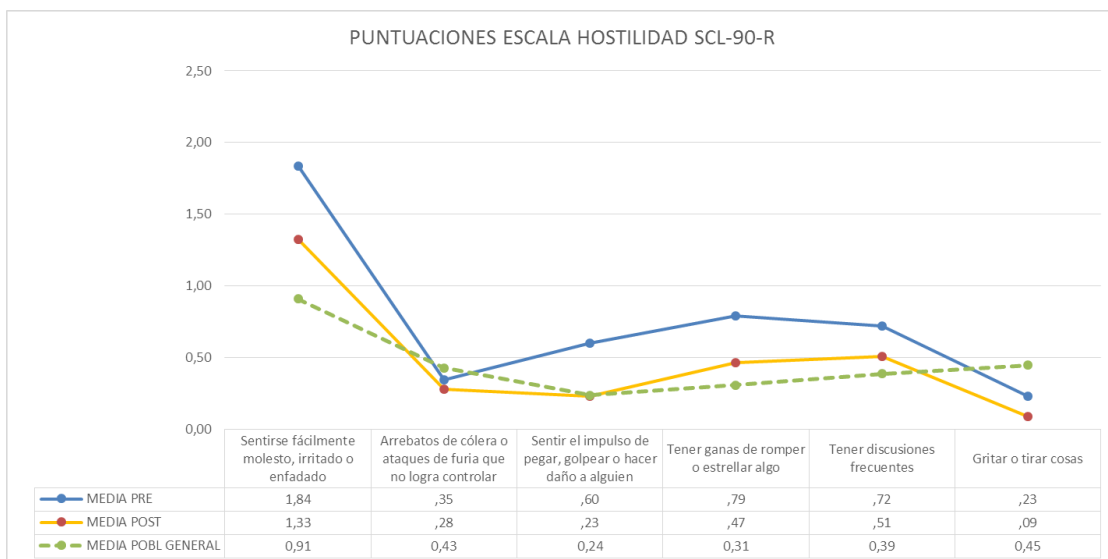
## Discusión

En la Figura 80 puede verse la escala de Ansiedad, que incluye 10 síntomas referentes a ansiedad generalizada, aguda, signos de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas. Se observa cómo las puntuaciones pre son superiores a las de la población normal salvo en el ítem *Ataques de pánico*, las puntuaciones post se acercan la mayoría a las de la población general y la mejora obtenida en esta escala (ver Tabla 44) es muy significativa ( $p < 0,0002$ ). Entre las puntuaciones más elevadas pre destacan *Nerviosismo o agitación interior* y *Sentirse tenso o con los nervios de punta*, a continuación, vendrían *Que su corazón palpita o vaya muy deprisa* y *Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo*. Podemos observar una importante mejora tras la intervención en los dos síntomas más intensos *Nerviosismo o agitación interior* y *Sentirse tenso o con los nervios de punta*, también tienen una importante mejora *Tener miedo de repente y sin razón*, *Sentirse temeroso* y *Que su corazón palpita o vaya muy deprisa* (alcanza valores de la población general). Se da un pequeño incremento y a un nivel muy bajo, cercano a la población general, en *Pensamientos o imágenes que le dan miedo*.



**Figura 80: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Ansiedad del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general**

En la Figura 81 puede verse la escala de Hostilidad, que incluye 6 síntomas referentes a pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento. Podemos ver como las puntuaciones pre son superiores a las de la población normal salvo en el ítem *Gritar o tirar cosas*, la mayoría de las puntuaciones post se acercan a las de la población general y la mejora obtenida en esta escala (ver Tabla 44) es muy significativa ( $p < 0,001$ ). Entre las puntuaciones más elevadas pre destacan *Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado*, a un nivel menor *Tener ganas de romper algo, Tener discusiones frecuentes* y *Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien* (que alcanza los valores de la población general). Podemos observar una mejora tras la intervención en el síntoma más intenso *Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado*, también tienen una mejora *Sentir el impulso de hacer daño a alguien, Tener ganas de romper algo* y *Tener discusiones frecuentes*.



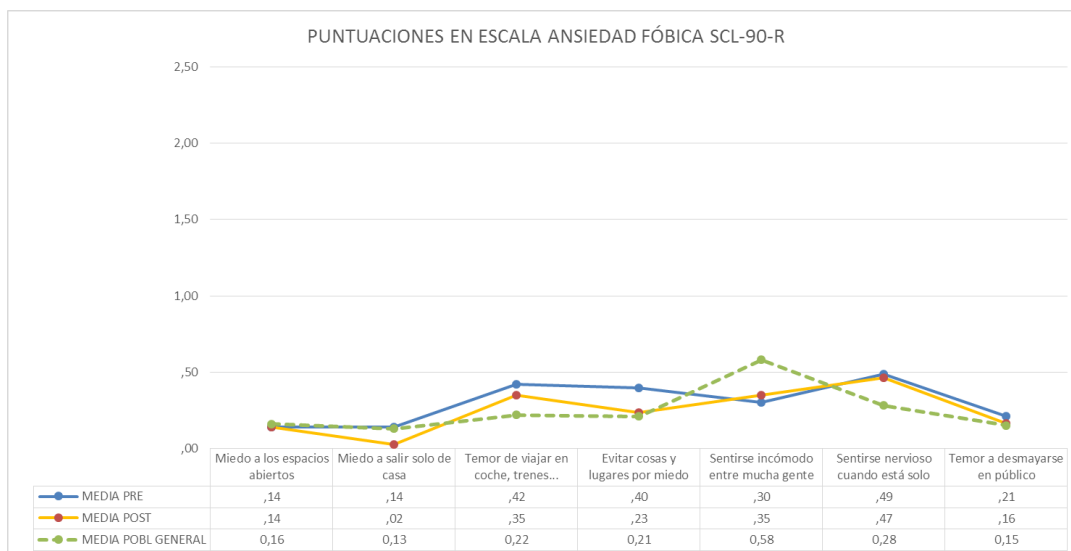
**Figura 81: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Hostilidad del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general**

En la Figura 82 puede verse la escala de Ansiedad Fóbica, que incluye 7 ítems que valoran las distintas variantes de la experiencia fóbica, entendida como un miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado o conductas de evitación y huida; tienen mayor peso los síntomas relacionados con fobia social y agorafobia que los típicos de la fobia simple.

## Discusión

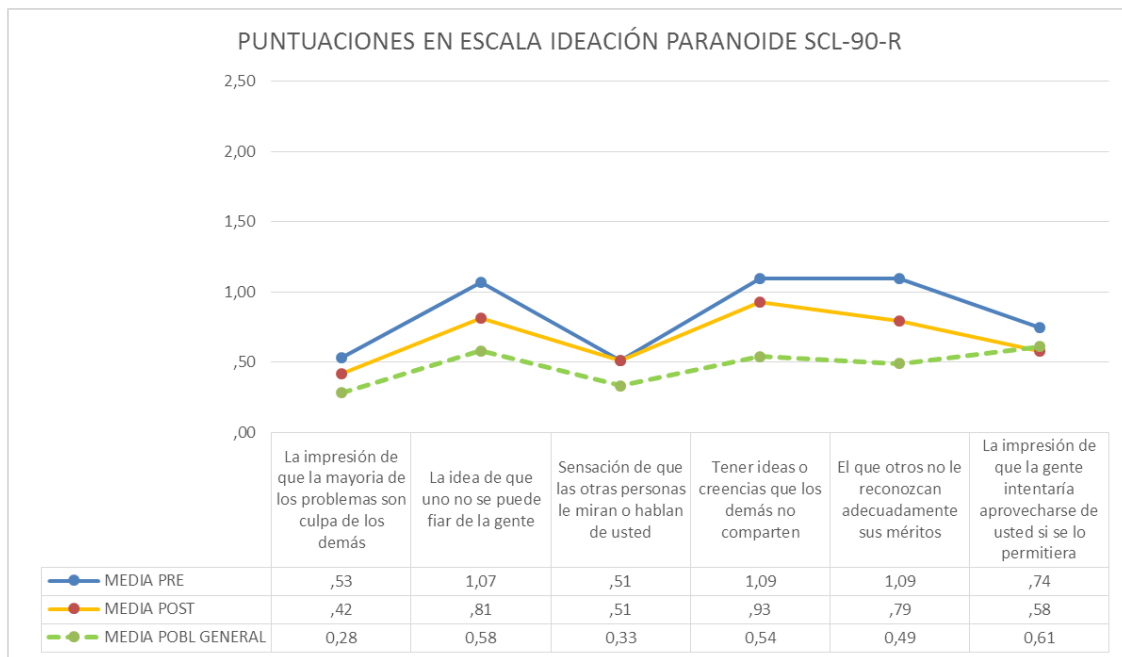
Podemos ver como las puntuaciones pre son más similares a las de la población normal aunque también algo superiores, salvo en el ítems *Sentirse incómodo ante mucha gente*.

Las puntuaciones post se acercan más a la mayoría de las de la población general, aunque la mejora obtenida no es significativa (ver Tabla 44).



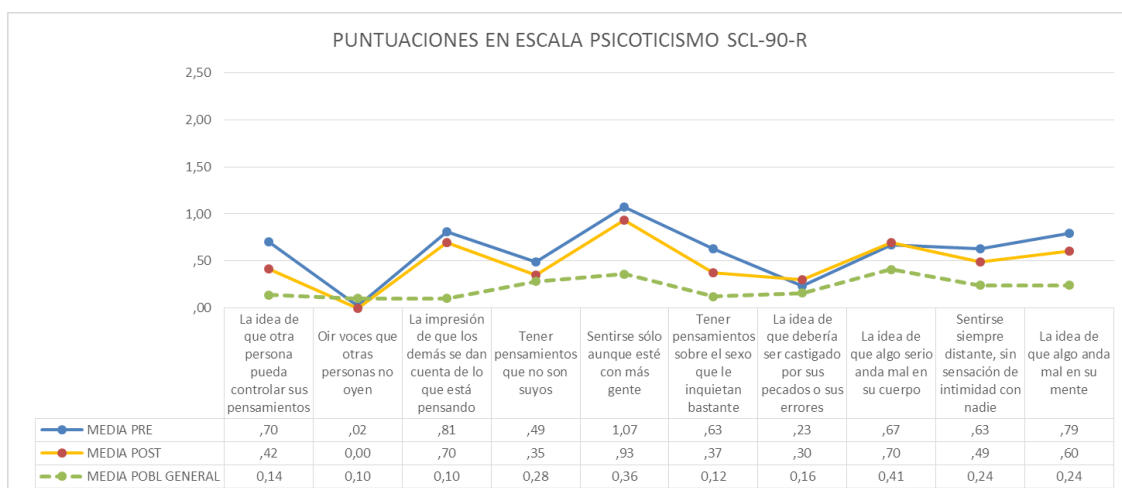
**Figura 82:** Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Ansiedad Fóbica del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general

En la Figura 83 puede verse la escala de Ideación Paranoide, que incluye 6 ítems que recoge aspectos relacionados con la conducta paranoide, considerada como un trastorno de ideación; incluye aspectos de suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control. Podemos ver como todas las puntuaciones pre son superiores a las de la población, las puntuaciones post se acercan la mayoría a las de la población general, aunque la mejora obtenida en esta escala (ver Tabla 44) no resulta significativa. Entre las puntuaciones pre superiores a las de la población general vemos que destacan *Tener ideas o creencias que los demás no comparten*, *La idea de que uno no se puede fiar de la gente* y *El que otros no les reconozcan adecuadamente sus méritos*. Todas las puntuaciones post mejoran, excepto *Sensación de que otras personas le miran o hablan de ud*. En las puntuaciones post se alcanza niveles de población normal en *La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ud. si se lo permitiera*.



**Figura 83: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Ideación Paranoide del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general**

En la Figura 84 puede verse la escala de Psicoticismo, formada por 10 ítems que recogen un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia y la esquizotipia leves hasta la psicosis florida. Según el Manual, en la población general esta dimensión está más relacionada con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta. Se observa cómo las puntuaciones pre son superiores a las de la población (excepto *Oír voces que otros no oyen*) y que la mayoría de puntuaciones post mejoran ligeramente, aunque la mejora obtenida en esta escala (ver Tabla 62) no resulta

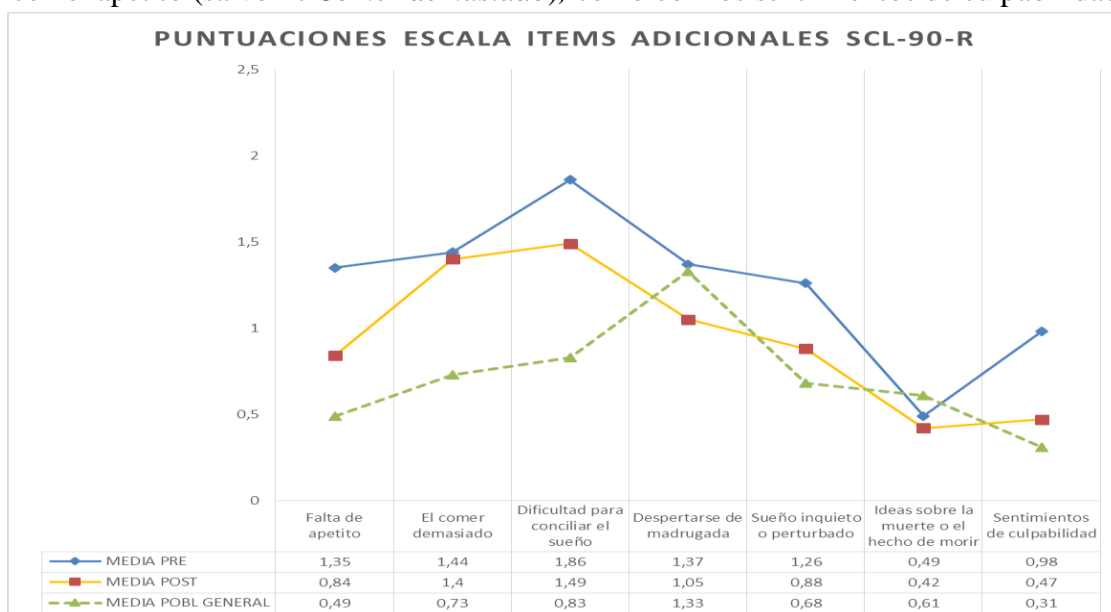


**Figura 84: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Psicoticismo del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general**

## Discusión

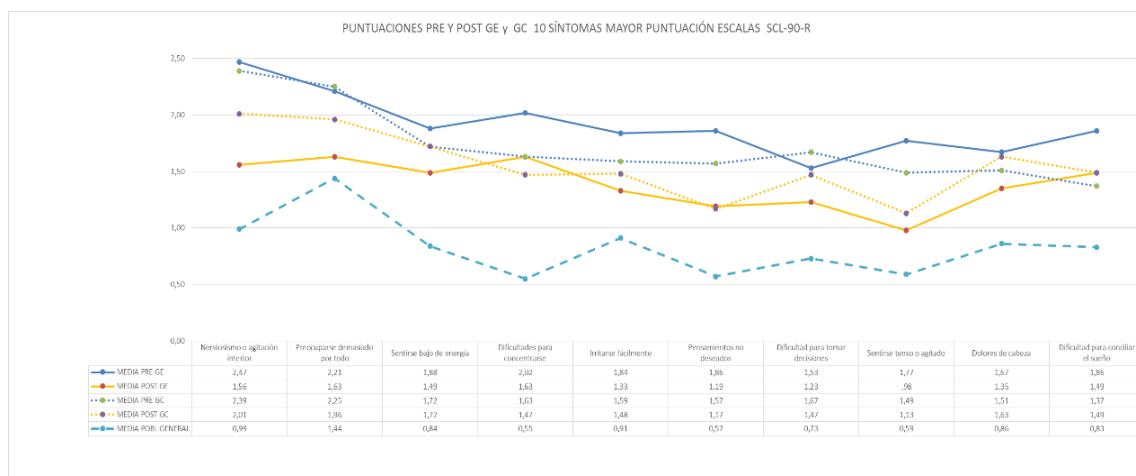
significativa. Entre las puntuaciones pre superiores a las de la población general vemos que destaca *Sentirse sólo, aunque esté con más gente, La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando y La idea de que algo anda mal en su mente.*

En la Figura 85 vemos la escala de Adicional (Ítems Adicionales o Miscelaneos), que para Derogatis [412] no constituyen una dimensión sintomática específica pero son indicadores de la gravedad del estado del paciente. En el Manual de la prueba se remarca que para un clínico constituyen un claro referente de depresión melancólica, los 7 ítems que la componen tienen que ver con problemas con la comida (2 ítems), el sueño (3 ítems), ideación sobre la muerte (1 ítem) y sentimientos de culpabilidad (1 ítem). Podemos ver como las puntuaciones pre son superiores a las de la población normal salvo en los ítems *Ideas sobre la muerte y Despertarse de madrugada*, las puntuaciones post se acercan la mayoría a las de la población general y la mejora obtenida en esta escala (ver Tabla 44) es muy significativa ( $p < 0,0003$ ). Entre las puntuaciones más elevadas pre destacan *Dificultades para conciliar el sueño, Comer demasiado, Despertarse de madrugada y Falta de apetito*. Todos los ítems post mejoran, tanto los que tienen a ver con el sueño, con el apetito (salvo *El Comer demasiado*), como con los sentimientos de culpabilidad.



**Figura 85: Puntuaciones medias pre y post Grupo Experimental en escala de Ítems Adicionales del Cuestionario de Síntomas SCL-90-R comparadas con la media general**

A continuación, pueden verse los efectos del tratamiento en el GE de los 10 síntomas con mayor puntuación de las diferentes escalas del SCL-90-R en la muestra total pre. Estos resultados pueden verse en la Tabla 55. En la Figura 86 puede verse en líneas continuas los resultados pre y post en estos 10 ítems del GE, en líneas de puntos los resultados pre y post del GC y en línea de trazos discontinuos la referencia de la población general. Se observa una mejora en todos los síntomas del GE comparando pre y post. Las mejoras más importantes en el GE se dan en *Nerviosismo o agitación interior*, *Sentirse tenso o agitado*, *Pensamientos no deseados*, *Irritarse fácilmente* y *Preocuparse demasiado*. La única puntuación que se acerca a la de la población general en el post es *Preocuparse demasiado*, el resto continúan siendo altas para la población general. Las puntuaciones pre en algunas escalas son superiores a las el GC, especialmente en *Dificultades para concentrarse*, *Dificultad para conciliar el sueño*, *Sentirse tenso o agitado* y *Pensamientos no deseados*. Vemos que en el GC también se producen mejoras, en general de menor magnitud que en el GE y que en algunos ítems se produce un empeoramiento en las puntuaciones post, como en *Dolores de Cabeza* y *Dificultades para conciliar el sueño*. Debe recordarse al analizar estas puntuaciones más altas el conocido fenómeno de regresión a la media que debería afectar tanto al GE como al GC.



**Figura 86: Puntuaciones pre y post en GE y GC de los 10 Síntomas que obtuvieron mayor puntuación en las puntuaciones pre del Grupo Total (GE+GC). Con referencia de la población general**



## Discusión

Otra forma de observar los efectos del tratamiento en el GE frente al GC es visualizando las mayores diferencias entre puntuaciones pre y puntuaciones post (mejora en el síntoma) en el GE. En la Tabla 56 se han mostrado los síntomas que en el GE han tenido una mejora superior a 0,5 puntos del escalado del SCL-90-R (en total han sido 13). En el GC ningún síntoma se ha reducido en una magnitud superior a 0,5 puntos del escalado.

En contraste con la anterior, en la Tabla 57 se han relacionado los síntomas que han incrementado sus puntuaciones entre pre y post (empeoramiento del síntoma) tanto en el GE como en el GC. Puede verse que han sido 6 síntomas en el GE frente a 25 del GC. La mayoría de los incrementos son ínfimos (centésimas), sólo uno es de 1 décima en el GE y 6 en el GC.

En el estudio de Schwenk et al. [327] se encontró que la prevalencia de la depresión moderada a severa en estudiantes de medicina era del 14,3%, siendo mayor en las mujeres. A medida que avanzaban en sus estudios eran más propensos a reportar ideación suicida. Ya se ha comentado en el apartado 26.2.2 que en la presente investigación la ideación suicida ha sido mínima y que no se incrementa a medida que se avanza en los estudios.

**Hipótesis 1.3:** *La participación en el Taller implicará mejoras en estado de ánimo y cambios acerca de la relevancia concedida a los pensamientos.*

A vista de los resultados discutidos en este apartado, existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 1.3 en varios aspectos:

En relación al estado de ánimo, este está en estrecha relación con la sintomatología que compone las escalas de Depresión, que ha descendido significativamente en el GE con respecto a las mediciones basales (podría destacarse la importante mejora en Sentirse desesperanzado con respecto al futuro), y Ansiedad, que ha descendido

significativamente en el GE con respecto a las mediciones basales y al GC. También puede inferirse que puede mejorar debido al descenso del Índice general de sintomatología, que ha descendido significativamente en el GE con respecto a las mediciones basales y al GC, Malestar por síntoma y Número de síntomas. De una manera más concreta, entre los 10 síntomas que obtienen las mayores puntuaciones pre y que mejoran significativamente en el GE, encontramos 3 directamente relacionados con el estado de ánimo: Nerviosismo, Sentirse bajo de energía y Sentirse tenso y agitado. Además, Nerviosismo y Sentirse tenso o agitado son de los síntomas cuya puntuación más desciende en el GE (más de 0,5 puntos).

En relación a los cambios en contenidos de pensamientos, estos están en estrecha relación con la sintomatología que compone las escalas de Obsesión-Compulsión, que ha descendido significativamente en el GE con respecto a las mediciones basales y al GC, y Depresión, que ha descendido significativamente en el GE con respecto a las mediciones basales. También han mejorado, aunque en menor medida, pues se partía de puntuaciones menores, las puntuaciones en las escalas de Ideación paranoide y Psicoticismo. De una manera más concreta, entre los 10 síntomas que obtienen las mayores puntuaciones pre y que mejoran significativamente en el GE, encontramos 4 directamente relacionados con los pensamientos: Preocuparse demasiado por todo, Dificultad para concentrarse, Pensamientos no deseados y Dificultad para tomar decisiones. Además, Preocuparse Demasiado y Pensamientos no deseados son de los síntomas cuya puntuación más desciende en el GE (más de 0,5 puntos).

**Hipótesis 2.2.** *La participación en el Taller implicará cambios positivos en la relación con los demás.*

## Discusión

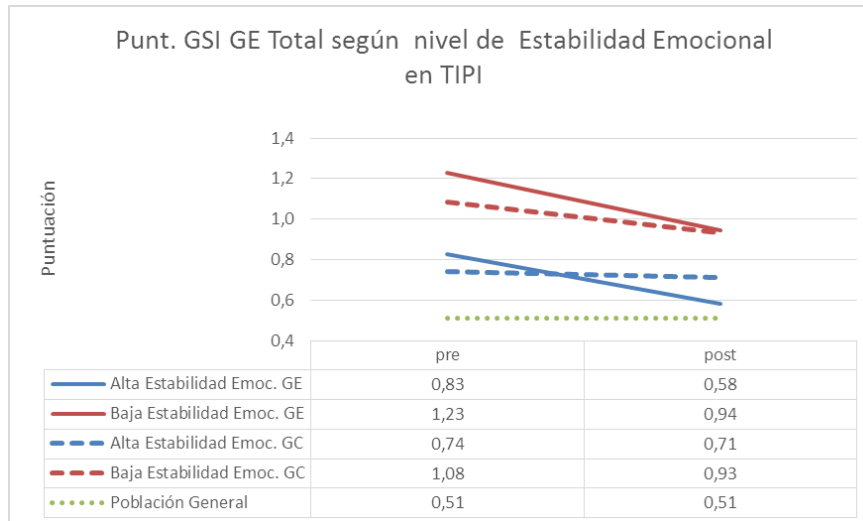
A vista de los resultados discutidos en este apartado, existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 2.2 puesto que la relación con los demás está en estrecha relación con la sintomatología que compone las escalas de Hostilidad (podrían destacarse la mejora en los ítems Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado, Sentir el impulso de hacer daño a alguien, Tener ganas de romper algo y Tener discusiones frecuente) y Sensibilidad Interpersonal (podría destacarse la importante mejora en los ítems Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad, Sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso, Sentirse inferior a los demás y Sentirse incómodo cuando la gente le habla o le mira), que han descendido significativamente en el GE con respecto a las mediciones basales y al GC. De una manera más concreta, entre los 10 síntomas que obtienen las mayores puntuaciones pre y que mejoran significativamente en el GE, encontramos uno directamente relacionados con las relaciones con los demás: Irritarse fácilmente, además, este ítem es uno de los síntomas cuya puntuación más desciende en el GE (más de 0,5 puntos).

### **26.4.2.1. Índice de Severidad Global GSI en función del dominio**

#### **Estabilidad Emocional del Ten-item Personality Inventory**

En la Figura 87 puede verse en líneas continuas la puntuación pre y post en Índice de Severidad Global GSI de los participantes de alta y baja Estabilidad Emocional del GE y en líneas discontinuas los mismos datos referentes al GC (Ver Tabla 51). Puede observarse la diferencia en GSI según el nivel de Estabilidad y, en el GE los mayores valores de GSI tanto del grupo de alta como de baja Estabilidad Emocional y la importante mejora que consiguen ambos, en el de alta Estabilidad ( $p < 0,003$ ) y en el de baja ( $p < 0,007$ ). En el GC resulta significativa la reducción del grupo de baja Estabilidad ( $p < 0,03$ ) a pesar de ser de menor magnitud. Realizado un ANOVA tiempo x grupo con los participantes de baja estabilidad emocional se obtiene una  $F(1,51) = 1,26$ ;  $p = 0,27$ . En cambio, con un

ANOVA tiempo x grupo con los participantes de alta estabilidad emocional se obtiene una  $F(1,63) = 5,54$ ;  $p = 0,022$ . En línea de puntos se ha añadido la media de la población general del baremo del test como referencia.



**Figura 87:** Puntuación pre y post de Índice de Severidad Global GSI en GE y GC según nivel alto (punt.  $\geq 4,5$ ) o bajo (punt.  $< 4,5$ ) de Estabilidad Emocional en Ten-item Personality Inventory TIPI. Incluye media de población general del baremo del test como referencia.

**Hipótesis 4.2.** *A menor estabilidad emocional, mayores beneficios de la participación en el Taller en reducción de sintomatología y estrés.*

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 4.2 en referencia a la reducción de sintomatología, pues han disminuido sus niveles medidos con el Índice de Severidad Global GSI, en relación con la medición basal del Grupo Experimental y en comparación con los participantes del mismo colectivo del Grupo de Control tanto en el grupo de alta estabilidad emocional como en el de baja estabilidad emocional en magnitudes parecidas. La evidencia iría en sentido contrario, pues resulta significativo el ANOVA tiempo x grupo para los participantes con mayor estabilidad emocional.

En la presente investigación no se ha producido efecto suelo en el grupo de alta estabilidad emocional debido a las puntuaciones por encima de la población general en los valores pre, a diferencia de lo que ocurriría con el estrés, en el que el grupo de alta

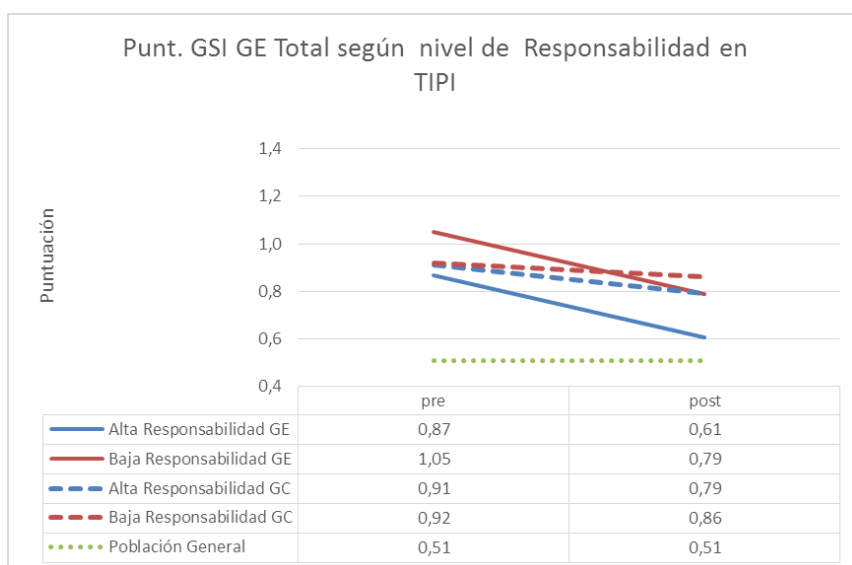
## Discusión

estabilidad partía de puntuaciones pre en estrés por debajo de su grupo de referencia.

Estos resultados parecen diferir del estudio de De Vibe et al. [183]. En su estudio, con grupo de control, y efectuado con 288 estudiantes de medicina y psicología, encontró que los estudiantes con puntuaciones bajas en estabilidad emocional habían obtenido mayor mejora, tras el programa, en angustia “mental distress” y bienestar subjetivo; aunque no se midió sintomatología, parece que debería relacionarse con las variables medidas en dicho estudio.

### 26.4.2.2. Índice de Severidad Global GSI en función del dominio Responsabilidad del Ten-item Personality Inventory

En la Figura 88 puede verse en líneas continuas la puntuación pre y post en Índice de Severidad Global GSI de los participantes de alta y baja Responsabilidad del GE y en líneas discontinuas los mismos datos referentes al GC (ver Tabla 51). Puede observarse la diferencia en GSI según el nivel de Responsabilidad y, en el GE los mayores valores de GSI del grupo de baja Responsabilidad y la importante mejora que consiguen tanto los de baja Responsabilidad ( $p < 0,0004$ ) como los del alta. En el GC no se produce ninguna mejora significativa. El ANOVA tiempo x grupo de los participantes con bajo nivel de



**Figura 88: Puntuación pre y post de Índice de Severidad Global GSI en GE y GC según nivel alto (punt.  $\geq 5$ ) o bajo (punt.  $< 5$ ) de Responsabilidad en Ten-item Personality Inventory TIPI. Incluye media de población general del baremo del test como referencia.**

responsabilidad resulta significativo ( $F(1,56) = 5,43; p=0,023$ ), cosa que no ocurre con los participantes con alto nivel de responsabilidad. En línea de puntos se ha añadido la media de la población general del baremo del test como referencia.

**Hipótesis 4.3.** *A mayor responsabilidad, mayores beneficios de la participación en el Taller en reducción de sintomatología y estrés.*

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 4.3 en referencia a la reducción de sintomatología, pues han disminuido sus niveles medidos con el Índice de Severidad Global GSI, en relación con la medición basal del Grupo Experimental tanto en el grupo de alta responsabilidad como en el de baja responsabilidad en magnitudes parecidas; más bien al contrario, pues los únicos efectos significativos en relación con el Grupo de Control, según ANOVA, se han producido en los participantes con bajo nivel de responsabilidad.

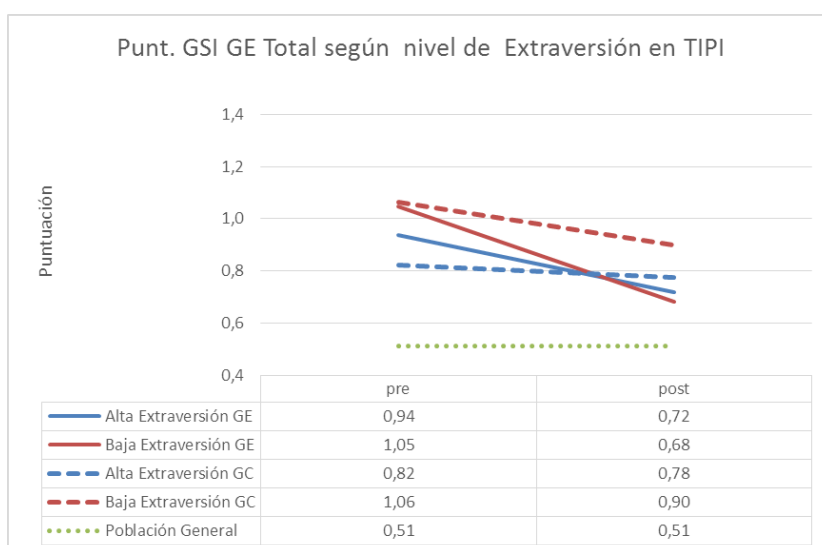
En la presente investigación no se ha producido efecto suelo en el grupo de alta responsabilidad debido a las puntuaciones por encima de la población general en los valores pre, a diferencia de lo que ocurría con el estrés, en el que el grupo de alta responsabilidad partía de puntuaciones pre en estrés por debajo de su grupo de referencia.

Estos resultados parecen diferir del estudio de De Vibe et al. [183]. En su estudio, con grupo de control, y efectuado con 288 estudiantes de medicina y psicología, encontró que los estudiantes con puntuaciones altas en responsabilidad habían obtenido mayor mejora, tras el programa, en angustia “mental distress” y bienestar subjetivo; aunque no se midió sintomatología, parece que debería relacionarse con las variables medidas en dicho estudio.

### 26.4.2.3. Índice de Severidad Global GSI en función del dominio

#### Extraversión del Ten-item Personality Inventory

En la Figura 89 puede verse en líneas continuas la puntuación pre y post en Índice de Severidad Global GSI de los participantes de alta y baja Extraversión del GE y en líneas discontinuas los mismos datos referentes al GC (ver Tabla 51). Puede observarse la diferencia en GSI según el nivel de Extraversión y, en el GE los mayores valores de GSI del grupo de baja Extraversión y la mejora que consiguen ( $p < 0,05$ ). El grupo de alta Extraversión del GE también consigue una mejora significativa ( $p < 0,05$ ). En el GC resulta significativa la reducción que se produce en el grupo de baja extraversión ( $p < 0,0002$ ). Realizado ANOVA tiempo x grupo solamente resulta significativo el de los participantes con alto nivel de extraversión ( $F(1,75) = 4,74; p = 0,033$ ). En línea de puntos se ha añadido la media de la población general del baremo del test como referencia.



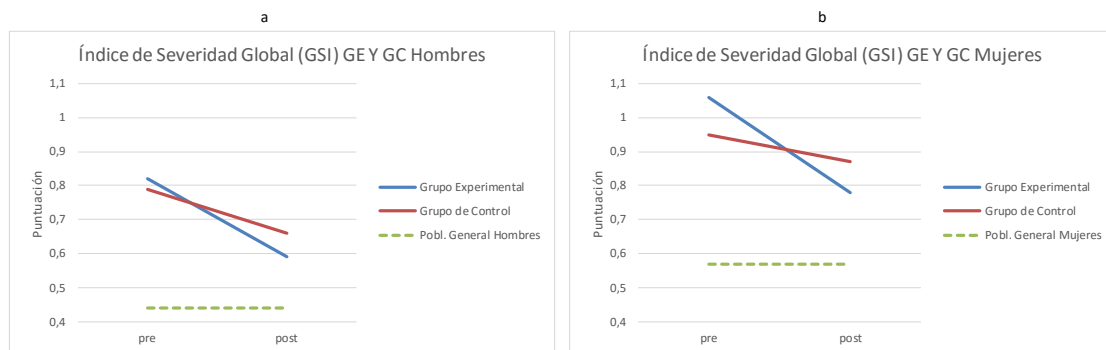
**Figura 89: Puntuación pre y post de Índice de Severidad Global GSI en GE y GC según nivel alto (punt.  $\geq 4,5$ ) o bajo (punt.  $< 4,5$ ) de Extraversión en Ten-item Personality Inventory TIPI. Incluye media de población general del baremo del test como referencia.**

Puede afirmarse que el programa aplicado es efectivo en reducir el Índice de Severidad Global de síntomas, de manera significativa, en personas con alta puntuación en extraversión. En las personas introvertidas se observan mayores niveles de Índice de Severidad Global que en los extravertidos y la intervención mejora sus puntuaciones en

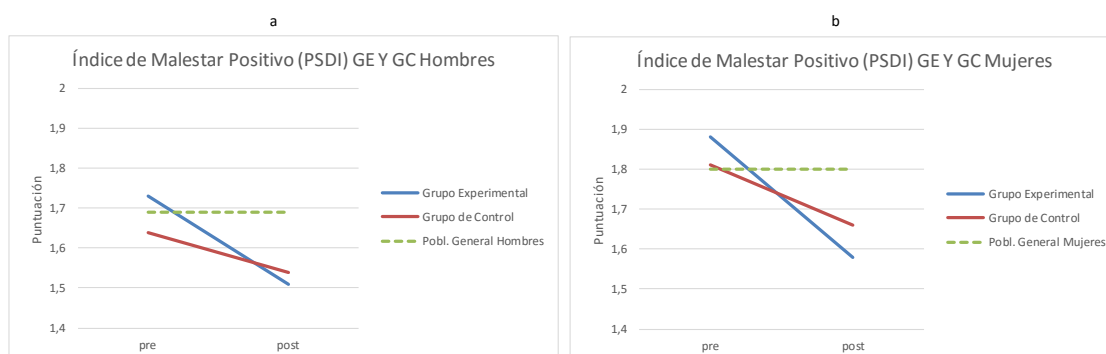
las medidas post, por lo que la magnitud del cambio en el GE es mayor en los introvertidos, pero el comportamiento del GC hace que los cambios no resulten significativos.

#### 26.4.2.4. Sintomatología en función del sexo

En las Figuras 90, 91 y 92 podemos ver las puntuaciones pre y post del GE y GC en Índice de Severidad Global (GSI), Índice de Malestar Positivo (PSDI) y Total de Síntomas Positivos (PST) separadas por sexos (a) Hombres y (b) Mujeres (Ver Tablas 58 y 59).



**Figura 90: Índice de Severidad Global (GSI) GE y GC separados por sexo**

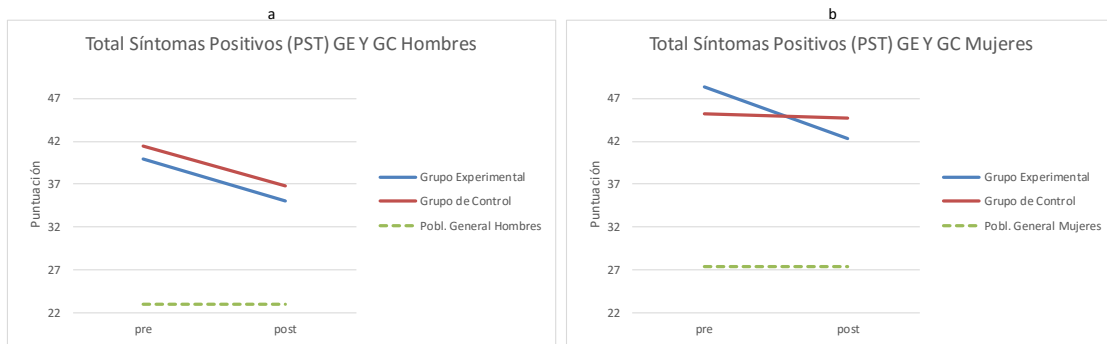


**Figura 91: Índice de Malestar Positivo (PSDI) GE y GC separados por sexo**

En las Figuras 90 y 91 pueden verse los niveles superiores del GSI y PSDI de las mujeres en referencia a los hombres y como ambos sexos mejoran. En la Figura 92 se observa como en PST los hombres mejoran con la misma pendiente que el GC y como las mujeres mejoran más que el GC, que no experimenta cambios.



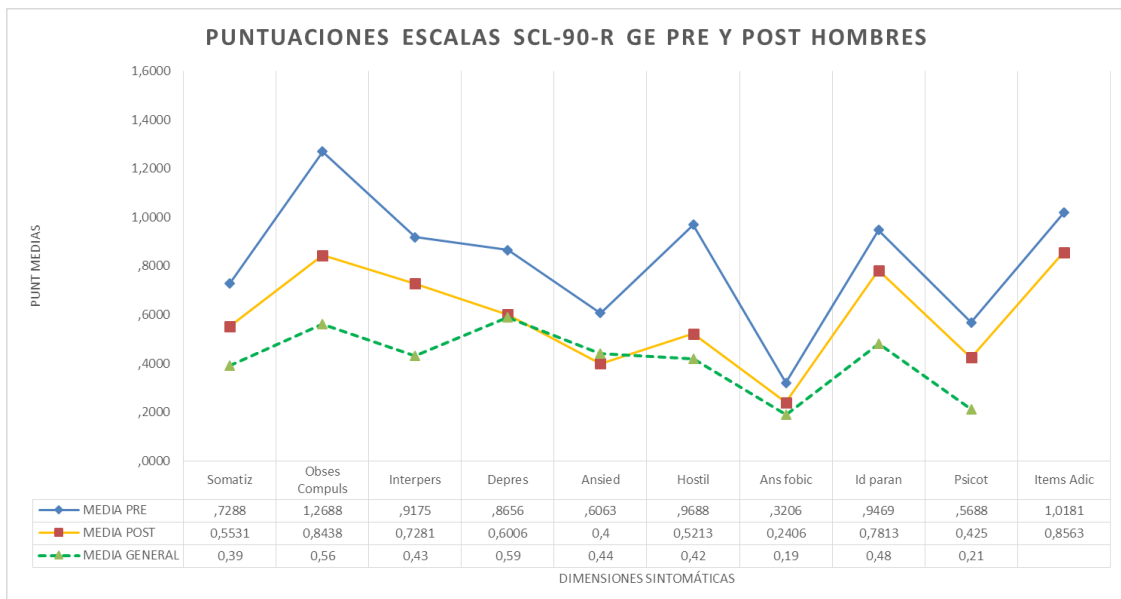
## Discusión



**Figura 92: Total Síntomas Positivos (PST) GE y GC separados por sexo**

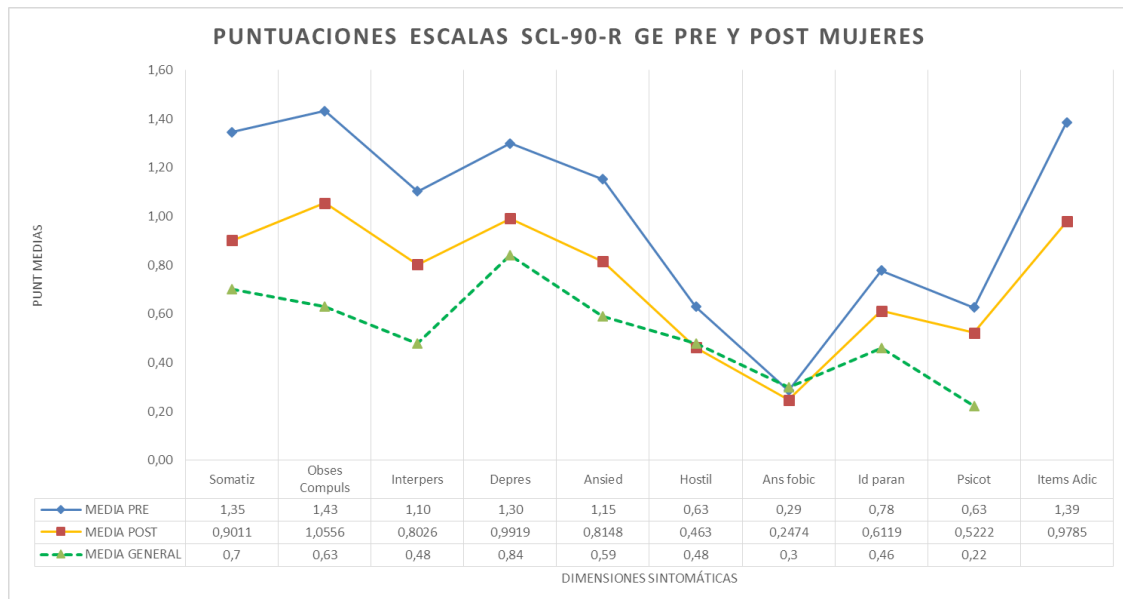
Realizado un ANOVA tiempo x grupo, la única diferencia significativa en estos índices globales se produce en GSI para las mujeres ( $F(1,82) = 5,156; p = 0,026$ ).

En la Figura 93 pueden verse las puntuaciones en las Escalas del SCL-90-R pre y post del GE en Hombres, comparadas con el baremo de la población general de hombres, podemos observar mejoras en todas las escalas, descendiendo las puntuaciones post a valores generales en las escalas de Depresión, Ansiedad y Ansiedad Fóbica.



**Figura 93: Puntuaciones en Escalas de SCL-90-R pre y post GE Hombres. Referencia baremo general hombres**

En la Figura 94 se muestran las puntuaciones en las Escalas del SCL-90-R pre y post del GE en Mujeres, comparadas con el baremo de la población general de mujeres, podemos observar mejoras en todas las escalas, descendiendo las puntuaciones post a valores generales en las escalas de Hostilidad y Ansiedad Fóbica.

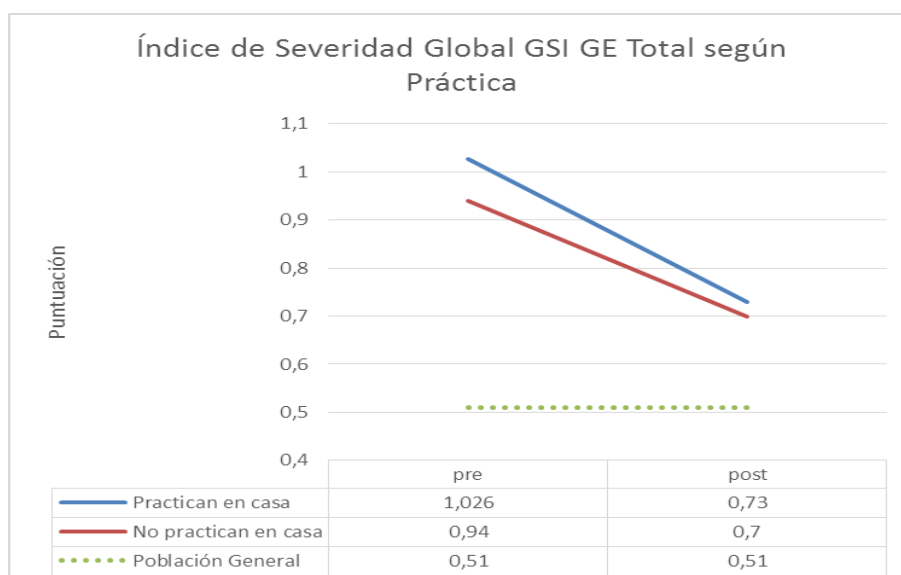


**Figura 94: Puntuaciones en Escalas de SCL-90-R pre y post GE Hombres. Referencia baremo general mujeres**

De Vibe et al. [330] han investigado los efectos de un programa de mindfulness de 7 semanas de duración en estudiantes de medicina y psicología; han encontrado mejoras en los estudiantes de medicina en agotamiento mental, estrés relacionado con los estudios, bienestar subjetivo y mindfulness. Lo particular de su estudio es que la mejoría es más significativa en estudiantes de género femenino: los autores sugieren que estas diferencias de género pueden ser debidas a procesos biológicos relacionados con la forma en que las emociones son experimentadas, además de procesos de socialización asociados a cómo las emociones y el estrés se expresan en función del género. Los resultados de la presente investigación van en línea con los resultados de De Vibe et al. pues las mujeres obtienen la única significación en ANOVA tiempo x grupo en Índice de Severidad Global, aunque se produzca reducción en el GE en ambos sexos del Índice de Severidad Global, del Índice de Malestar por Síntomas y del Total de Síntomas positivos (las mujeres parten de niveles de superiores a los hombres).

### 26.4.2.5. Índice de Severidad Global GSI en función del nivel de práctica

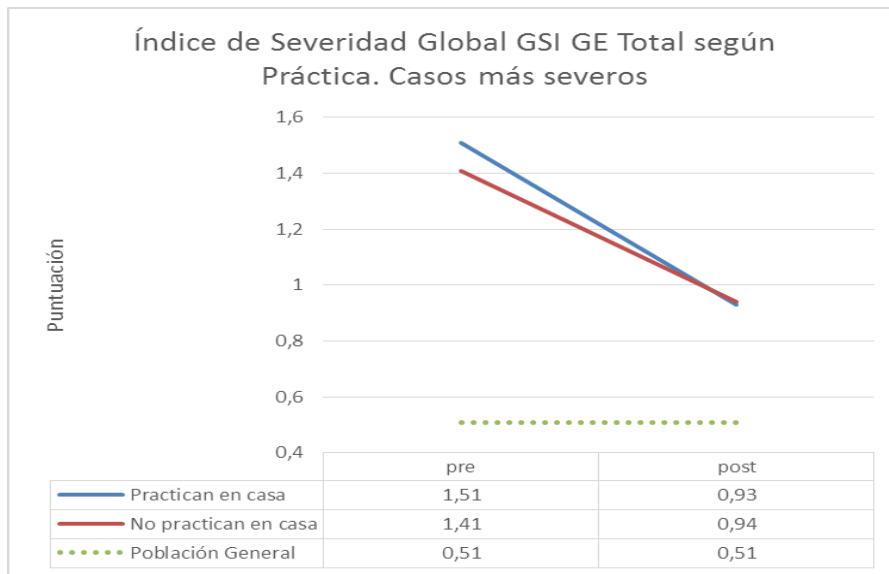
En la Figura 95 puede verse la mejora en la puntuación del Índice de Severidad Global GSI según el nivel de práctica en casa (ver Tabla 51). Se incluye la referencia de la población general en línea de puntos. Se observa que ambos grupos mejoran de manera similar, los que practican parten de puntuaciones pre superiores. Ambas mejoras son significativas, la mejora del grupo que practica en casa es significativa con  $p < 0,02$  y la del grupo que no practica en casa con  $p < 0,001$ . Realizada ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no se obtienen diferencias significativas



**Figura 95: Mejora en puntuación de Índice de Severidad Global GSI en GE según nivel de práctica en casa Incluye referencia de población general**

En la Figura 96 se muestra esta mejora en el Índice de Severidad Global GSI en el GE según nivel de práctica en casa para los casos de mayor severidad de síntomas (Ver Tabla 53). Se incluye la referencia de la población general en línea de puntos. Se observa que los practicantes en casa partían de mayor puntuación en GSI que los no practicantes. Ambos grupos alcanzan puntuaciones post prácticamente idénticas. El patrón es similar a la Figura anterior con el GE completo que parte de puntuaciones medias inferiores (ha

sido preciso cambiar la escala del gráfico en esta Figura 91). Realizada ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no se obtienen diferencias significativas



**Figura 96: Mejora en puntuación de Índice de Severidad Global GSI en los casos más severos del GE (punt. GSI pre  $\geq 0,94$ ) según nivel de práctica en casa. Incluye referencia de población general**

**Hipótesis 3.** *Cuanto mayor sea el nivel de práctica realizada, mayores serán las diferencias con respecto a las mediciones basales y al grupo de control.*

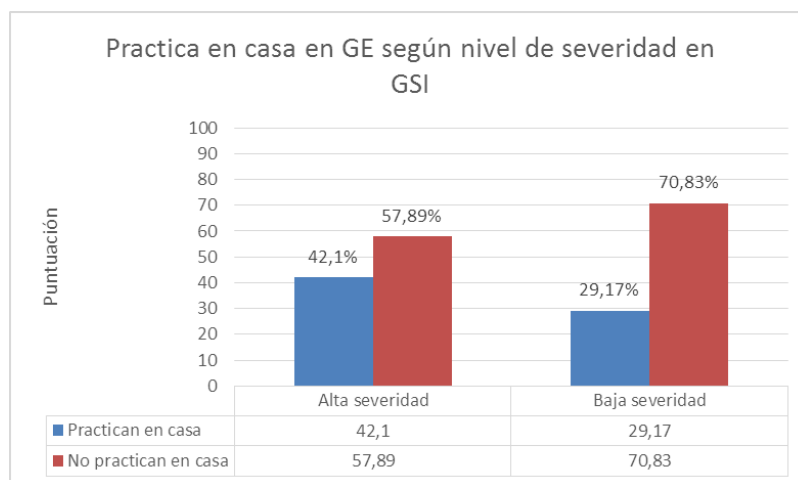
A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 respecto a la reducción de la sintomatología, pues tanto el grupo de alta práctica como el grupo de baja práctica han mejorado las mediciones basales de manera significativa.

Con respecto a la disparidad de datos a este respecto aportados por diferentes estudios [310, 312, 316, 330], la presente investigación sugiere que, en reducción de sintomatología el nivel de práctica en casa no es relevante y que pueden lograrse resultados significativos con muy poca práctica o incluso sin ella (el grupo de baja práctica incluye a los que no practican), a pesar de las altas exigencias de práctica solicitadas a los participantes de los programas MBSR y MBCT (45 minutos diarios). Hay que tener en cuenta, además, que el grupo considerado de alta práctica en este estudio

## Discusión

en realidad ha practicado poco según los estándares de exigencia de los programas de MBSR y MBCT. Estos datos están alineados con la revisión de Vettese et al. [345] que incluye 98 estudios, de los cuales, 24 evaluaron la asociación entre práctica de ejercicios en casa y los resultados de mejora obtenidos; en 13 trabajos (el 54%) se encontró al menos apoyo parcial a los beneficios de la práctica fuera de las sesiones presenciales, en esta revisión se incluían otras medidas de mejora, además de la sintomatología. También podrían ser coherentes con los resultados del estudio de Williams et al. [86] sobre la eficacia de la MBCT sobre prevención de recaídas en pacientes diagnosticados de depresión mayor y que apoyan la eficacia de los factores psicoeducativos que incluye la MBCT, sin incluir prácticas de meditación, al mismo nivel que la MBCT completa, al menos en ciertas circunstancias. Debe tenerse en cuenta que en esta investigación no se han tomado medidas posteriores en el tiempo de la sintomatología y que la práctica en casa puede tener un papel en el mantenimiento de los resultados.

Se observa que el grupo que más practica parte de puntuaciones pre en GSI más elevadas. En la Figura 97 puede verse que los participantes con mayor nivel de severidad practican más en casa (42,1% del total) comparados con los de menor nivel de severidad (29,1% del total). Los resultados rayan la significación, pero no la alcanzan.



**Figura 97: Practica en casa en GE, informado en Cuestionario Cualitativo, pregunta 9, según nivel de severidad en GSI Alta ( $GSI \geq 0,94$ ) o Baja ( $GSI < 0,94$ ). Resultados en porcentajes**

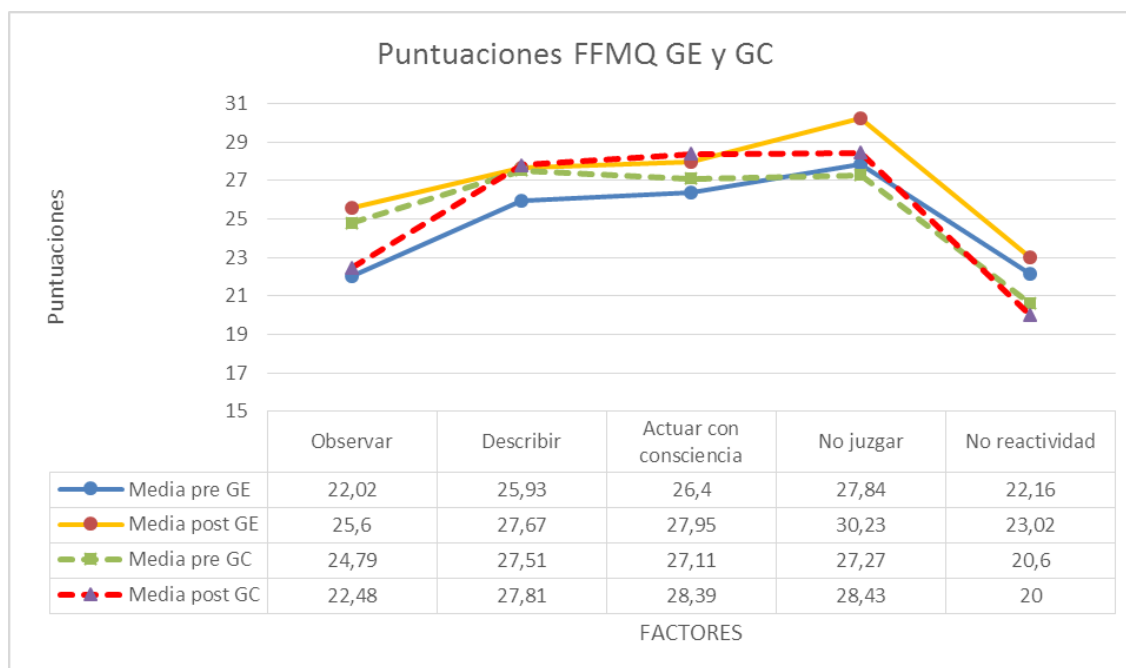
Estos datos sobre mayor nivel de práctica en participantes con mayor sintomatología parecen apoyar las hipótesis de Van Dijk et al. [339] acerca de que los estudiantes interesados en participar en los entrenamientos de mindfulness y los que realmente participan muestran puntuaciones superiores en distrés psicológico y neuroticismo, además de puntuaciones inferiores en mindfulness, en comparación con los que no muestran interés en dichos programas. Los datos de la presente investigación parecen sugerir que, además de diferencias en interés y participación, pueden existir diferencias en nivel de práctica de ejercicios en casa en personas con mayor sintomatología, como si al ser conscientes de sus problemas tuvieran un elemento motivacional añadido. Este elemento podría ayudar a entender que el bajo nivel de práctica en casa en las aplicaciones de programas de mindfulness a población no clínica (estudiantes, profesionales...) puede ser debido a la menor motivación debida a menor gravedad de los problemas de salud existentes, además de otros elementos diferenciales de estas diferentes poblaciones.

#### **26.4.3. Cuestionario de las 5 Facetas de Mindfulness FFMQ**

En la Figura 98 pueden verse, en líneas continuas, las puntuaciones pre y post del GE y en líneas discontinuas las puntuaciones pre y post del GC, según se han mostrado en las Tablas 44 y 45. En el GE se ha obtenido una diferencia muy significativa ( $p < 0,0002$ ) en el factor Observar, también se ha obtenido una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) en los factores Describir y No juzgar. Todas las puntuaciones post mejoran con respecto a las pre en el GE. En el GC, por el contrario, ha disminuido su puntuación forma significativa ( $p < 0,002$ ) en el factor Observar y ha incrementado su puntuación de forma significativa ( $p < 0,05$ ) en Actuar con Conciencia (posiblemente debido al mayor tamaño del GC, puesto que el GE ha mejorado en mayor medida). En la Tabla 46 se ha visto que la comparación entre diferencias de puntuaciones pre y puntuaciones post entre el GE y el GC (que miden el tamaño del cambio entre el GE y GC) resultan significativas, en

## Discusión

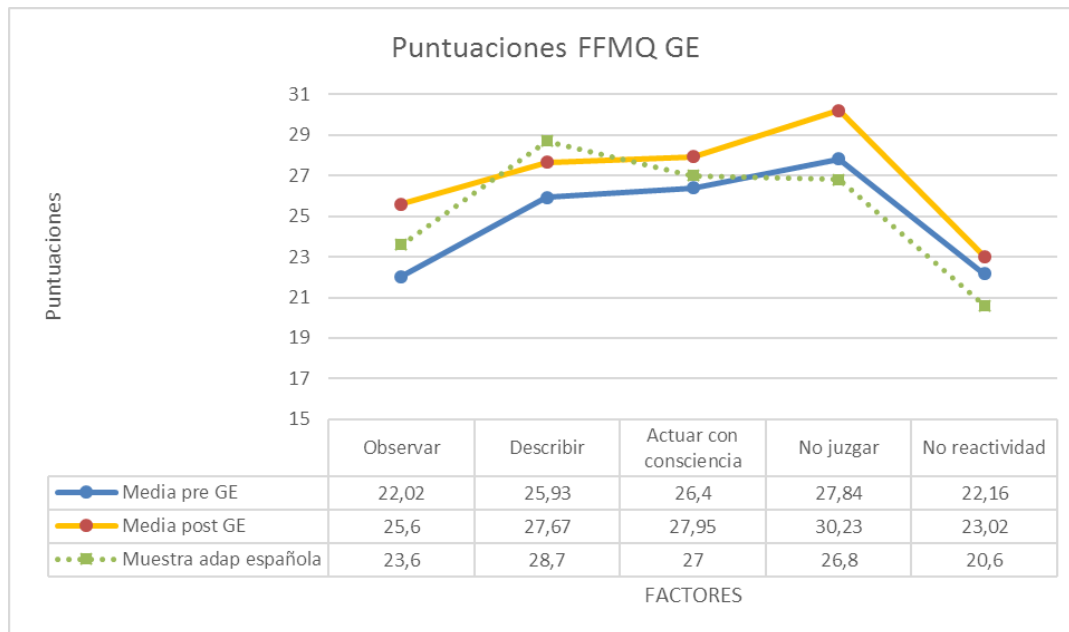
favor del GE, en las facetas Observar ( $p < 0,000009$ ) y en la puntuación Total ( $p < 0,0008$ ); no existe ninguna diferencia significativa a favor del GC. En el Anexo 35 pudo verse que la única diferencia significativa entre las puntuaciones pre del GE y del GC son en la faceta Observar, que es mayor en el pre del GC. Realizada ANOVA tiempo x grupo, se obtienen cambios significativos (ver Tabla 47) en el factor Observar ( $F(1,116) = 23,65$ ;  $p = 0,0000$ ) y en la puntuación Total ( $F(1,116) = 16,19$ ;  $p = 0,0001$ ).



**Figura 98: Puntuación pre y post en 5 Facetas de Mindfulness FFMQ Grupo Experimental comparado con Grupo de Control**

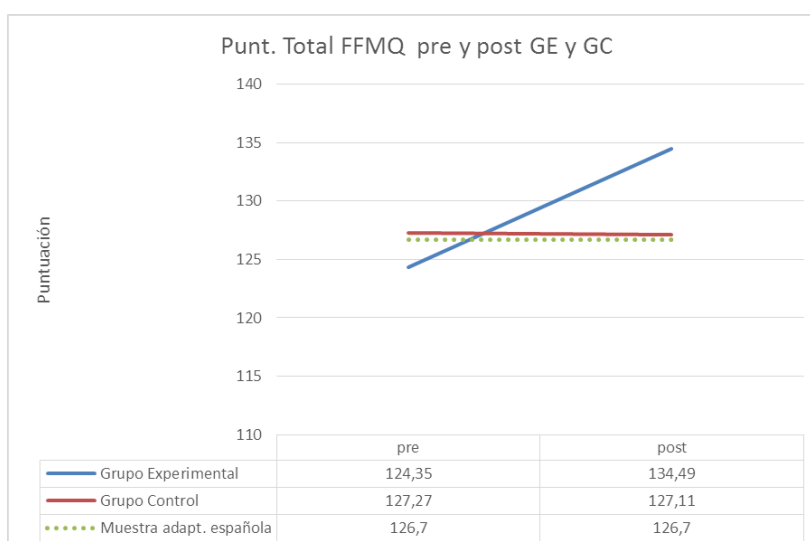
Pueden verse, en la Figura 99, las puntuaciones del GE pre y post en líneas continuas y en línea de puntos figura la referencia de una muestra española de la adaptación del cuestionario a nuestro contexto realizada por Cebolla et al. [73].

El GE pre de la presente investigación era inferior a esta referencia en Observar y Describir y en las puntuaciones post se ha acercado a las mismas. En Actuar con conciencia, No Juzgar y No Reactividad estaba en línea con estas referencias en las puntuaciones pre y las ha superado en las post, destacando la alta puntuación en la faceta No juzgar.



**Figura 99: Puntuación pre y post en 5 Facetas de Mindfulness FFMQ Grupo Experimental y Grupo de Control. Referencias de adaptación española prueba (Cebolla et al., 2012)**

En la Figura 100 se muestra la puntuación Total (suma de las 5 escalas) de FFMQ, pre y post para el GE y el GC. Puede verse cómo en el GC se produce un ligero descenso y como en el GE se produce un notable y significativo incremento ( $p < 0,0003$ ). Ya se ha comentado que el ANOVA tiempo x grupo resulta significativo ( $F(1,116) = 16,19$ ;  $p = 0,0001$ ). En línea de puntos se muestra la puntuación total de la adaptación española del test realizada por Cebolla et al. que prácticamente coincide con las puntuaciones pre y post del GC.



**Figura 100: Puntuación pre y post en Total FFMQ Grupo Experimental comparado con Grupo de Control. Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2013)**



## Discusión

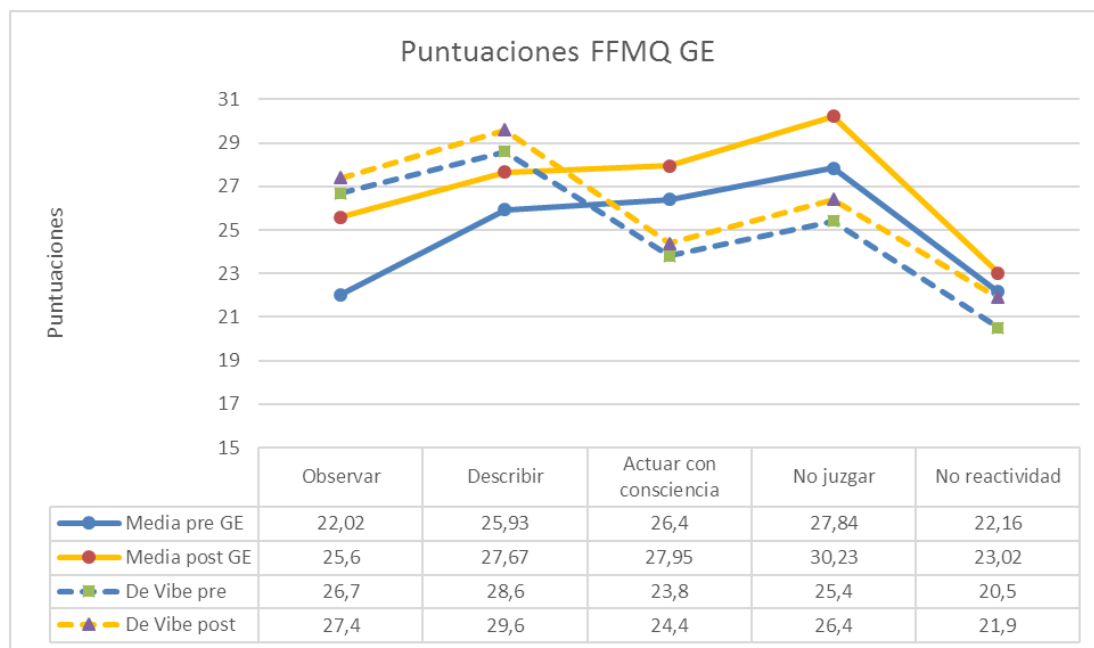
**Hipótesis 2.3.** *La participación en el Taller incrementará las habilidades de mindfulness en relación a la medición basal y al grupo de control.*

A vista de los resultados, existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 2.3, pues se ha incrementado la puntuación Total de mindfulness en relación con la medición basal del Grupo Experimental y en comparación con el Grupo de Control. La faceta que más ha cambiado como consecuencia de la intervención es Observar.

Estos cambios importantes en el factor Observar del FFMQ podrían interpretarse en el sentido de que la intervención ha contribuido a hacer más evidente esta actividad/actitud que los autores del FFMQ definen como “observar, notar o atender a las experiencias internas y externas, como sensaciones corporales, cogniciones, emociones, visiones, sonidos, y olores”; defienden que es una actividad básica y que se encuentra en la base de lo que representa mindfulness.

También merece mención destacar que esta mayor “observación” no es patologizante (como podría ocurrir en algunos casos), no es obsesiva, pues se ha visto que se ha conseguido una disminución general de síntomas y estrés en la intervención. En referencia a la autoobservación, Brown et al. [202] comentan los aspectos disfuncionales relacionados con un menor bienestar psicológico que puede suponer el centrarse demasiado en uno mismo (se refieren tanto a la autoobservación como a focalizar la atención en uno mismo “self-focused attention”). Por el contrario, resaltan el carácter de consciencia abierta, imparcial, tanto hacia el interior como hacia el exterior que supone practicar mindfulness, lo cual puede incrementar las oportunidades de adaptación, autorregulación y bienestar. Esta distinción es muy importante para poder diferenciar entre la autoobservación patológica y la terapéutica, aspecto que resalta con claridad Marta Alonso [203].

Con objeto de situar estos resultados, en la Figura 101 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en las 5 facetas del FFMQ comparadas con las puntuaciones pre y post del estudio de De Vibe et al. [330] en el que aplicó un programa de mindfulness de 7 semanas de duración a estudiantes de medicina y psicología suecos y noruegos en una muestra de 288 personas, con edad promedio 23 años y mayoría de mujeres (76%). Puede verse que en la presente investigación se consiguen cambios de mayor magnitud entre puntuaciones pre y post y que el estudio de De Vibe parte de puntuaciones pre en Observar y Describir superiores, mientras que el presente estudio parte de puntuaciones pre superiores en Actuar con conciencia, No juzgar y No reactividad.

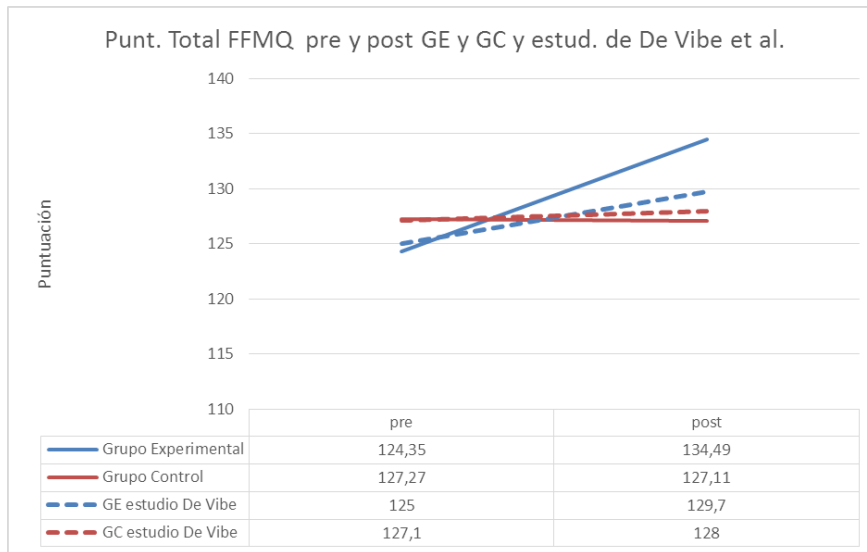


**Figura 101: Puntuación pre y post en 5 Facetas de Mindfulness FFMQ Grupo Experimental comparadas con puntuaciones pres y post del estudio de De Vibe et al. (2013)**

En la Figura 102 se muestran las puntuaciones pre y post Total de FFMQ para el GE comparadas con las del estudio de De Vibe et al. [330]. Puede verse cómo los 2 GE de las 2 investigaciones parten de puntuaciones parecidas y superiores a los GE y apenas sufren cambios en el post. Ambos GE parten de puntuaciones inferiores y parecidas y el

## Discusión

GE del presente estudio consigue un incremento superior en comparación al estudio de De Vibe et al.



**Figura 102: Puntuación pre y post en Total FFMQ Grupo Experimental y Grupo de Control comparado con estudio de De Vibe et al. (2013)**

Así pues, se aporta evidencia de que los programas de mindfulness mejoran mindfulness como constructo. En la literatura se ha podido ver que no siempre ocurre así, Shapiro et al. [77] comentan que, hasta la publicación de su trabajo (en el que investigan los efectos que tiene sobre la salud mental, de un grupo de terapeutas en formación, la aplicación de un programa MBSR) solo un estudio, el de Cohen-Katz et al. [78], referido a la aplicación de un programa MBSR a una muestra de enfermeras para ayudarlas a combatir el estrés y el burnout, había encontrado que participar en un programa MBSR incrementa mindfulness.

La dificultad en las comparaciones aumenta al utilizarse en los diferentes estudios medidas de mindfulness unifactoriales -como en el estudio de Phang et al. [310]- o multifactoriales, como en la presente investigación, por lo que los resultados que se discuten y se comparan en este apartado han sido obtenidos con el mismo instrumento FFMQ.

Con posterioridad a este estudio, Carmody y Baer [79] en un estudio realizado sin grupo de control, encontraron incrementos en las puntuaciones de mindfulness (medida a través del cuestionario de 5 factores FFMQ) después de la aplicación del programa MBSR, estos incrementos estaban relacionados con la cantidad de tiempo dedicado a la práctica en casa de los participantes, así mismo, esta mejora en las medidas de mindfulness correlacionaba con otras mejoras en diferentes sintomatologías que mostraban los participantes, como también ocurre en la presente investigación. En este estudio también se investigó el efecto de los diferentes tipos de práctica incluidos en el programa MBSR en cada uno de los factores de mindfulness medidos.

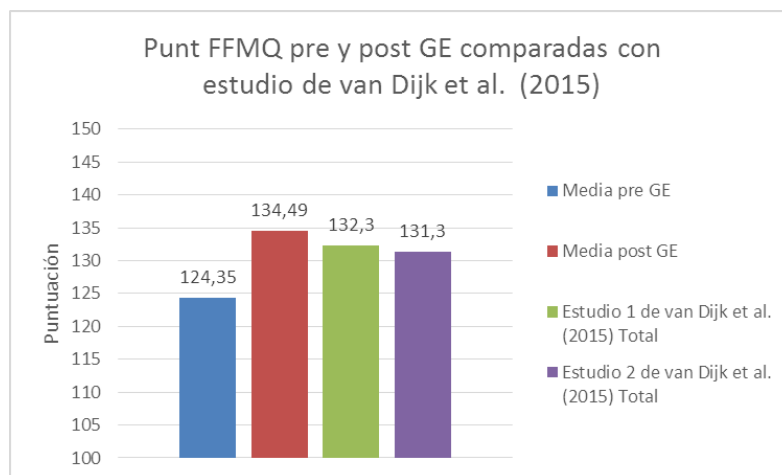
De los trabajos de Carmody y Baer [79], de Carmody et al. [80] y de Sauer-Zavala et al. [81] se desprende que los cinco factores de mindfulness medidos a través del FFMQ pueden desarrollarse de manera diferente según diferentes prácticas, los factores Describir y no Juzgar parece que podrían mejorar solamente con psicoeducación y los factores Observar y No reactividad requieren para cambiar de la intervención de prácticas meditativas, este último factor de No reactividad sería susceptible de mayor mejora cuanto mayor sea la práctica y experiencia meditativa. Así mismo las diferentes prácticas que se incluyen en dichos programas tendrían diferentes efectos, la Exploración Corporal (Body Scan) se asocia con mejoras en los factores Observar y No reactividad, los ejercicios de yoga con incrementos en los factores Observar, No juzgar, No reactividad y Actuar con conciencia, la meditación formal sentado se la relaciona con mejoras en los factores No reactividad y Actuar con conciencia. Ninguna práctica de estos programas parecía tener efecto en el factor Describir.

En la presente investigación se han conseguido efectos importantes en el factor Observar que para estos autores requiere la realización de prácticas meditativas, especialmente la Exploración Corporal, a la que se le ha concedido un papel importante en la intervención. También se han conseguido cambios en los factores Describir y No

## Discusión

juzgar, que para estos autores serian debidos en mayor parte a los aspectos psicoeducativos de la intervención. También comentan que el factor No reactividad requiere para desarrollarse de mayor periodo de práctica, ya que la práctica seguida en casa por el GE ha sido, en general, baja parece apoyar sus tesis el que este factor no haya mejorado en la presente investigación (la influencia de la práctica será discutida con mayor amplitud en el apartado 26.4.3.4.

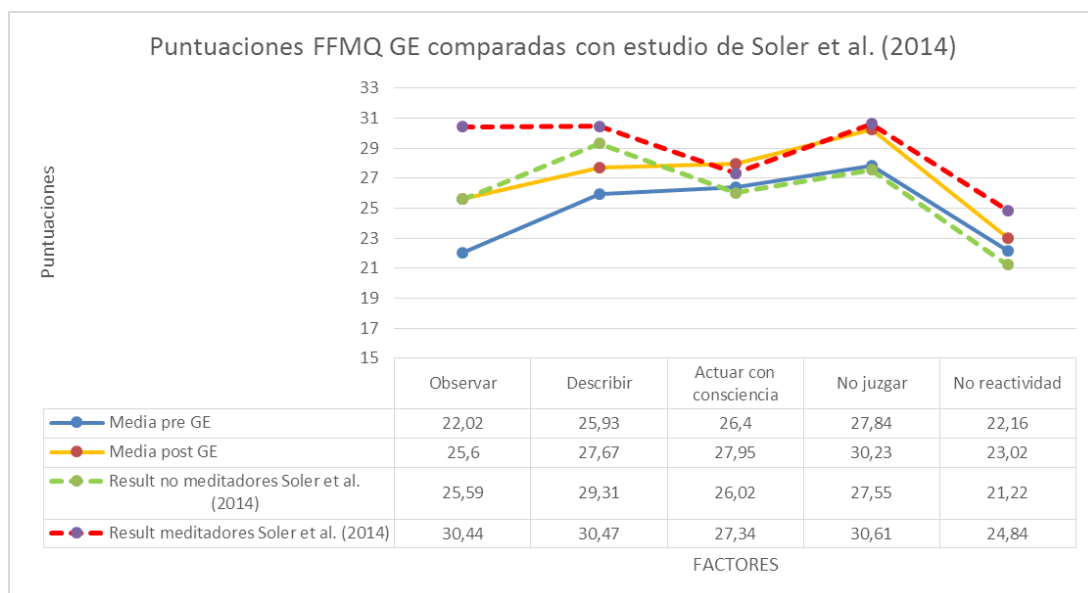
En la Figura 103 se muestra la puntuación Total (suma de las 5 escalas) en el cuestionario FFMQ pre y post del GE, comparada con la puntuación Total de la muestra total de los 2 estudios efectuados por van Dijk et al. [339] con estudiantes de medicina de una universidad holandesa (el Estudio 1 era con estudiantes interesados en mindfulness y el Estudio 2 con estudiantes que participaron en un entrenamiento en mindfulness). En este caso, la puntuación pre del GE de la presente investigación es inferior y la puntuación post supera estas referencias.



**Figura 103: Puntuación Total de FFMQ pre y post del GE en comparación con muestra Total de estudiantes de medicina de los dos estudios de van Dijk et al. (2015)**

En la Figura 104 pueden verse los resultados pre y post en las 5 Facetas de Mindfulness del GE comparados con los resultados para no meditadores y para meditadores (ambos en líneas discontinuas) encontrados por Soler et al. [85], los cuales han estudiado, en nuestro contexto, los efectos de diferentes prácticas meditativas en las puntuaciones de los factores del cuestionario FFMQ. Vemos en el estudio de Soler et al.

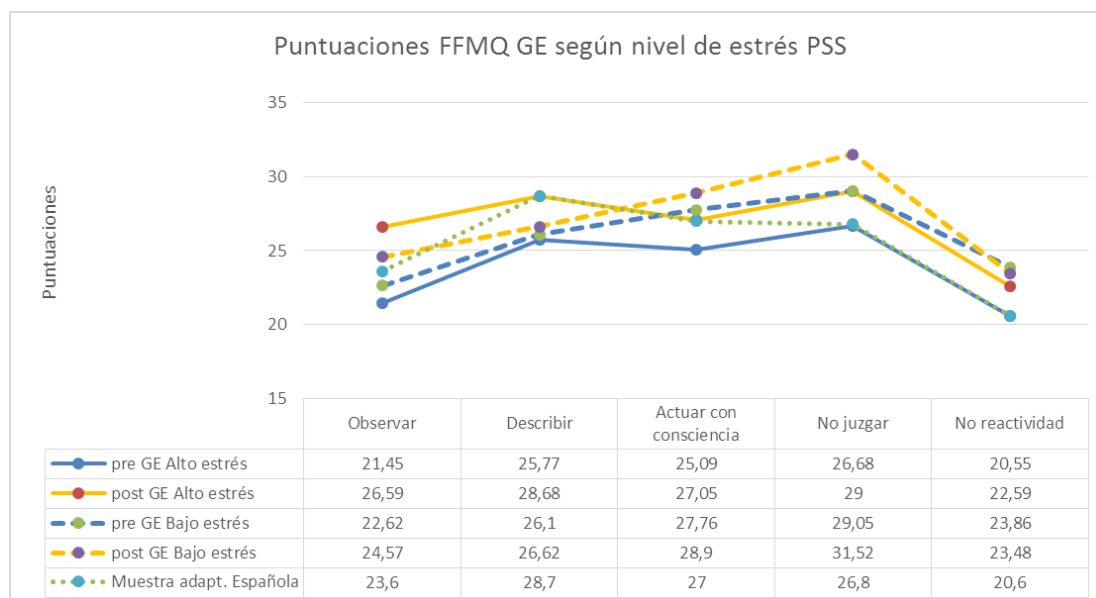
que el efecto de la práctica es importante en el factor Observar, es menos perceptible en los factores Describir y Actuar con consciencia, un poco más evidentes en el factor No juzgar y vuelven a dejarse notar en el factor No reaccionar; estos efectos guardan relación con el tiempo de práctica y el número de prácticas al día (no con la duración de las mismas ni con el tipo de meditación). El GE también mejora en Observar (aunque parte de un nivel inferior), mejora menos en Describir (también parte de un nivel inferior) como ocurre en el estudio de Soler et al., los resultados en Actuar con Consciencia y No juzgar son parecidos en el estudio de Soler et al. y en el GE, a pesar de que los participantes en este estudio tienen una corta experiencia con las prácticas meditativas y no han efectuado mucha práctica, los resultados en No reactividad son mejores que en los de no meditadores del estudio de Soler et al. pero no alcanzan el nivel de los meditadores de dicho estudio.; en general, los resultados que se han obtenido parecen ser coherentes con los de esta investigación.



**Figura 104: Puntuación en 5 Facetas de Mindfulness FFMQ Grupo Experimental pre y post comparado con estudio de Soler et al. (2014) resultados de meditadores y no meditadores**

### 26.4.3.1. Mindfulness según nivel de estrés de PSS

En la Figura 105 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en las 5 Facetas de FFMQ separadas según nivel de estrés previo (ver Tabla 60). Puede verse la menor puntuación pre en todos los factores de FFMQ para los casos de mayor nivel de estrés según el PSS, especialmente en Actuar con conciencia, No juzgar y No reaccionar. Para el grupo de mayor severidad las diferencias pre vs. post son significativas para los factores Observar y Describir. Para el grupo de menor severidad ninguna diferencia es significativa. Se incluye en línea de puntos referencia de la adaptación española del test (Cebolla et al., 2012).

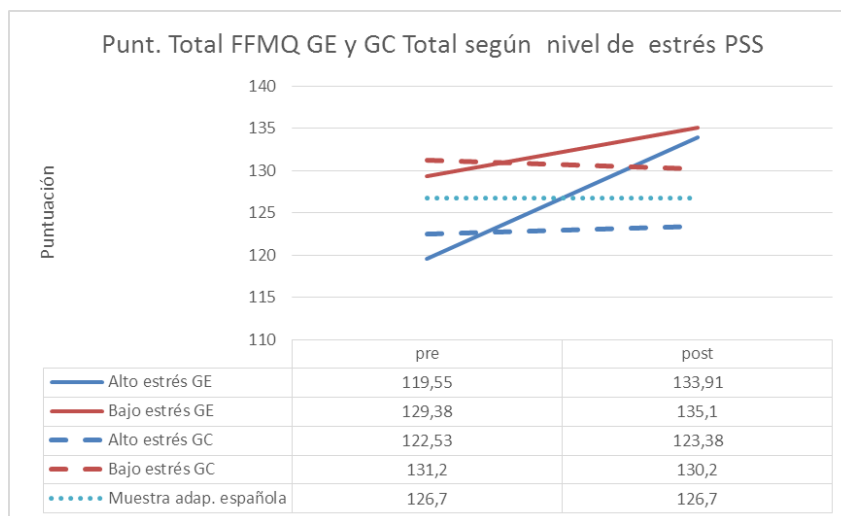


**Figura 105: Puntuaciones pre y post GE en 5 Facetas de FFMQ según nivel de estrés previo (alto: puntuación en PSS  $\geq 23,49$ , o bajo: puntuación en PSS  $< 23,49$ ). Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012)**

En la Tabla 61 del apartado de Resultados 25.4.3.1 pueden verse la misma información para el GC. También se encuentra información sobre el ANOVA tiempo x grupo en el que los cambios resultan significativos para el factor Observar en los participantes con alto nivel de estrés previo ( $F(1,54) = 19,48$ ;  $p = 0,00005$ ) y, con menor significación, en los participantes con bajo nivel de estrés previo ( $F(1,60) = 6,341$ ;

p=0,014). En el factor de No reactividad, en participantes con alto nivel de estrés previo rayan la significación ( $F(1,54) = 3,74; p=0,058$ ).

En la Figura 106 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE (líneas continuas) y del GC (líneas discontinuas) en el Total de FFMQ separadas según nivel de estrés previo (ver Tablas 60 y 61). Se incluye en línea de puntos la referencia del baremo del test de la adaptación española de Cebolla et al. (2012) Puede verse en el GE la menor puntuación pre en los casos de mayor nivel de estrés según PSS y el mayor nivel de mejora para este grupo que se acerca a las puntuaciones del grupo de bajo estrés GE y supera dicho grupo del GC. También en el GE, el grupo de baja severidad de síntomas parte de puntuaciones mayores y el incremento es menor. En el GE, para el grupo de alta severidad las diferencias pre vs. post son significativas ( $p < 0,0007$ ). En el GC puede verse que apenas se producen cambios, tanto en el grupo de alto estrés como en el de bajo estrés.



**Figura 106: Puntuaciones pre y post GE y GC en Total mindfulness FFMQ según nivel de estrés previo (alto: puntuación en PSS  $\geq 23,49$ , o bajo: puntuación en PSS  $< 23,49$ ). Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012)**

En esta Figura 106 puede verse que, en el GE, las personas con mayor nivel de estrés obtienen puntuaciones inferiores en los factores del FFMQ. Con posterioridad a la intervención incrementan en mayor medida su puntuación en FFMQ. En ANOVA tiempo x grupo se producen cambios significativos en la puntuación Total de los participantes



## Discusión

con alto nivel de estrés previo ( $F(1,54) = 13,68; p = 0,0005$ ) y rayan la significación en dicha puntuación Total los participantes con bajo nivel de estrés previo ( $F(1,60) = 3,651; p = 0,061$ ). En la Figura 54 pudo verse que también disminuye el nivel de estrés tras la intervención y en la Tabla 48 del Apartado 25.4.1 de Resultados puede verse cómo la mejora en nivel de estrés se produce en el GE tanto en el grupo de alto estrés previo como en el de bajo estrés previo, aunque en menor medida en este último. En el GC puede verse cómo las puntuaciones en FFMQ de las personas con mayor nivel de estrés también son inferiores, pero en este caso, apenas varían entre pre y post, como tampoco apenas sufre variación el nivel de estrés (ver Figura 54) en el GC.

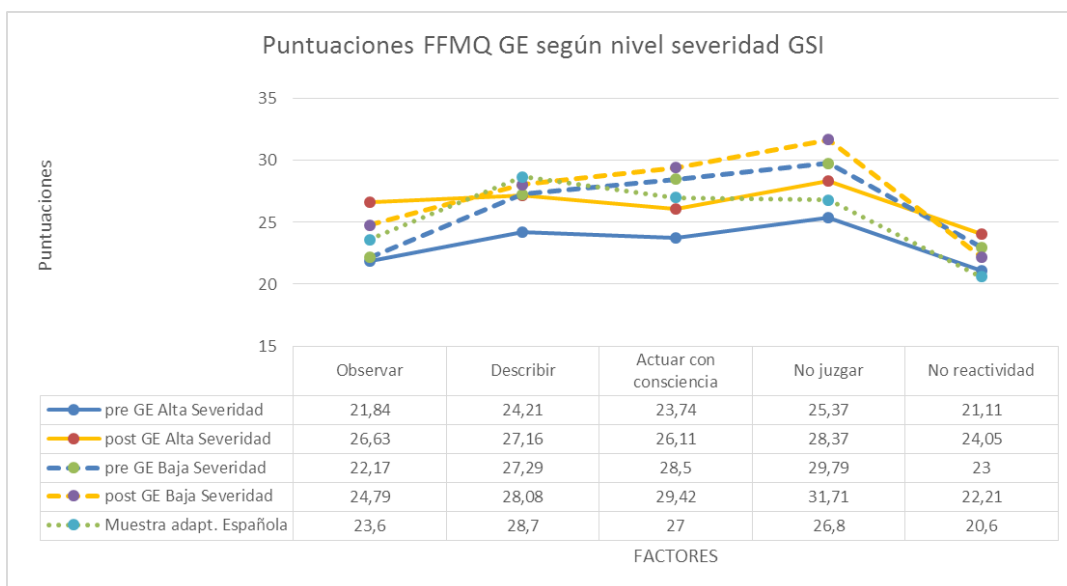
**Hipótesis 4.1.** *Existirá relación entre disminución de estrés y sintomatología con incrementos de los constructos mindfulness y autocompasión, en consonancia con el modelo teórico adoptado.*

A vista de los resultados, existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 4.1 en referencia a la disminución del estrés y su relación con el incremento de mindfulness, pues la puntuación total de mindfulness guarda relación con el nivel de estrés, el grupo de alto nivel de estrés parte de puntuaciones de mindfulness inferiores y, al igual que disminuyen el nivel de estrés con la intervención, se incrementan sus puntuaciones en mindfulness.

Baer et al. [442] midieron con el FFMQ los cambios que se producían en cada semana del programa de 8 semanas de MBSR, estos cambios comenzaban a producirse significativamente ya en la 2 semana del programa, mientras que los cambios en reducción del estrés percibido eran posteriores, lo cual podía interpretarse como que los cambios en mindfulness tenían un papel mediacional.

### 26.4.3.2. Mindfulness según nivel de severidad de los síntomas en Índice de Severidad Global GSI de SCL-90-R

En la Figura 107 pueden verse gráficamente las puntuaciones pre y post del GE en las 5 Facetas de FFMQ separadas según nivel de severidad de síntomas previo (ver Tabla 62). Puede verse la menor puntuación pre en todos los factores de FFMQ para los casos de mayor severidad de síntomas según GSI, especialmente en Describir, Actuar con conciencia y No juzgar. Para el grupo de mayor severidad las diferencias pre vs. post son significativas para los factores Observar, Describir y No reaccionar. Para el grupo de menor severidad, sólo resultan significativas las del factor Observar. Se incluye en línea de puntos referencia de la adaptación española del test (Cebolla et al., 2012).

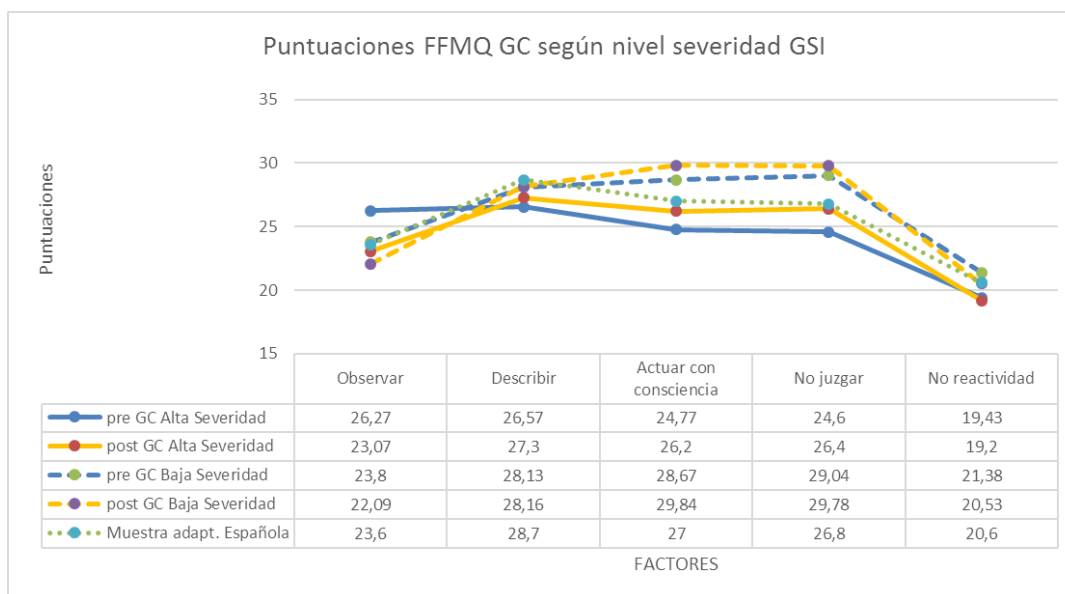


**Figura 107: Puntuaciones pre y post GE en 5 Facetas de FFMQ según nivel de severidad de síntomas previo (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ ). Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012)**

En la Tabla 63 de Resultados puede verse que no existe ninguna diferencia significativa entre las puntuaciones pre y post en las facetas de FFMQ separadas por nivel de severidad de síntomas previo en el GC, salvo en el factor Observar, en el que se obtiene un decremento, en lugar de un incremento, como ocurre en el GE. Se representan en la Figura 108.

## Discusión

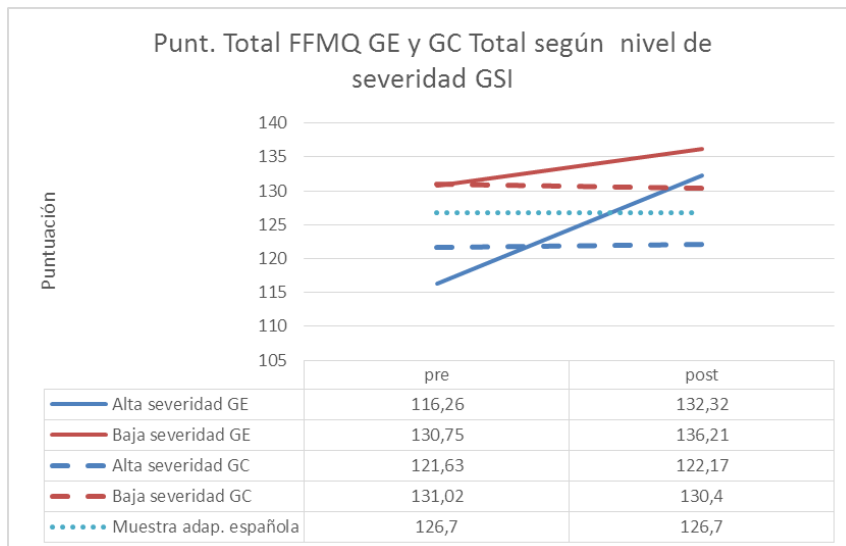
Realizado ANOVA tiempo x grupo, los cambios resultan significativos en los participantes con alta severidad de síntomas previa para los factores Observar ( $F(1,47) = 26,601$ ;  $p=0,000005$ ) y No reaccionar ( $F(1,47) = 4,784$ ;  $p=0,034$ ). En los participantes con bajo GSI previo resultan significativos, con menor significación, los cambios en el factor Observar ( $F(1,67) = 6,07$ ;  $p=0,016$ ).



**Figura 108: Puntuaciones pre y post GC en 5 Facetas de FFMQ según nivel de severidad de síntomas previo (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ ). Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012)**

En la Figura 109 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE (líneas continuas) y del GC (líneas discontinuas) en el Total de FFMQ separadas según nivel de severidad de síntomas previo (ver Tablas 62 y 63). Se incluye en línea de puntos la referencia del baremo del test de la adaptación española de Cebolla et al. (2012) Puede verse en el GE la menor puntuación pre en los casos de mayor severidad de síntomas según GSI y el mayor nivel de mejora para este grupo que se acerca a las puntuaciones del grupo de baja severidad del GE y supera dicho grupo del GC. También en el GE, el grupo de baja severidad de síntomas parte de puntuaciones mayores (las mismas que las del GC) y el incremento es menor. En el GE, para el grupo de alta severidad las diferencias pre vs. post son significativas ( $p < 0,005$ ), así como para el grupo de baja severidad

( $p < 0,05$ ). En el GC puede verse la menor puntuación pre y post en los casos de mayor severidad de síntomas según GSI. También en GC, el grupo de baja severidad de síntomas parte de puntuaciones mayores. En GC, en ambos casos apenas existen diferencias entre las puntuaciones pre y las puntuaciones post.



**Figura 109: Puntuaciones pre y post en GE y GC en Total FFMQ según nivel de severidad de síntomas previo (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ ). Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012)**

En esta Figura 109 puede verse que, en el GE, las personas con mayor severidad de síntomas obtienen puntuaciones inferiores en los factores del FFMQ. Con posterioridad a la intervención incrementan en mayor medida su puntuación en FFMQ. En ANOVA tiempo x grupo se producen cambios significativos en la puntuación Total de los participantes con alto nivel de sintomatología previa ( $F(1,47) = 11,888$ ;  $p = 0,001$ ) y, con menor significación, también en los participantes con bajo nivel de sintomatología previa ( $F(1,67) = 4,568$ ;  $p = 0,036$ ). En la Figura 67 pudo verse que también disminuye la sintomatología tras la intervención. En el GC puede verse cómo las puntuaciones en FFMQ de las personas con mayor severidad de síntomas también son inferiores, pero en este caso, apenas varían entre pre y post, a pesar de que la puntuación en GSI (ver Figura 71) sí disminuye en el GC (aunque en mucha menor medida que en el GE).

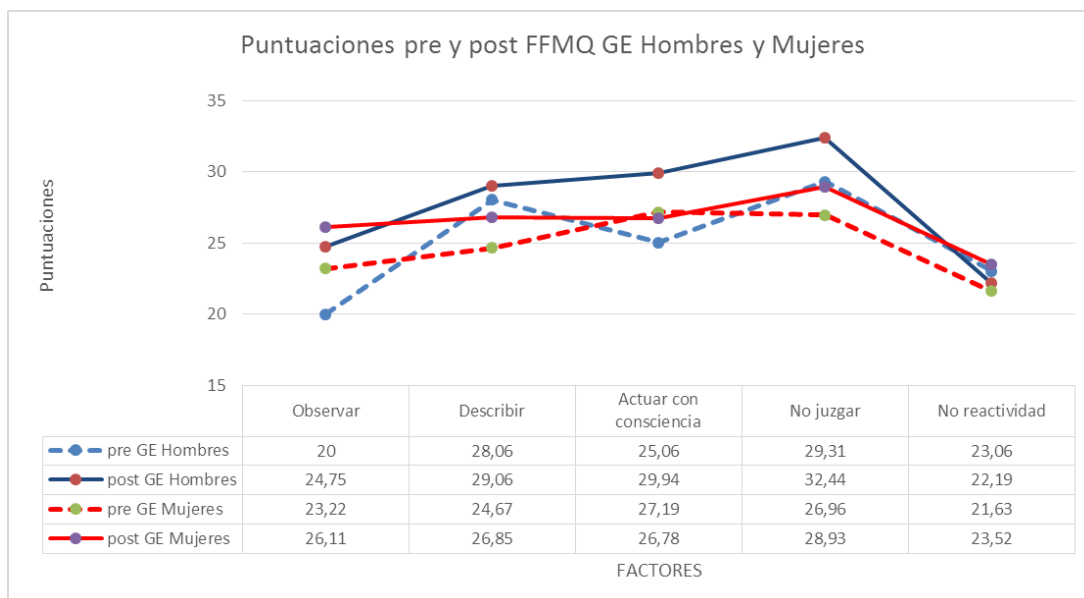
## Discusión

**Hipótesis 4.1.** *Existirá relación entre disminución de estrés y sintomatología con incrementos de los constructos mindfulness y autocompasión, en consonancia con el modelo teórico adoptado.*

A vista de los resultados, existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 4.1 en referencia a la disminución de sintomatología y su relación con el incremento de mindfulness, pues la puntuación total de mindfulness guarda relación con el nivel de severidad de síntomas, el grupo de alta severidad parte de puntuaciones de mindfulness inferiores y, al igual que disminuyen la severidad de los síntomas con la intervención, se incrementan sus puntuaciones en mindfulness.

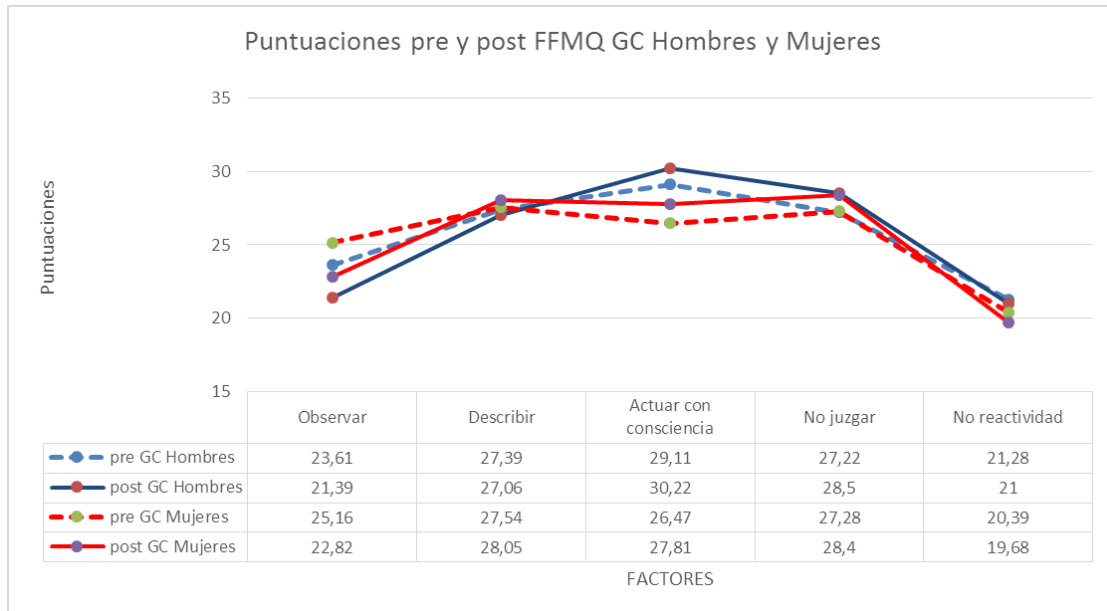
### 26.4.3.3. Mindfulness en función del sexo

En la Figura 110 pueden verse los resultados pre y post en las 5 Facetas del FFMQ del Grupo Experimental en función del sexo que se han expuesto en las Tablas 64 y 65 de Resultados. En los hombres resultan significativos los cambios entre pre y post en los factores Observar, Actuar con conciencia y No juzgar. En las mujeres resultan significativos los cambios entre pre y post en los factores Observar y Describir.



**Figura 110: Puntuación 5 Facetas FFMQ GE en función del sexo**

En la Figura 111 pueden verse los resultados pre y post en las 5 Facetas del FFMQ del Grupo de Control en función del sexo que se han expuesto en las Tablas 64 y 65. Puede verse que tanto en hombres como en mujeres ha descendido la puntuación del factor Observar siendo este el único cambio significativo en ambos casos.



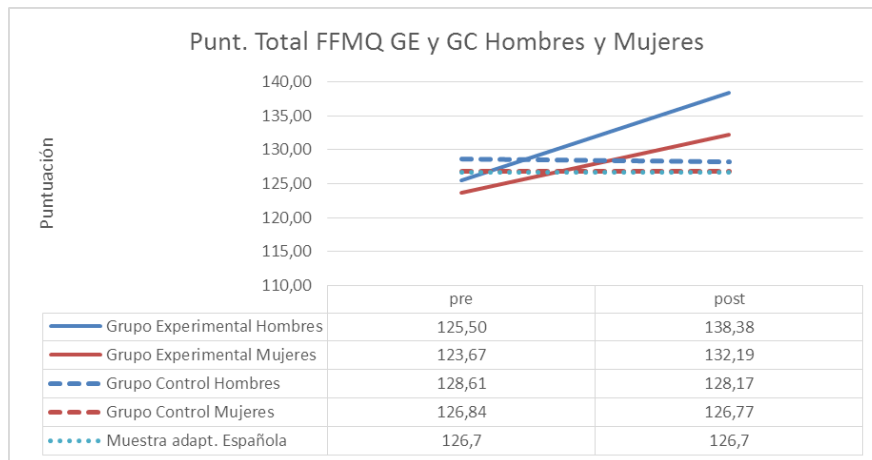
**Figura 111: Puntuación 5 Facetas FFMQ GC en función del sexo**

Realizado un ANOVA tiempo x grupo, los cambios resultan significativos en Hombres en los factores Observar ( $F(1,32) = 12,917$ ;  $p = 0,001$ ) y Actuar con consciencia ( $F(1,32) = 5,986$ ;  $p = 0,02$ ). En las mujeres, en los factores Observar ( $F(1,82) = 11,402$ ;  $p = 0,001$ ) y No reaccionar ( $F(1,82) = 5,663$ ;  $p = 0,02$ ).

En la Figura 112 se muestran los resultados pre y post en la puntuación Total de FFMQ en función del sexo para el GE y el GC que también se han expuesto en las Tablas 64 y 65. En el GE puede observarse el incremento de las puntuaciones post, superior para los hombres, que ya parten de una pre superior, ambos incrementos son significativos ( $p < 0,006$  en hombres y  $p < 0,02$  en mujeres). En el GC se observa que no existen cambios en las puntuaciones post y que también los hombres parten de una puntuación mayor en las puntuaciones pre. Realizado un ANOVA tiempo x grupo, los cambios resultan significativos en dicha puntuación Total, tanto en Hombres ( $F(1,32) = 7,909$ ;  $p = 0,008$ ) como en Mujeres ( $F(1,82) = 7,640$ ;  $p = 0,007$ ). Se incluye la referencia de la adaptación

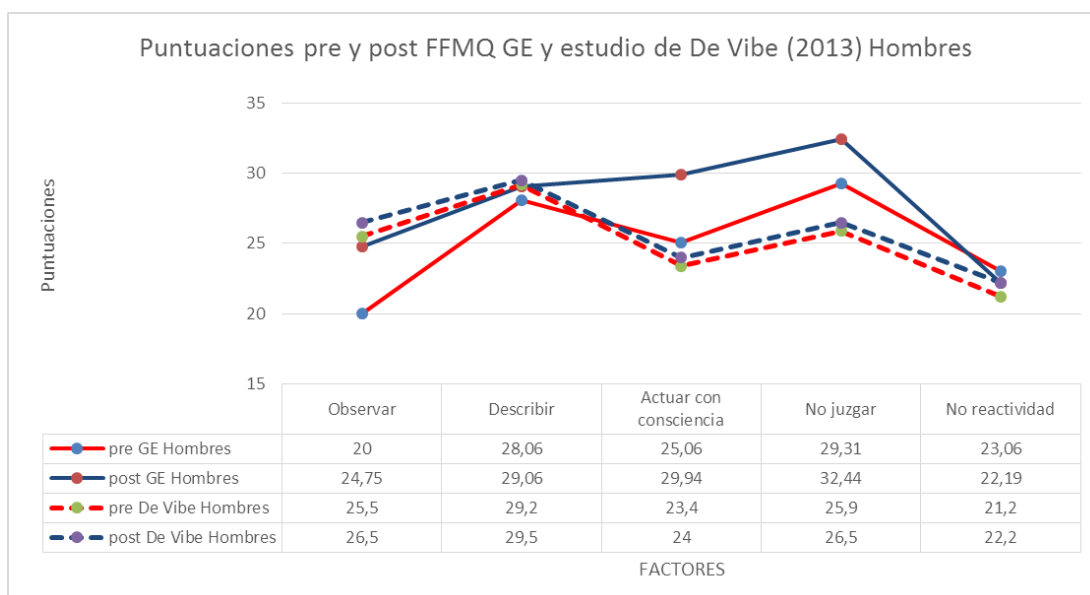
## Discusión

española de la prueba (Cebolla et al., 2012) que prácticamente coincide con la del GC en mujeres.



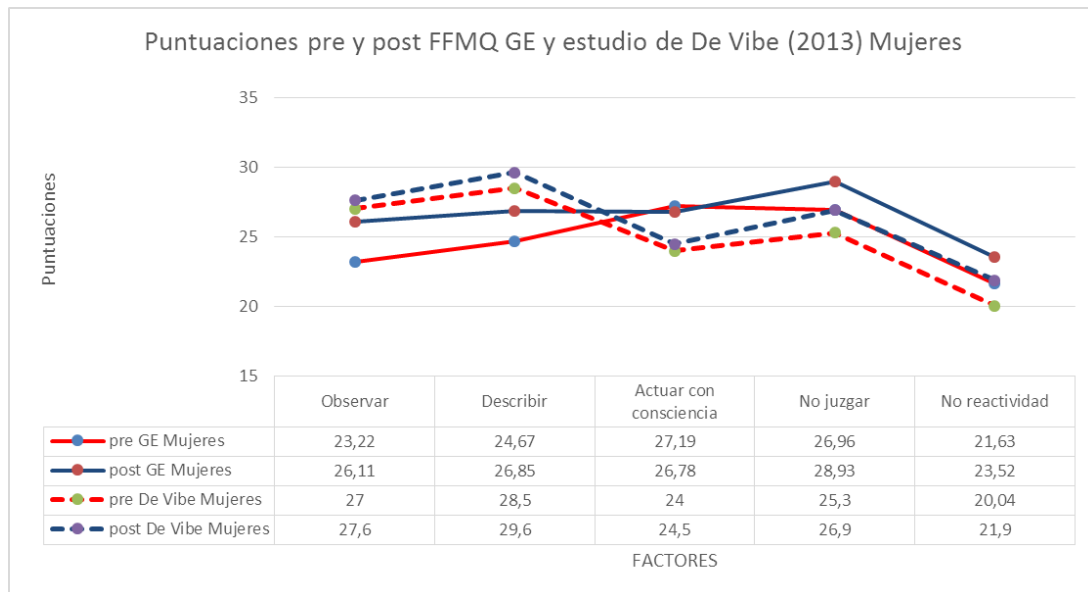
**Figura 112: Puntuación Total FFMQ GE y GC en función del sexo. Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012)**

En el estudio de De Vibe et al. [330], realizado con estudiantes de medicina y de psicología ya comentado, se aportan puntuaciones en FFMQ separadas por sexos. En la Figura 108 puede verse la comparación entre el presente estudio y el de De Vibe et al. para los hombres. Puede verse que los hombres del presente estudio mejoran en mayor medida que los del estudio de De Vibe et al.



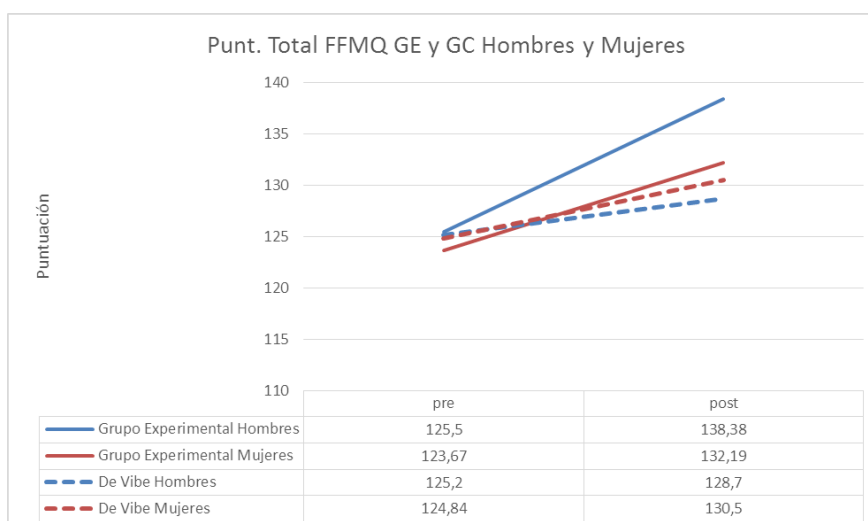
**Figura 113: Puntuación 5 facetas FFMQ GE y comparación con estudio de De Vibe et al. (2013) en función del sexo. Hombres**

En la Figura 114 puede verse la comparación entre el presente estudio y el de De Vibe et al. para las mujeres.



**Figura 114: Puntuación 5 facetas FFMQ GE y comparación con estudio de De Vibe et al. (2013) en función del sexo. Mujeres**

En la Figura 115 se muestran los resultados pre y post en la puntuación Total de FFMQ en función del sexo para el GE de la presente investigación y del estudio de De Vibe et al. Puede verse que en la presente investigación se obtienen mayor incremento en puntuación de mindfulness los hombres, mientras que en el estudio de De Vibe et al. lo hacían las mujeres. Los resultados de la presente investigación superan los resultados del estudio de De Vibe et al., tanto para hombres como para mujeres.



**Figura 115: Puntuación pre y post Total FFMQ GE y comparación con estudio de De Vibe et al. (2013) en función del sexo**

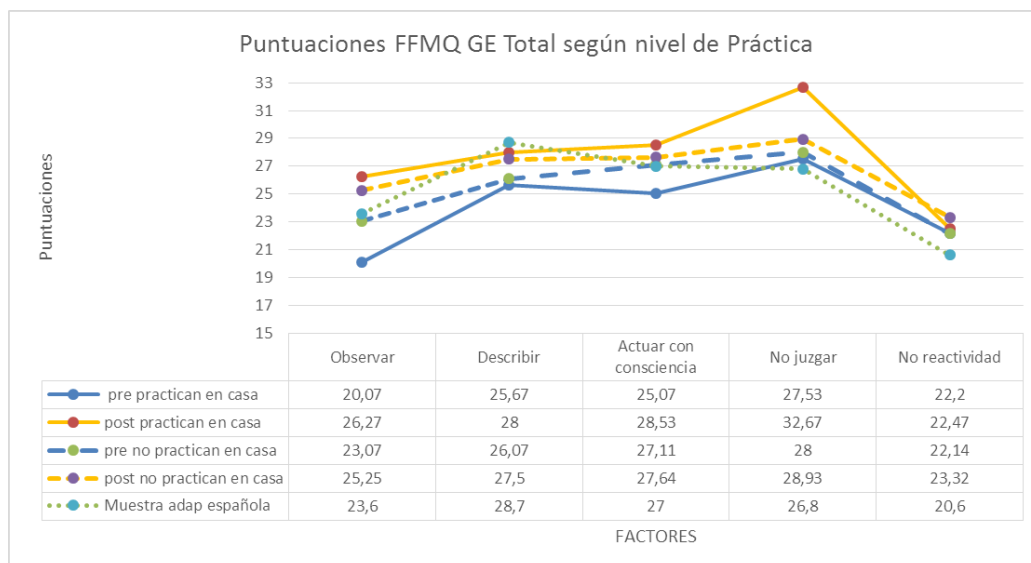


## Discusión

En la presente investigación no se han reproducido los mayores beneficios del entrenamiento en mindfulness sobre la puntuación en el constructo mindfulness que encontraron De Vibe et al. en las mujeres, pues los datos avalan su efectividad en ambos sexos.

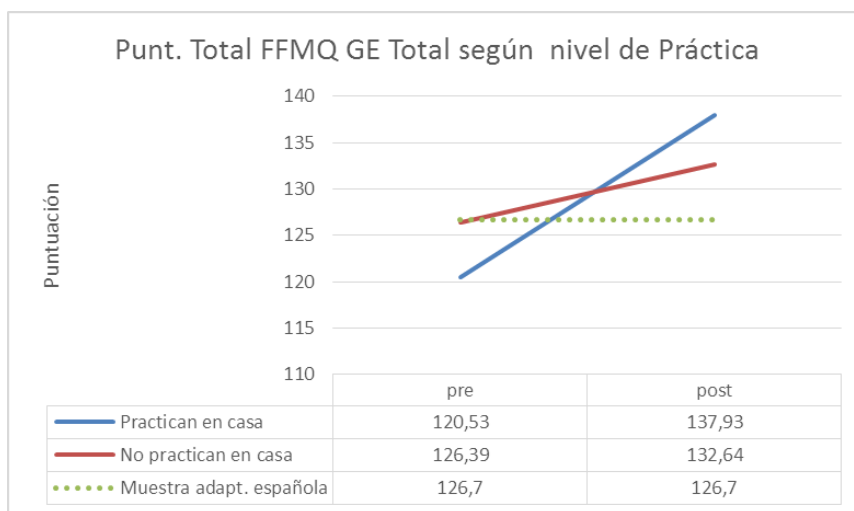
### 26.4.3.4. Mindfulness en función del nivel de práctica

En la Figura 116 puede verse la mejora en la puntuación de las 5 Facetas de Mindfulness FFMQ según el nivel de práctica en casa (ver Tabla 66). Se observa que ambos grupos mejoran, el que no practica ligeramente y el que practica con una mejora mucho mayor, puede verse, también, que el grupo que practica parte de puntuaciones pre inferiores. El grupo que no practica obtiene mejoras significativas en el factor Observar ( $p < 0,05$ ), mientras que el grupo que practica obtiene mejoras significativas en los factores Observar ( $p < 0,001$ ), Actuar con Conciencia ( $p < 0,05$ ) y No Juzgar ( $p < 0,005$ ). En ANOVA tiempo x frecuencia de práctica se obtienen diferencias significativas en los factores Observar y No Juzgar. En línea de puntos puede verse la referencia de la adaptación española del test (Cebolla et al. 2012).



**Figura 116: Puntuación de 5 Facetas de Mindfulness FFMQ en GE según nivel de práctica en casa. Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012)**

En la Figura 117 puede verse la puntuación Total en las 5 facetas del FFMQ pre y post del GE, separada entre los que practican en casa y los que no practican que se ha expuesto en la Tabla 66 de Resultados. En línea de puntos puede verse la referencia de la adaptación española del test (Cebolla et al. 2012). Puede observarse que ambos grupos mejoran, pero que el grupo que practica obtiene puntuaciones mayores a pesar de partir de niveles inferiores. Ambos incrementos son significativos, el del grupo que no practica ( $p < 0,05$ ) y el del grupo que practica ( $p < 0,005$ ). En ANOVA tiempo x frecuencia de práctica se obtienen diferencias significativas en dicha puntuación Total.



**Figura 117: Puntuación Total Cuestionario 5 Facetas de Mindfulness FFMQ en GE según nivel de práctica en casa. Incluye referencia adaptación española del test de Cebolla et al. (2012)**

**Hipótesis 3.** *Cuanto mayor sea el nivel de práctica realizada, mayores serán las diferencias con respecto a las mediciones basales y al grupo de control.*

A vista de los resultados, existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 respecto al mayor incremento en la puntuación de mindfulness en el grupo que más practica en casa, en concreto en los factores Observar y No jugar y en la puntuación Total. No obstante, el grupo que menos practica también ha mejorado sus puntuaciones basales de manera significativa, aunque con menor magnitud.

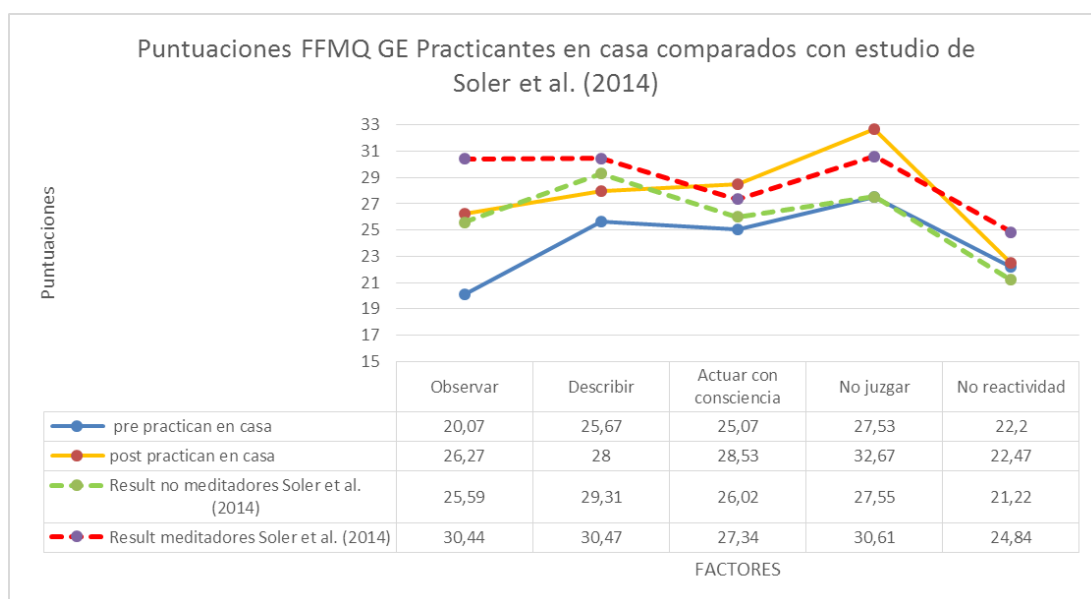
## Discusión

Carmody y Baer [79] en un estudio realizado sin grupo de control, encontraron incrementos en las puntuaciones de mindfulness (medida a través del cuestionario de 5 factores FFMQ) después de la aplicación del programa MBSR, estos incrementos estaban relacionados con la cantidad de tiempo dedicado a la práctica en casa de los participantes. En este estudio también se investigó el efecto de los diferentes tipos de práctica incluidos en el programa MBSR en cada uno de los factores de mindfulness medidos. De los trabajos de Carmody y Baer [79], de Carmody et al. [80] y de Sauer-Zavala et al. [81] se desprende que los cinco factores de mindfulness medidos a través del FFMQ pueden desarrollarse de manera diferente según diferentes prácticas, los factores Describir y No Juzgar parece que podrían mejorar solamente con psicoeducación y los factores Observar y No reactividad requieren para cambiar de la intervención de prácticas meditativas, este último factor de No reactividad sería susceptible de mayor mejora cuanto mayor sea la práctica y experiencia meditativa. Así mismo las diferentes prácticas que se incluyen en dichos programas tendrían diferentes efectos, la Exploración Corporal (Body Scan) se asocia con mejoras en los factores Observar y No reactividad, los ejercicios de yoga con incrementos en los factores Observar, No juzgar, No reactividad y Actuar con conciencia, la meditación formal sentado se la relaciona con mejoras en los factores No reactividad y Actuar con conciencia. Ninguna práctica de estos programas parecía tener efecto en el factor Describir.

En la presente investigación se han conseguido efectos importantes en el factor Observar que para estos autores requiere la realización de prácticas meditativas, especialmente la Exploración Corporal, a la que se le ha concedió un papel importante en la intervención. Ha mejorado más en el grupo de mayor práctica, pero también ha mejorado de manera significativa en el grupo de menor práctica, lo cual puede ser debido a las prácticas presenciales realizadas en el taller y a las pocas prácticas en casa realizadas por este grupo o a que dicho factor también es susceptible de cambios debidos a

psicoeducación. El grupo de mayor práctica ha obtenido cambios significativos en Actuar con Conciencia, lo cual resulta coherente con dichos estudios. El grupo de mayor práctica ha incrementado sus resultados de manera significativa en el factor No juzgar, mientras que no lo ha hecho el grupo de menor práctica, lo cual no apoya los resultados de estas investigaciones en el sentido de que este factor podría mejorar solamente con psicoeducación. También comentan estos autores que el factor No reactividad requiere para desarrollarse de mayor periodo de práctica; ya que la práctica seguida en casa por el GE ha sido, en general, baja, incluso para el grupo de mayor práctica, parece apoyar sus tesis el que este factor no haya mejorado en la presente investigación en ninguno de los dos grupos.

En la Figura 118 pueden verse estos resultados según nivel de práctica en casa comparados con el estudio de Soler et al. [85] con una muestra de meditadores y de no meditadores (ambos en líneas discontinuas). Puede verse que los resultados del grupo que practica en casa superan las puntuaciones del grupo de meditadores del estudio de Soler et al. en los factores Actuar con Conciencia y No Juzgar (anteriormente se han visto los estudios de Carmody y Baer que defienden que este factor puede desarrollarse con una



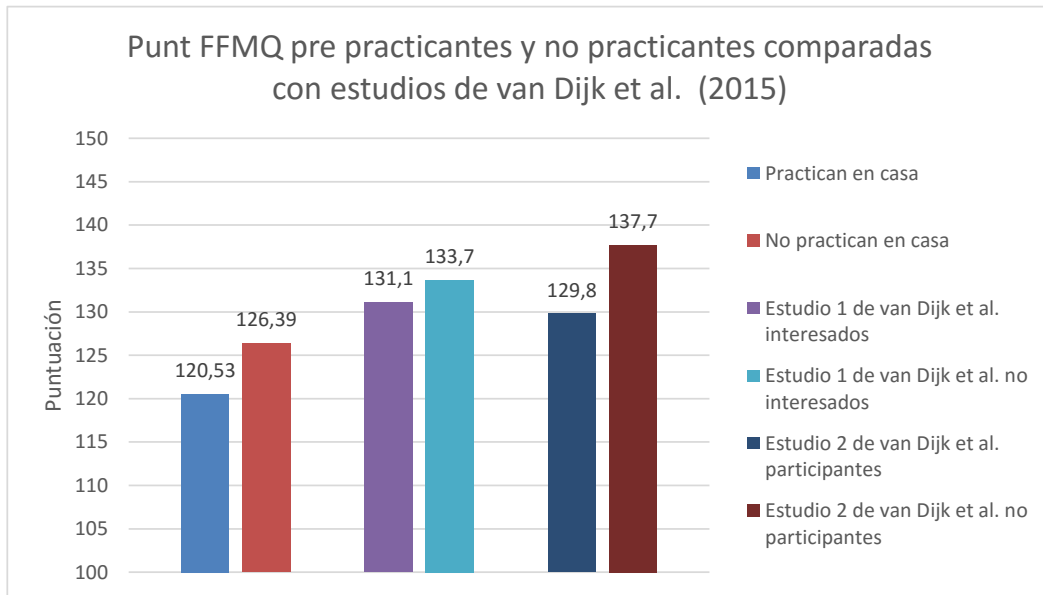
**Figura 118: Puntuación en 5 Facetas de Mindfulness FFMQ Grupo Experimental Practicantes en casa pre y post informado en Cuestionario Cualitativo, pregunta 9, comparado con estudio de Soler et al. (2014) resultados de meditadores y no meditadores**

## Discusión

intervención psicoeducativa y quizás esta influencia podría explicar la mayor puntuación en el grupo de esta investigación al sumar la psicoeducación con la meditación). En Observar y Describir se acercan al grupo de no meditadores, pues las puntuaciones eran inferiores. No hay apenas incremento en el factor No reactividad, que se sitúa por encima de la puntuación de los no meditadores del estudio de Soler et al (ya se ha comentado anteriormente como Carmody y Baer defienden que este factor requiere mayor periodo de práctica para cambiar, lo cual sería coherente con los resultados menores de la presente investigación frente a la de los meditadores)

Del estudio de Soler et al. destacan los resultados que resaltan la importancia del tiempo que se lleva practicando y del número de prácticas al día (no con la duración de las mismas ni con el tipo de meditación), contrariamente a lo que defienden otros autores. Ya que los participantes de la presente investigación tienen una corta experiencia con las prácticas meditativas y no han efectuado mucha práctica, los resultados que hemos obtenido parecen ser coherentes con sus postulados.

En la Figura 119 puede verse cómo los practicantes obtienen puntuaciones previas inferiores en mindfulness frente a los no practicantes, en línea con el estudio de van Dijk et al, que encontraron que los interesados y participantes en programas de mindfulness tenían menores puntuaciones en mindfulness frente a los no interesados y no participantes (además de mayores niveles de estrés y patología mental), como también ha podido verse en los apartados 25.4.1 y 25.4.2 en los que se han mostrado los mayores niveles de estrés e índice de severidad de síntomas en los practicantes frente a los no practicantes.



**Figura 119: Puntuación Total pre Cuestionario 5 Facetas de Mindfulness FFMQ en GE según nivel de práctica en casa. Referencias de estudio de van Dijk et al. (2015) Estudio 1 (interesados vs. no interesados) y Estudio 2 (participantes vs. no participantes)**

#### 26.4.4. Escala de Autocompasión SCS

En la Escala de Autocompasión SCS, entre las puntuaciones pre y post del GE se ha obtenido una diferencia muy significativa ( $p < 0,0005$ ) en el factor Aislamiento, con un tamaño del efecto  $d = 0,45$  y un porcentaje de cambio del 15% (ver Tabla 44). También se ha obtenido una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) en los factores Autocrítica y Ensimismamiento. En la puntuación Total (suma de las 6 escalas, invirtiendo la puntuación de las 3 escalas que tienen connotaciones negativas: Autocrítica, Aislamiento y Ensimismamiento) se obtiene una diferencia significativa ( $p < 0,006$ ). En el GE todas las puntuaciones post mejoran, con respecto a las pre, en el sentido de incremento de autocompasión.

En todas las figuras que se utilizan a continuación se han invertido las puntuaciones en las escalas complementarias ya que tienen connotación negativa (Autocrítica, Aislamiento y Ensimismamiento) convirtiéndolos en No autocrítica, No aislamiento y No ensimismamiento, con objeto de facilitar la interpretación visual de las

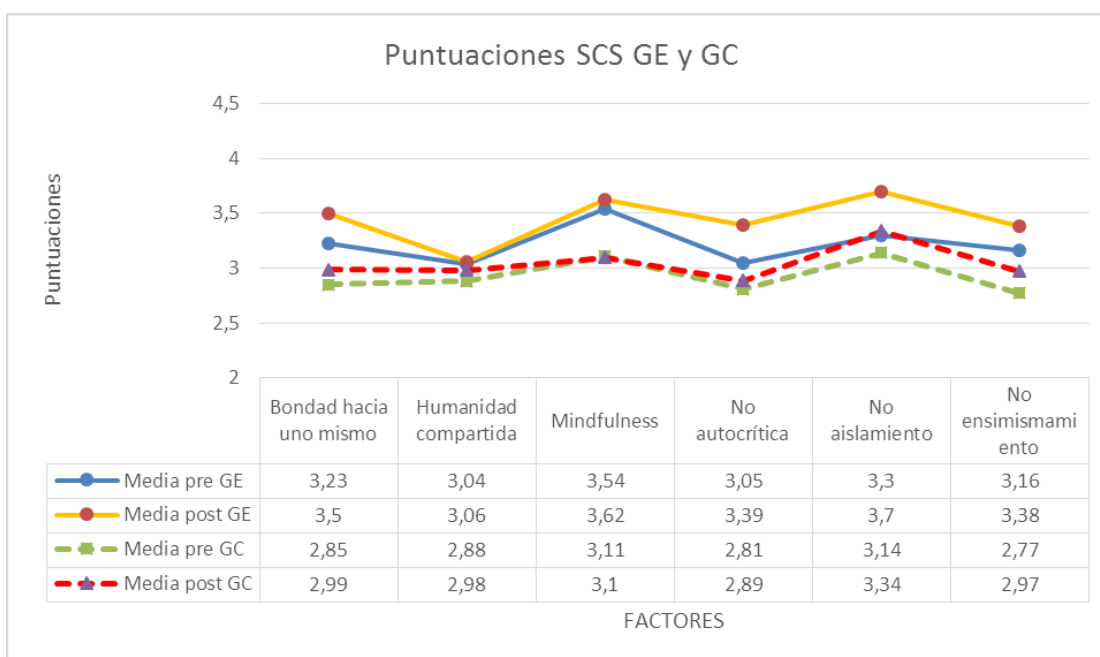
## Discusión

diferencias (de este modo los valores superiores en las 6 escalas implican connotación positiva)

En la Figura 120 se muestran, en líneas continuas, las puntuaciones pre y post del GE y en líneas discontinuas las puntuaciones pre y post del GC. En el GE se produce una mejora significativa en las escalas de Bondad hacia sí mismo, No Autocrítica, No Aislamiento y No Ensimismamiento.

El GC parte de puntuaciones pre inferiores. En el Anexo 35 se había visto que existen diferencias significativas entre las puntuaciones pre del GE y del GC, en el sentido de mayor nivel de autocompasión en el GE, en las escalas Bondad hacia uno mismo, Mindfulness, Ensimismamiento y puntuación Total.

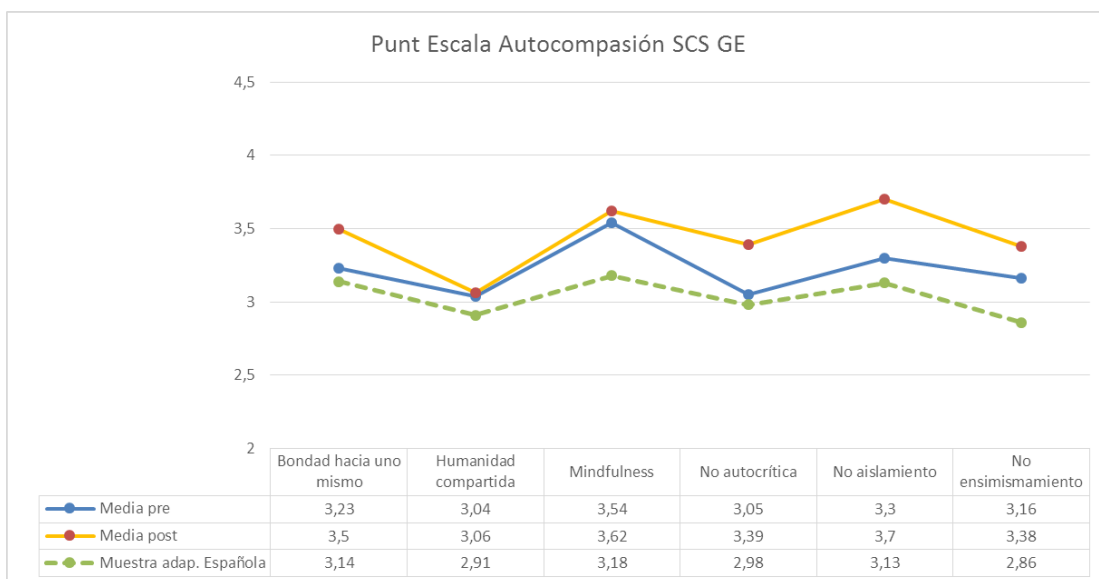
Las puntuaciones post en el GC son menores a las pre del GE (salvo por centésimas en Aislamiento). En el GC se obtienen diferencias significativas entre pre y post en Aislamiento (tamaño del efecto  $d=0,22$  y porcentaje de cambio del 7%) y Ensimismamiento, pero con puntuaciones lejanas a las post del GE (ver Tabla 45).



**Figura 120: Puntuación pre y post en Escalas de Autocompasión SCS Grupo Experimental comparado con Grupo de Control**

En la Tabla 46 se ha visto que la comparación entre diferencias de puntuaciones pre y puntuaciones post entre el GE y el GC (que miden el tamaño del cambio entre el GE y GC) no resultan significativas. En la Tabla 47 también puede verse que el ANOVA Tiempo x Grupo no resulta significativo para ninguno de los factores, aunque bordea la significación en el factor Autocrítica ( $F(1,116) = 3,45; p = 0,066$ ).

En la Figura 121 se muestran las puntuaciones pre y post del GE y en línea de puntos las puntuaciones de la adaptación española del test de García-Campayo et al. [413] que ha sido realizada con una muestra de 268 estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad de Zaragoza (59,7% mujeres). Puede verse que las puntuaciones del GE superan a las de la muestra de la adaptación española del test, tanto las pre como las post.

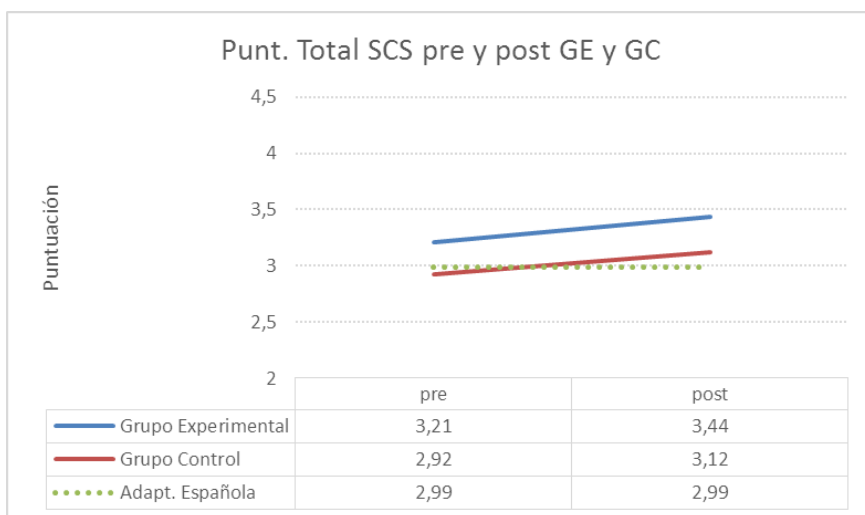


**Figura 121: Puntuación pre y post Escalas Autocompasión en Grupo Experimental comparadas con muestra adaptación española (García-Campayo, 2014)**

En la Figura 122 se muestran las puntuaciones pre y post del GC y en línea de puntos las puntuaciones de la adaptación española del test de García-Campayo et al. [413]. Puede verse que las puntuaciones del GC están más en línea con las de la muestra de la adaptación española del test, tanto las pre como las post, que las del GE.

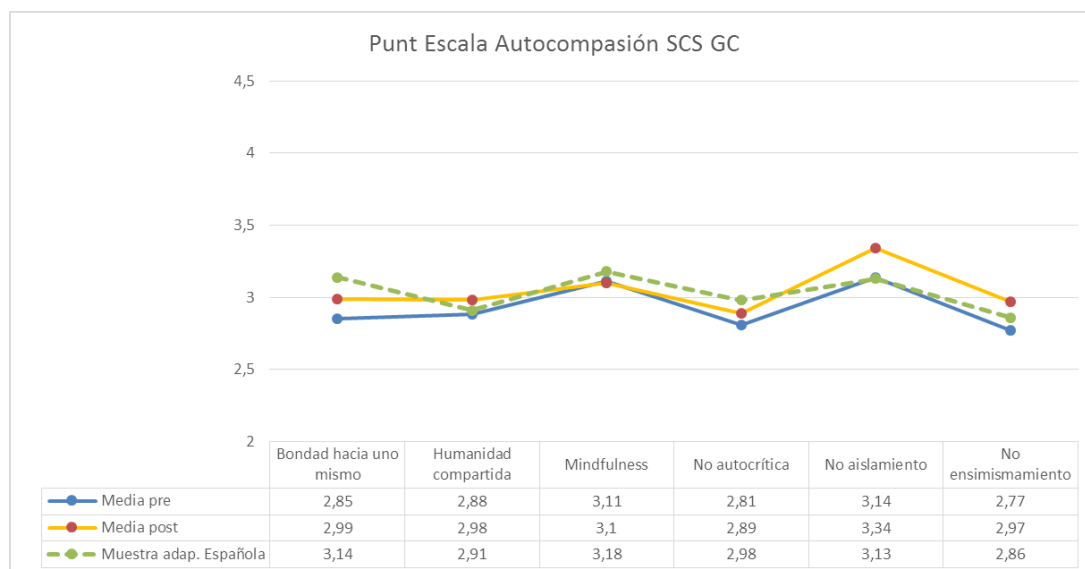


## Discusión



**Figura 122: Puntuación pre y post Escalas Autocompasión en Grupo Control comparadas con muestra adaptación española (García-Campayo, 2014)**

En la Figura 123 puede verse la puntuación Total de SCS, pre y post para el GE y el GC. Se observa el nivel inferior del GC tanto en pre como en post y la mejora en ambos grupos. Tanto en el GE como en el GC la diferencia pre vs. post es significativa ( $p < 0,007$  en el GE y  $p < 0,04$  en el GC). En línea de puntos se muestra la puntuación Total de la adaptación española del test que está mucho más cercana a las puntuaciones del GC. En el ANOVA tiempo x grupo no se detectan cambios significativos en la puntuación Total.



**Figura 123: Puntuaciones pre y post en GE y GC en Total Autocompasión SCS. Incluye referencia adaptación española del test de García-Campayo et al. (2014)**

**Hipótesis 2.4.** *La participación en el Taller incrementará las habilidades de autocompasión en relación a la medición basal y al grupo de control.*

A vista de los resultados, existe cierta evidencia a favor de aceptar la Hipótesis 2.4, pues se ha incrementado la puntuación total de autocompasión en relación con la medición basal del Grupo Experimental. Con respecto al Grupo de Control los resultados no apoyan la hipótesis; existían diferencias pre intervención en estas variables entre GE y GC y en el GC también se ha producido una mejora significativa en la puntuación Total, aunque de significación menor y desde valores también menores (el ANOVA tiempo x grupo no ha resultado significativo). La escala que más ha cambiado como consecuencia de la intervención es Aislamiento (también ha cambiado en el GC, aunque con significación mucho menor).

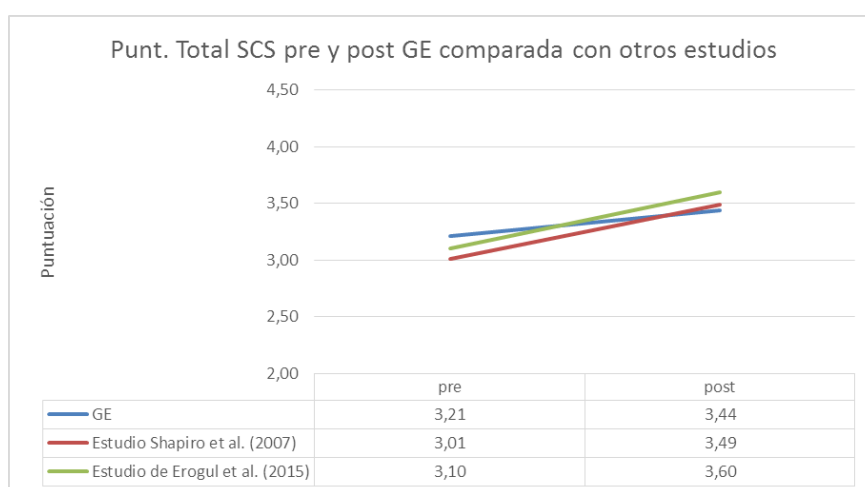
El aislamiento constituye la vertiente opuesta de Humanidad Compartida, la cual, según definición de Neff y Germer [168] implica “reconocer que todos los seres humanos somos imperfectos, que todas las personas podemos fallar, cometer errores, y tener dificultades graves en la vida. La autocompasión conecta la imperfección propia con la condición humana compartida, por lo que los aspectos del self se consideran desde una amplia perspectiva inclusiva. A menudo, sin embargo, cuando las personas notan algo de sí mismos o de sus vidas que no les gusta, piensan "esto no debería estar sucediendo", que algo ha ido mal. Cuando los fracasos y las decepciones se experimentan como una anomalía no compartida por el resto de la humanidad, las personas pueden sentirse aislados de sus semejantes que están, presumiblemente, llevando una “normal” vida feliz”.

Hölzel et al. [61] defienden un modelo en el que la autocompasión guardaría mayor relación con la regulación emocional y con cambios en la perspectiva del self (puede verse este modelo en la Figura 10). Para estos autores, las habilidades atencionales

## Discusión

podrían tener más importancia al comienzo de la práctica y, posteriormente, podrían ir adquiriendo importancia las prácticas más compasivas. De hecho, este es el orden de aprendizaje que se sigue en los programas más conocidos, aunque Hölzel et al. posiblemente se refieren a niveles de práctica que van más allá de los programas de 8 semanas de duración. Debido a la corta duración de la intervención, si las afirmaciones de Hölzel et al. son ciertas, parecería coherente que en esta investigación se hayan logrado mayores modificaciones en mindfulness y que en autocompasión sean más modestas, al requerirse quizás mayor duración para notarse los efectos o un programa con más componentes relacionados con la autocompasión.

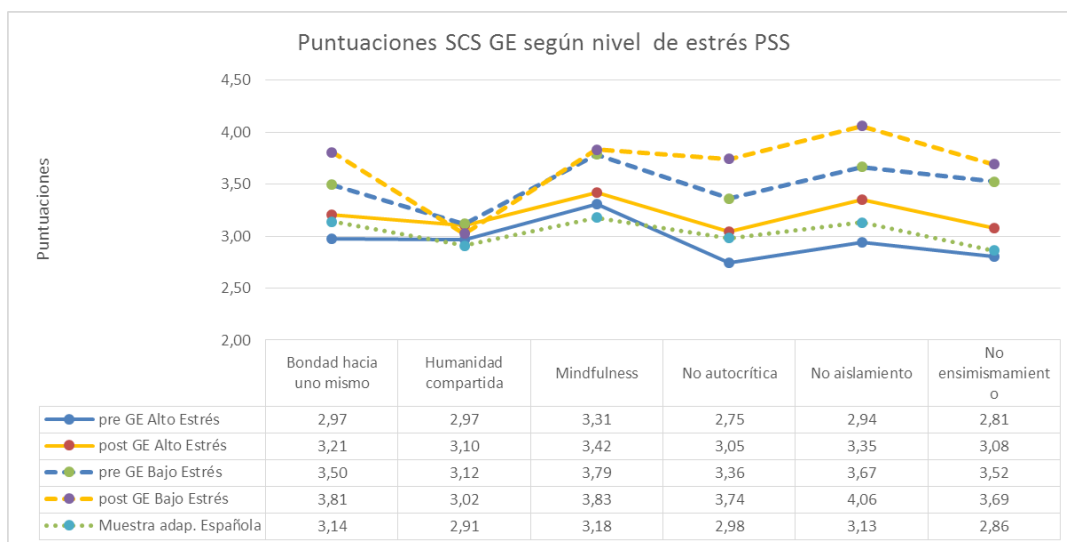
Con objeto de situar estos resultados en el contexto de otras investigaciones, En la Figura 124 se comparan con el estudio de Shapiro et al. [77] en la que se aplicó un programa de entrenamiento en mindfulness a estudiantes de postgrado de psicoterapia y con el de Eroglu et al. [316] con estudiantes de medicina (el único con esta población del que se tiene referencia que ha utilizado una medida de autocompasión), en ambos estudios sólo se facilita la puntuación Total de todas las escala por lo que se utilizan estas puntuaciones. Se observa que la muestra de la presente investigación es superior en las puntuaciones pre de ambos estudios y que el grado de mejora conseguido tras la intervención es menor.



**Figura 124: Puntuaciones pre y post Total Autocompasión Grupo Experimental comparadas con estudio de Shapiro et al. (2007) y Eroglu et al. (2015)**

### 26.4.4.1. Autocompasión según nivel de estrés de PSS

En la Figura 125 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en las Escalas de SCS separadas según nivel de estrés previo (ver Tabla 67). Puede verse la menor puntuación pre en todas las escalas de SCS para los casos de mayor estrés previo en PSS. Para el grupo de mayor nivel de estrés las puntuaciones post son todas superiores a las pre, especialmente en No Aislamiento ( $p < 0,006$ ). Para el grupo de menor nivel de estrés las puntuaciones no varían en Humanidad compartida y Mindfulness, y se incrementan las post en el resto de escalas; es significativa la diferencia en No Aislamiento ( $p < 0,05$ ). Se incluye línea de puntos con referencia de muestra adaptación española de García-Campayo et al. que se sitúa entre los valores de grupo de alto nivel de estrés.

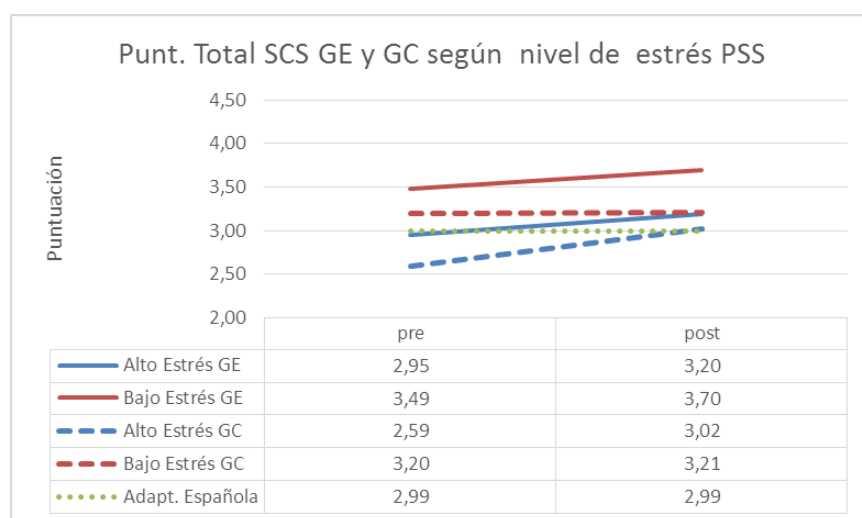


**Figura 125: Puntuaciones pre y post GE en Escalas de Autocompasión SCS según nivel de estrés previo (alto: puntuación en PSS  $\geq 23,49$ , o bajo: puntuación en PSS  $< 23,49$ ). Incluye referencia de adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014)**

En el apartado de Resultados 25.4.4.1 pueden verse en la Tabla 68 la misma información para el GC. En ANOVA tiempo x grupo, no se producen cambios significativos en los participantes con alto nivel de estrés previo; en los participantes con bajo estrés previo, los cambios resultan significativos en el factor Autocrítica ( $F(1,60) = 4,893$ ;  $p = 0,031$ ).

## Discusión

En la Figura 126 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE (líneas continuas) y del GC (líneas discontinuas) en el Total de SCS separadas según nivel de estrés (ver Tablas 68 y 69). Se incluye en línea de puntos la referencia del baremo del test de la adaptación española de García-Campayo et al. Puede verse en el GE la menor puntuación pre en los casos de mayor nivel de estrés según PSS y el mayor nivel de mejora para este grupo. También en el GE, el grupo de bajo nivel de estrés parte de puntuaciones mayores y el incremento es menor. En el GE, para el grupo de alto estrés las diferencias pre vs. post son significativas ( $p < 0,02$ ) y no lo son para el grupo de bajo nivel de estrés. En el GC puede verse la menor puntuación pre y post en los casos de mayor estrés y su variación inferior a la del GE. También en GC, el grupo de bajo nivel de estrés parte de puntuaciones menores y apenas sufre variación, en este caso, ninguna diferencia resulta significativa.



**Figura 126: Puntuaciones pre y post GE y GC en Total autocompasión SCS según nivel de estrés previo (alto: puntuación en PSS  $\geq 23,49$ , o bajo: puntuación en PSS  $< 23,49$ ). Incluye referencia de adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014)**

En esta Figura 126 puede verse que, en el GE, las personas con mayor nivel de estrés previo obtienen puntuaciones inferiores en autocompasión. Con posterioridad a la intervención incrementan en mayor medida y de manera significativa su puntuación en SCS. En ANOVA tiempo x grupo, no se producen cambios significativos en la puntuación Total de los participantes con alto nivel de estrés previo y en los participantes con bajo estrés previo, los cambios se aproximan a la significación ( $F(1,60) = 3,285$ ;  $p = 0,075$ ). En

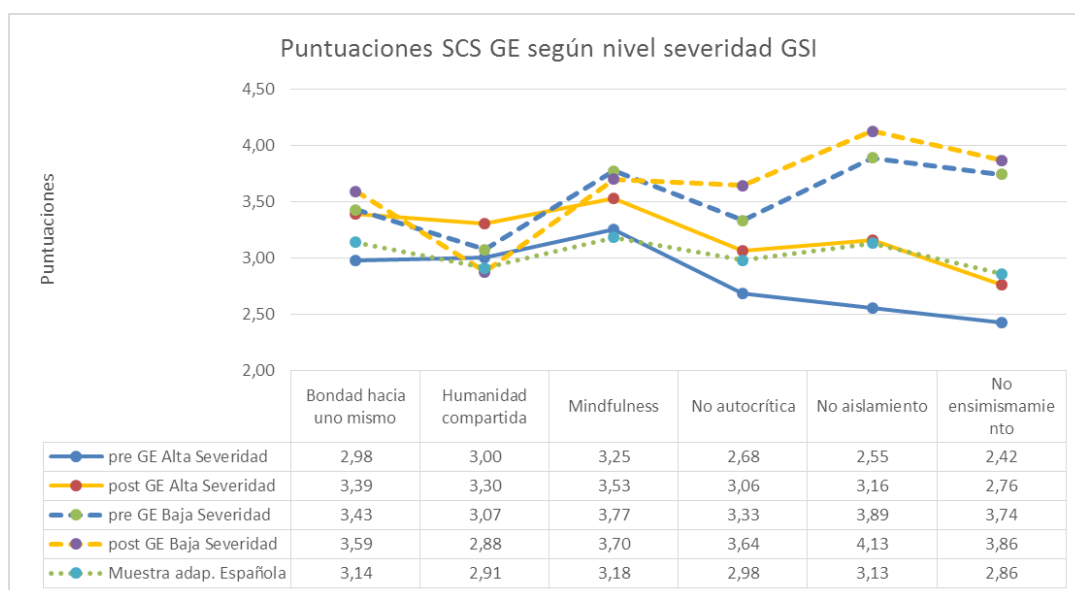
la Figura 59 pudo verse que también disminuye el estrés percibido tras la intervención y en la Tabla 48 del Apartado 25.4.1 de Resultados puede verse cómo la mejora en nivel de estrés se produce en el GE tanto en el grupo de alto estrés previo como en el de bajo estrés previo, aunque en menor medida en este último. En el GC puede verse cómo las puntuaciones pre en SCS de las personas con mayor nivel de estrés también son inferiores y que también se incrementan las post, aunque de manera no significativa, a pesar de que la puntuación en PSS (ver Figura 59) apenas disminuye en el GC.

**Hipótesis 4.1.** *Existirá relación entre disminución de estrés y sintomatología con incrementos de los constructos mindfulness y autocompasión, en consonancia con el modelo teórico adoptado.*

A vista de los resultados, existe cierta evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 4.1 en referencia a la disminución de estrés y su relación con el incremento de autocompasión en el GE con respecto a la puntuación basal, pues la puntuación total de autocompasión guarda relación con el nivel de estrés, el grupo de alto estrés parte de puntuaciones de autocompasión inferiores y, al igual que disminuyen el nivel de estrés con la intervención, se incrementan sus puntuaciones en autocompasión de manera significativa. Bien es verdad que en el GC también se produce un incremento en autocompasión, aunque no alcanza significación, sin que se produzca apenas decremento en el nivel de estrés; asimismo, el ANOVA tiempo x grupo aporta evidencia contraria a esta hipótesis al no encontrarse diferencias significativas. En cualquier caso, la evidencia es menor que la encontrada con el constructo Mindfulness que se ha discutido en el apartado anterior.

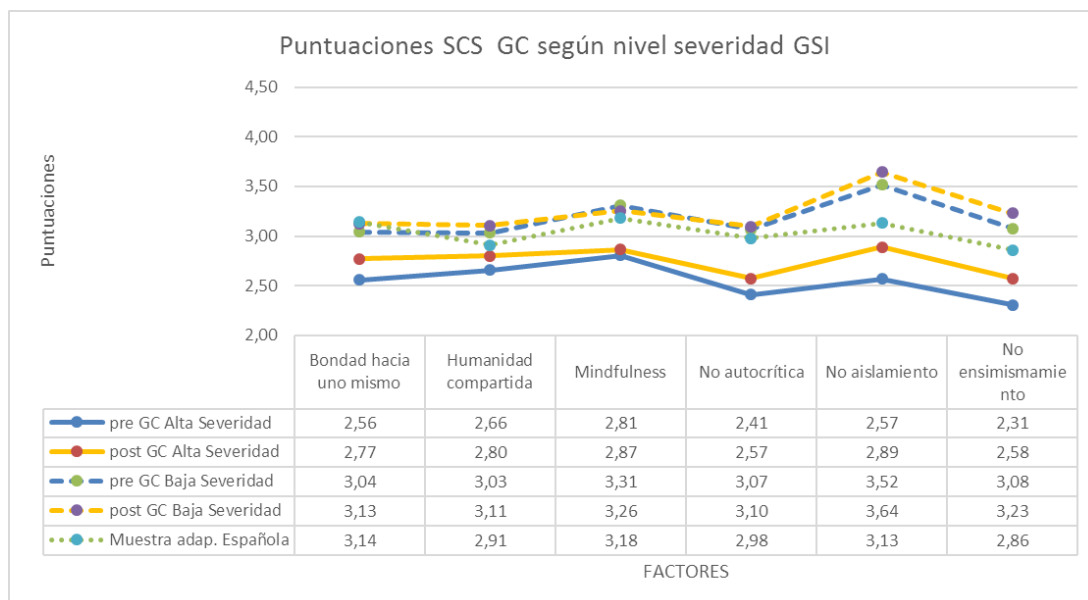
### 26.4.4.2. Autocompasión según nivel de severidad de los síntomas en Índice de Severidad Global GSI de SCL-90-R

En la Figura 127 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en las Escalas de SCS separadas según nivel de severidad de síntomas (ver Tabla 69). Puede verse la menor puntuación pre en todas las escalas de SCS para los casos de mayor severidad de síntomas según GSI (salvo en Humanidad Compartida). Para el grupo de mayor severidad las puntuaciones post son todas superiores a las pre, especialmente en No Aislamiento ( $p < 0,005$ ). Para el grupo de menor severidad los incrementos en las puntuaciones post son menores; es significativa la diferencia en No Autocrítica ( $p < 0,05$ ). Se incluye línea de puntos con referencia de muestra adaptación española de Garcia-Campayo et al. que se sitúa entre los valores de grupo de alta severidad.



**Figura 127: Puntuaciones pre y post GE en Escalas de Autocompasión SCS según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ ). Incluye referencia de adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014)**

En la Figura 128 pueden verse las puntuaciones pre y post del GC en las escalas de SCS separadas según nivel de severidad de síntomas (ver Tabla 70). Puede verse la menor puntuación pre en todas las escalas de SCS para los casos de mayor severidad de síntomas según GSI. El grupo con menor severidad obtiene mayores puntuaciones tanto en el pre como en el post con respecto al grupo de mayor severidad. Resulta significativa la diferencia pre vs. post en la escala No Aislamiento del grupo de mayor severidad ( $p < 0,05$ ). Realizado ANOVA tiempo x grupo, no se encuentra ningún cambio significativo, ni en los participantes de alta severidad de síntomas previa ni en los participantes con baja severidad de síntomas previa en los diferentes factores del SCS.



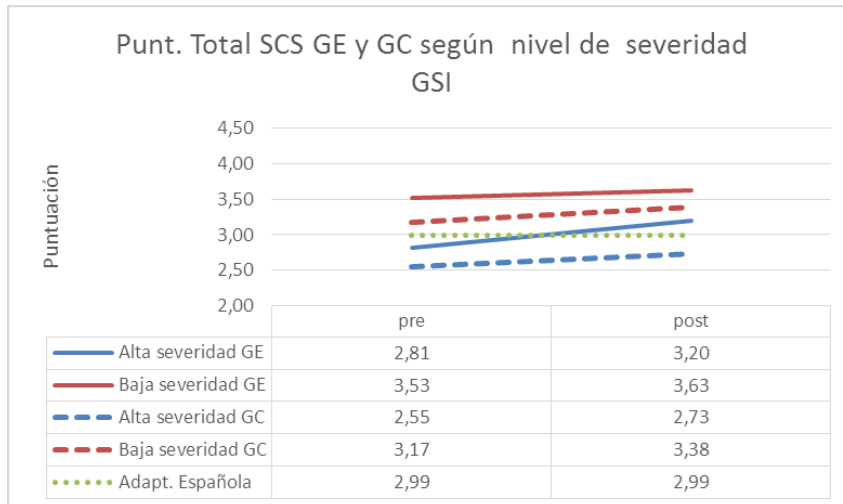
**Figura 128: Puntuaciones pre y post GC en escalas de Autocompasión SCS según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ )**

En la Figura 129 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE (líneas continuas) y del GC (líneas discontinuas) en el Total de SCS separadas según nivel de severidad de síntomas (ver Tablas 69 y 70). Se incluye en línea de puntos la referencia del baremo del test de la adaptación española de García-Campayo et al. Puede verse en el GE la menor puntuación pre en los casos de mayor severidad de síntomas según GSI y el mayor nivel de mejora para este grupo que se acerca a las puntuaciones pre del grupo de baja severidad del GC. También en el GE, el grupo de baja severidad de síntomas parte de puntuaciones mayores y el incremento es menor. En el GE, para el grupo de alta



## Discusión

severidad las diferencias pre vs. post son significativas ( $p < 0,05$ ) y no lo son para el grupo de baja severidad. En el GC puede verse la menor puntuación pre y post en los casos de mayor severidad de síntomas según GSI y su escasa variación. También en GC, el grupo de baja severidad de síntomas parte de puntuaciones menores. En el GC ninguna diferencia resulta significativa.



**Figura 129:** Puntuaciones pre y post en GE y GC en Total Autocompasión SCS según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ ). Incluye referencia adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014)

En esta Figura 129 puede verse que, en el GE, las personas con mayor severidad de síntomas obtienen puntuaciones inferiores en autocompasión. Con posterioridad a la intervención incrementan en mayor medida y de manera significativa su puntuación en SCS, en la Figura 71 pudo verse que también disminuye la sintomatología tras la intervención. En el GC puede verse cómo las puntuaciones en SCS de las personas con mayor severidad de síntomas también son inferiores, pero en este caso, sólo sufren una ligera variación entre pre y post, a pesar de que la puntuación en GSI (ver Figura 71) sí disminuye en el GC (aunque en mucha menor medida que en el GE). Realizado ANOVA tiempo x grupo, no se encuentra ningún cambio significativo, ni en los participantes de alta severidad de síntomas previa ni en los participantes con baja severidad de síntomas previa, en la puntuación total del SCS.

**Hipótesis 4.1.** *Existirá relación entre disminución de estrés y sintomatología con incrementos de los constructos mindfulness y autocompasión, en consonancia con el modelo teórico adoptado.*

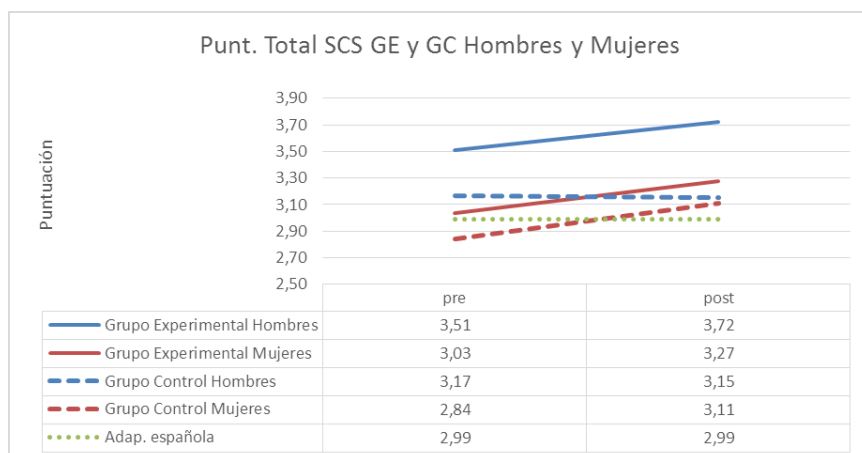
A vista de los resultados, existe cierta evidencia a favor de aceptar la Hipótesis 4.1 en referencia a la disminución de sintomatología y su relación con el incremento de autocompasión, pues la puntuación total de autocompasión guarda relación con el nivel de severidad de síntomas, el grupo de alta severidad parte de puntuaciones de autocompasión inferiores y, al igual que disminuyen la severidad de los síntomas con la intervención, se incrementan sus puntuaciones en autocompasión en mayor magnitud que en el grupo de menor severidad. Bien es verdad que en el GC también se produce una mejora, mucho menor, en sintomatología sin que se produzca apenas incremento en su nivel de autocompasión y que en el ANOVA tiempo x grupo no se encuentra ningún cambio significativo, ni en los participantes de alta severidad de síntomas previa ni en los participantes con baja severidad de síntomas previa.

#### **26.4.4.3. Autocompasión en función del sexo**

En la Figura 130 se muestran los resultados pre y post en la puntuación Total de SCS en función del sexo para el GE y el GC (ver Tablas 71 y 72). En línea de puntos se muestra referencia de la puntuación de la adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014). En el GE pueden observarse una mejora de las puntuaciones post tanto en hombres como en mujeres, los hombres parten de una autocompasión pre superior. En el GC se observa que no existe mejora en las puntuaciones post para los hombres y sí existe para las mujeres, que también parten de una puntuación pre inferior. El cambio pre vs. post es significativo para las mujeres en el GE ( $p < 0,05$ ) posiblemente debido al mayor tamaño de la muestra, pues, como puede observarse en la figura, la magnitud del cambio

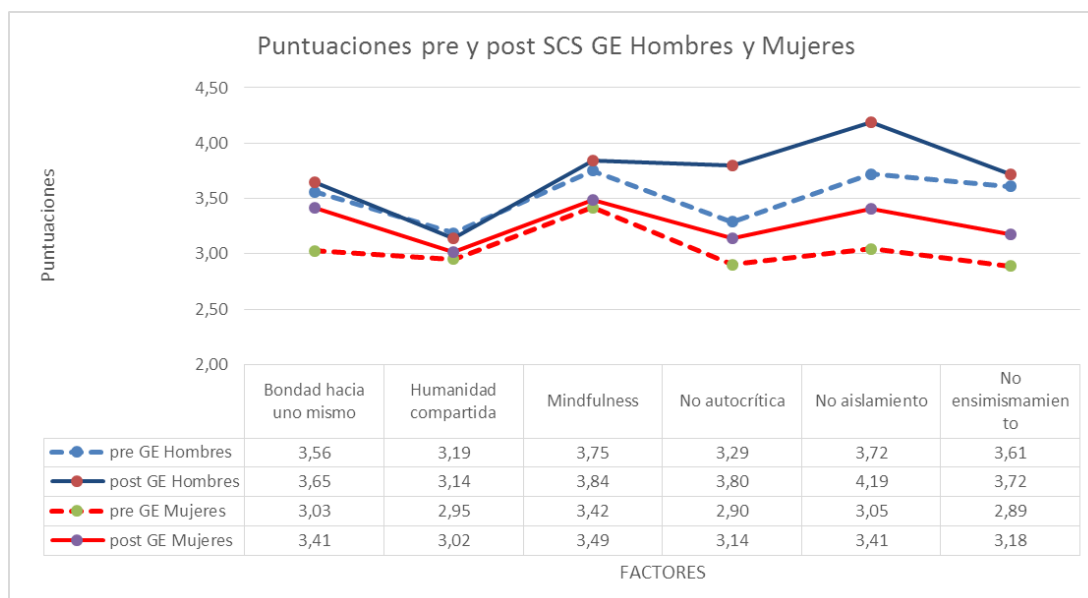
## Discusión

es muy parecida. Realizado ANOVA tiempo x grupo, ningún cambio es significativo en la puntuación Total de SCS, ni para hombres ni para mujeres.



**Figura 130: Puntuación Total Autocompasión SCS GE y GC en función del sexo. Incluye referencia adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014)**

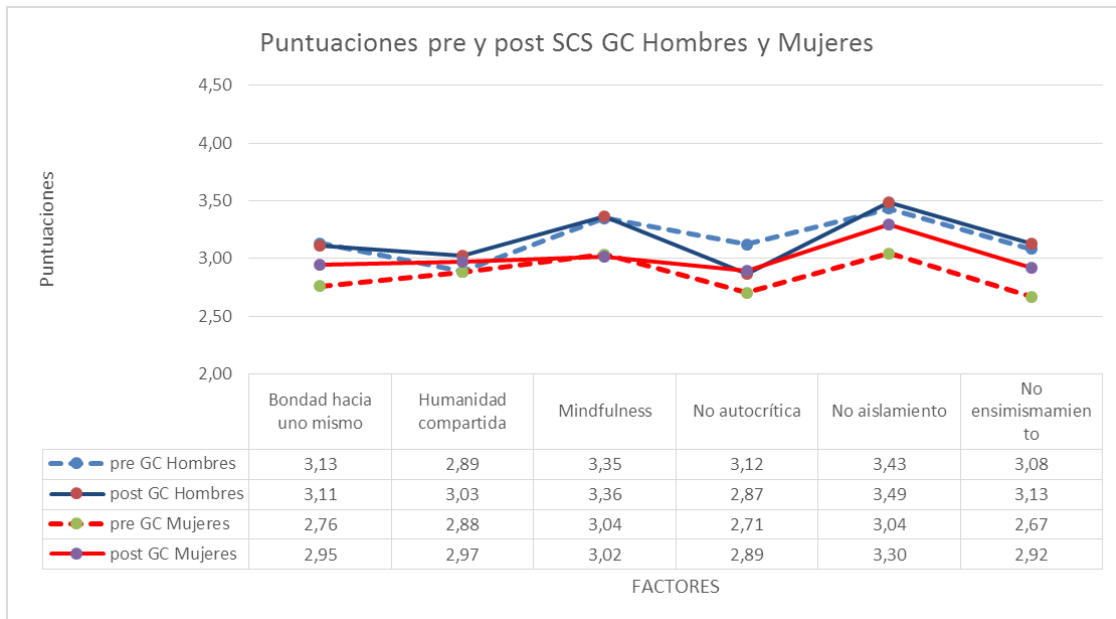
En la Figura 131 pueden verse los resultados pre y post en las escalas de Autocompasión SCS del GE en función del sexo (ver Tablas 71 y 72). En los hombres mejoran No Autocrítica y No Aislamiento ( $p < 0,05$ ). En las mujeres mejoran Bondad hacia uno mismo ( $p < 0,05$ ), No Aislamiento ( $p < 0,05$ ) y No Ensimismamiento ( $p < 0,05$ ).



**Figura 131: Puntuación Escalas Autocompasión SCS GE en función del sexo**

Realizada ANOVA tiempo x grupo, el único cambio significativo se producen en los Hombres y en el factor No autocrítica ( $F(1,32) = 7,119$ ;  $p = 0,012$ ). También en los hombres, el factor No Aislamiento se acerca a la significación ( $F(1,32) = 3,353$ ;  $p = 0,076$ ).

En la Figura 132 pueden verse los resultados pre y post en las Escalas de SCS del GC en función del sexo (ver Tablas 71 y 72). Los cambios son menores. En los hombres ha descendido la puntuación en No autocrítica. En las mujeres han mejorado las puntuaciones en No autocrítica ( $p<0,05$ ), No aislamiento ( $p<0,005$ ) y No ensimismamiento ( $p<0,005$ ). Realizada ANOVA tiempo x grupo, no se obtiene ningún cambio significativo en las Mujeres.

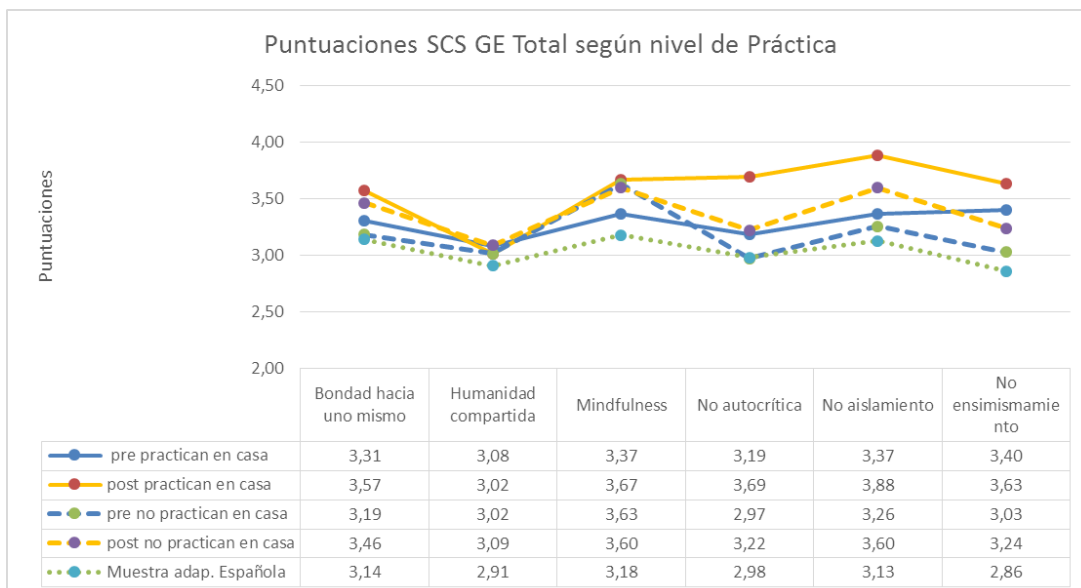


**Figura 132: Puntuación Escalas Autocompasión SCS GC en función del sexo**

En este apartado no se aportan referencias de diferencias en función del sexo en otros estudios ya que no se han encontrado estudios en los que constaran diferencias en autocompasión en función del sexo.

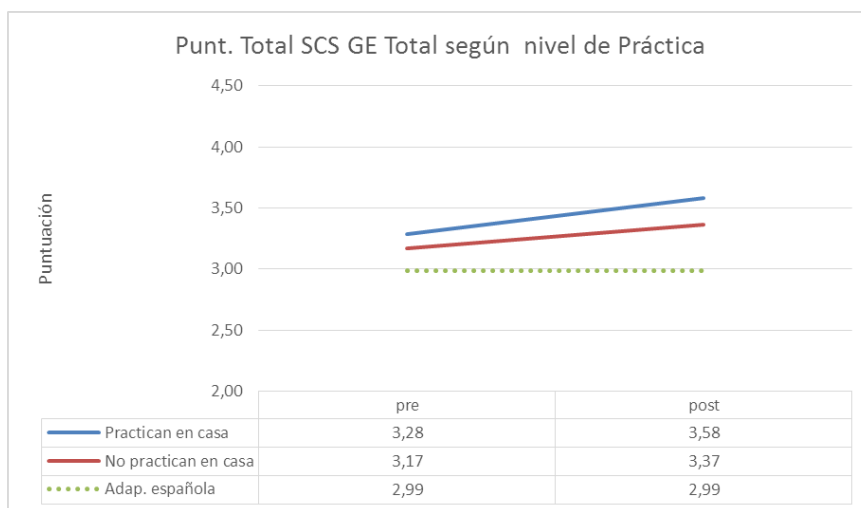
#### 26.4.4.4. Autocompasión en función del nivel de práctica

En la Figura 133 puede verse la mejora en la puntuación de las Escalas de Autocompasión según el nivel de práctica en casa (ver Tabla 73). En línea de puntos se muestra referencia de la puntuación de la adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014). Se observa que, en general, ambos grupos mejoran, el que no practica mejora en todas las escalas salvo Humanidad compartida y Mindfulness, y el que practica mejora en todas las escalas salvo Humanidad compartida. Puede verse, también, que el grupo que no practica parte de puntuaciones pre inferiores, salvo en la escala Mindfulness. Los cambios pre vs. post son significativos en el grupo que practica en las escalas de No autocrítica y No aislamiento ( $p < 0,05$ ). El grupo que no practica obtiene mejoras significativas en el factor No aislamiento ( $p < 0,05$ ). Puede verse que las puntuaciones de ambos grupos superan a las puntuaciones de la adaptación española del test, salvo las pre en Bondad hacia uno mismo y No autocrítica del grupo que no practica, que prácticamente coinciden con las de dicha adaptación. Realizado ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no se halla ningún cambio significativo.



**Figura 133: Puntuación de Escalas de Autocompasión SCS en GE según nivel de práctica en casa. Incluye referencia adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014)**

En la Figura 134 se muestra la puntuación Total de Autocompasión SCS del GE, separada entre los que practican en casa y los que no practican (ver Tabla 73). En línea de puntos se muestra referencia de la puntuación de la adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014). Puede verse que ambos grupos mejoran. El grupo que no practica parte de puntuaciones inferiores. El único incremento significativo es el del grupo que no practica ( $p < 0,05$ ), posiblemente debido a su mayor tamaño ( $N=28$ , frente a  $N=15$  del grupo que practica), puesto que la magnitud de la mejora es mayor en el grupo que practica. Realizado ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no se halla ningún cambio significativo. Puede verse cómo la puntuación de la adaptación española del test es inferior.



**Figura 134: Puntuación Total Autocompasión SCS en GE según nivel de práctica en casa. Incluye referencia adaptación española del test (García-Campayo et al., 2014)**

**Hipótesis 3.** *Cuanto mayor sea el nivel de práctica realizada, mayores serán las diferencias con respecto a las mediciones basales y al grupo de control.*

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 respecto al mayor incremento en la puntuación total de autocompasión en el grupo que más practica en casa, pues, a pesar de que la magnitud del incremento producido ha sido superior en dicho grupo frente al grupo de menor práctica, la diferencia

## Discusión

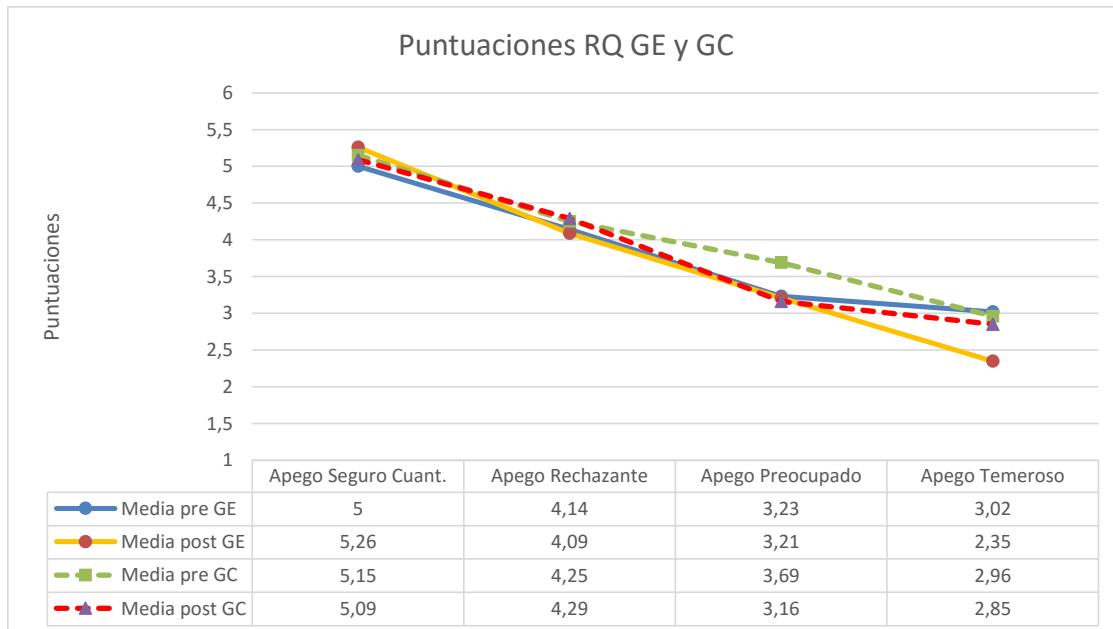
no es significativa. En el grupo de menor práctica sí se obtiene una mejora en la puntuación total significativa (posiblemente debido al mayor tamaño de este grupo), a pesar de que es de menor magnitud. Considerando las escalas por separado, el grupo de mayor práctica obtiene mejoras significativas en 2 escalas: No autocrítica y No aislamiento, mientras que el grupo de menor práctica mejora significativamente en 1 escala: No aislamiento. Ya se ha comentado que no existe diferencias en ANOVA tiempo x frecuencia de práctica.

Debido a que no se han localizado estudios en los que se faciliten puntuaciones en autocompasión en función del nivel de práctica, no pueden facilitarse este tipo de comparaciones.

### **26.4.5. Cuestionario de Relación RQ**

En el Cuestionario de Relación RQ, que mide tipos de Apego, en lo referente a puntuaciones cuantitativas, entre las puntuaciones pre y post del GE se ha obtenido una diferencia significativa ( $p < 0,01$ ) en el tipo de apego Temeroso (ver Tabla 44) que ha disminuido, el tamaño del efecto  $d$  de Cohen es de 0,42 y el porcentaje de cambio del 22%, este se caracteriza por presentarse en personas con miedo al apego, socialmente evitativos, con una desconfianza temerosa. En el Anexo 35 se ha visto que no existen diferencias significativas previas entre el GE y el GC. En la Figura 135 se muestran, en líneas continuas, las puntuaciones pre y post del GE y en líneas discontinuas las puntuaciones pre y post del GC. En el GE se produce una mejora en el tipo de apego Temeroso. El GC parte de puntuaciones pre de apego Preocupado superiores a las del GE, estas puntuaciones se acercan a las pre del GE en el post, el apego Preocupado desciende en sentido de la salud de manera significativa ( $p < 0,005$ ),  $d$  de Cohen de 0,33 y porcentaje de cambio del 14%, aunque este descenso no se traduce en un incremento de apego Seguro, que muestra un ligero descenso. En la Tabla 46 se ha visto que la comparación

entre diferencias de puntuaciones pre y puntuaciones post entre el GE y el GC (que miden el tamaño del cambio entre el GE y GC) resultan significativas en apego Preocupado en el GC. Realizado ANOVA tiempo x grupo no existen diferencias significativas en los 4 tipos de Apego (ver Tabla 47).

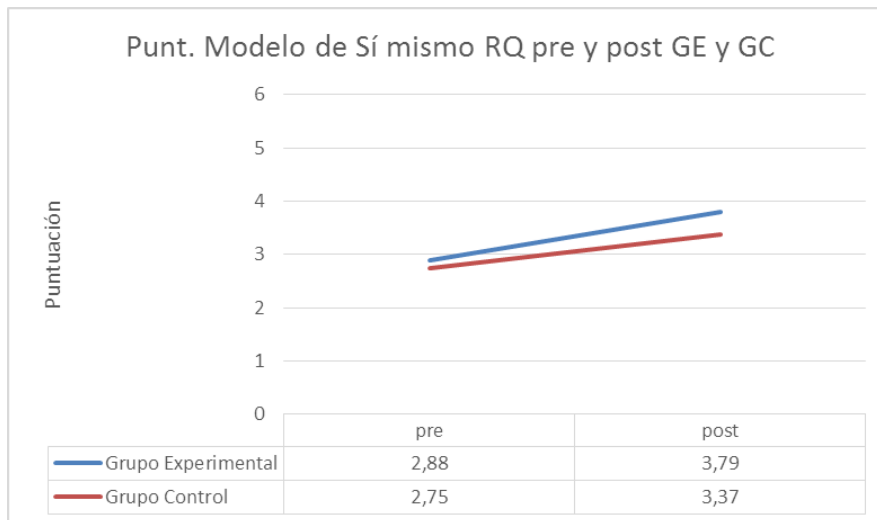


**Figura 135: Puntuación pre y post en tipos de Apego RQ en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control**

En la puntuación dimensional agrupada de tipos de Apego Modelo de Sí mismo (contrario a ansiedad), que se obtiene sumando los tipos de apego que reflejan baja ansiedad hacia las relaciones (Seguro y Rechazante) a las que se restan los tipos de apego que reflejan alta ansiedad ante las relaciones (Preocupado y Temeroso), también se obtiene un incremento significativo en el GE ( $p < 0,05$ ) indicativo de mejor modelo de sí mismo y menor ansiedad. En la Figura 136 pueden verse los resultados pre y post en Modelo de Sí mismo para el GE y el GC. Puede verse que el GC también mejora, pero de manera no significativa. Realizado ANOVA tiempo x grupo, los cambios no resultan significativos.

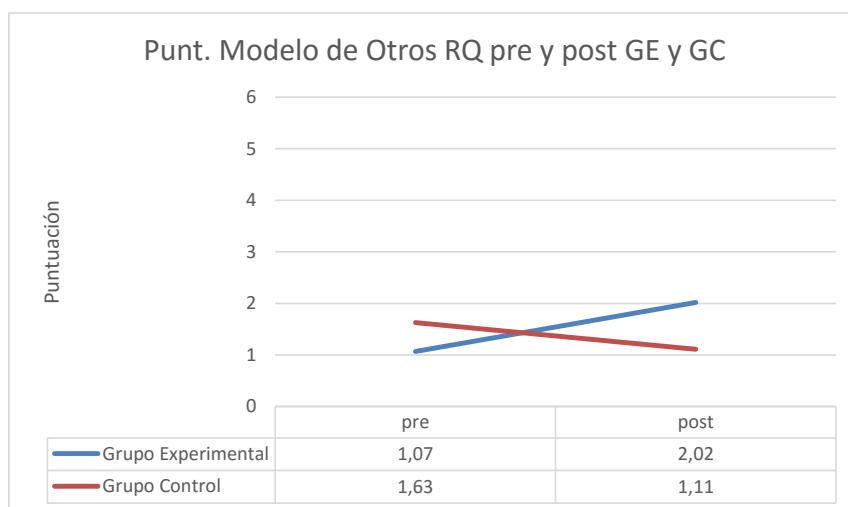


## Discusión



**Figura 136: Puntuación pre y post en Modelo de Sí mismo RQ en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control**

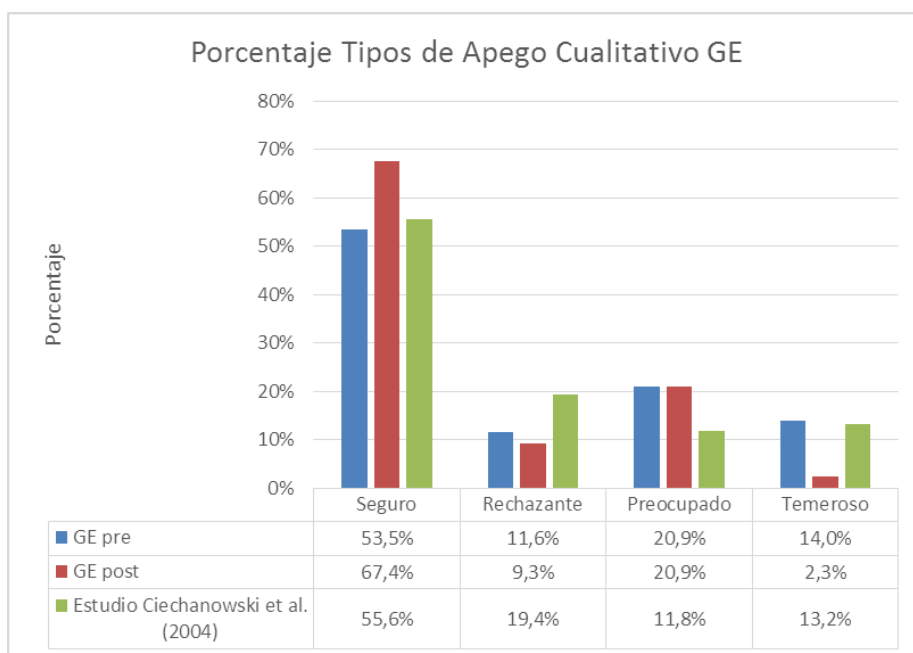
La puntuación en la dimensión agrupada de tipos de Apego Modelo de Otros (contrario a evitación), por su parte, corresponde a la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan un alto nivel de evitación de las relaciones (Rechazante y Temeroso) a la que se resta la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan un nivel bajo de evitación de las relaciones (Seguro y Preocupado). En la Figura 137 pueden verse los resultados pre y post en Modelo de Otros para el GE y el GC. El GE mejora rayando la significación ( $p < 0,07$ ), mientras que el GC empeora. En la Tabla 46 se ha visto que la comparación entre diferencias de puntuaciones pre y puntuaciones post entre el GE y el GC (que miden el tamaño del cambio entre el GE y GC) resultan



**Figura 137: Puntuación pre y post en Modelo de Otros RQ en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control**

significativas en Modelo de Otros en el GE. Realizado ANOVA tiempo x grupo los cambios resultas significativos ( $F(1,116) = 7,33; p = 0,008$ ). El porcentaje de cambio en el GE es del 89%.

En lo referente a elecciones cualitativas, en la Tabla 74 (a) de Resultados puede verse el número de participantes del Grupo Experimental que eligen un tipo de Apego por categorías, en función de las elecciones pre y post tratamiento. Puede verse un incremento de la elección del estilo de Apego Seguro en las puntuaciones post (no resulta significativa con la Prueba de McNemar), así como una disminución del estilo de Apego Temeroso (no resulta significativa con la Prueba de McNemar para contraste bilateral, pero si para el unilateral ( $p < 0,03$ )). No existe ningún cambio contrario a un sentido positivo en ninguna de las categorías. En la Figura 138 pueden verse estos resultados, expresados en %, añadiéndose como referencia los valores obtenidos con 144 estudiantes de medicina de la universidad de Washington del estudio de Ciechanowski et al. [152]. En comparación con este estudio, destaca el incremento en Apego Seguro post del GE, superior a esta referencia y la disminución del Apego Temeroso post del GE, inferior a esta referencia.

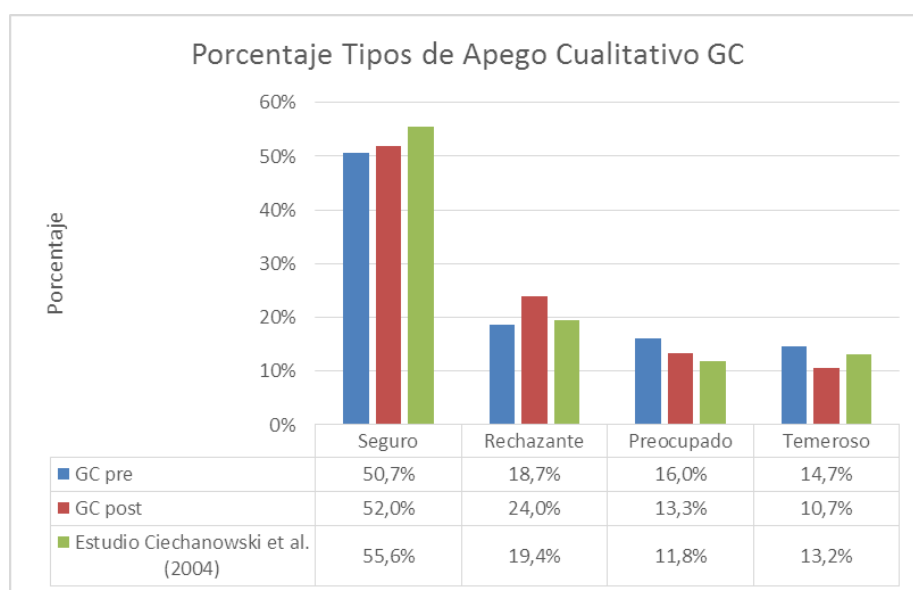


**Figura 138: Porcentaje pre y post de Tipos de Apego Cualitativo en GE comparados con estudio de Ciechanowski et al. (2004)**

## Discusión

Al fijarse en esta Figura 138 puede verse un aspecto muy relevante, pues se evidencia que la reducción en elección cualitativa del apego Temeroso en el GE no resulta significativa en la prueba de McNemar, según se ha comentado, debido a un efecto suelo (sólo queda 1 participante en el GE en este tipo de apego de los 6 que había en las puntuaciones pre, por lo que la reducción, si nos centramos sólo en esta categoría, ha sido del 83%), así pues, los resultados cualitativos confirman y afianzan los resultados cuantitativos en los que se había obtenido una diferencia significativa en el GE entre las puntuaciones pre y post ( $p < 0,003$ ).

Continuando con la elección cualitativa, en la Tabla 74 (b) puede verse el número de participantes del Grupo de Control que eligen un tipo de Apego por categorías, en función de las puntuaciones pre y post tratamiento. Puede verse que las diferencias son menores que en el Grupo Experimental y ninguna de ellas resulta significativa con la Prueba de McNemar. Además, no todos los cambios tienen un sentido positivo (existe un incremento en Apego Rechazante). En la Figura 139 pueden verse estos resultados, expresados en %, añadiéndose como referencia los valores obtenidos con 144 estudiantes de medicina de la universidad de Washington del estudio de Ciechanowski et al. [152].



**Figura 139: Porcentaje pre y post de Tipos de Apego Cualitativo en GC comparados con estudio de Ciechanowski et al. (2004)**

Al prestar atención a esta Figura 139 puede verse otro aspecto relevante, pues se observa un solo cambio en apego Seguro y un intercambio de elección entre apego Rechazante, que se incrementa, y apego Preocupado, que disminuye, pero en una magnitud muy inferior a la encontrada en las puntuaciones cuantitativas y que resultaba significativo, por lo que dicho resultado cuantitativo en apego Preocupado del GC pierde consistencia.

**Hipótesis 2.1.** *La participación en el Taller incrementará el apego seguro, el modelo de sí mismo y el modelo de otros, en relación a la medición basal y al grupo de control.*

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 2.1 en relación al incremento de apego Seguro pues, aunque se ha incrementado en el GE, tanto en las medidas cuantitativas como en la elección cualitativa, los cambios no han llegado a la significación. Dada la dificultad que puede implicar lograr modificar este constructo, es posible que la duración de las intervenciones haya sido demasiado breve. También es posible que, debido a que más de la mitad de los participantes sean de apego seguro previamente a la intervención (es una proporción normativa en este constructo) sea difícil conseguir incrementos que resulten significativos.

Sí existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 2.1 en relación con el incremento de Modelo de Sí mismo (contrario a Ansiedad) con respecto a la medición basal, aunque no con respecto al Grupo de Control. La puntuación en la dimensión Modelo de Sí mismo corresponde a la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan una alta ansiedad hacia las relaciones (temeroso y preocupado) a la que se resta la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan una baja ansiedad hacia las relaciones (seguro y rechazante). Existen estudios sobre la correlación entre mindfulness y las dimensiones de apego. Walsh et al. [444] encontraron correlación negativa entre mindfulness y dimensión ansiedad del apego, así como entre mindfulness

## Discusión

y ansiedad rasgo. Shaver et al. [140] han relacionado la dimensión Modelo de Sí mismo del apego con puntuaciones superiores en los factores Actuar con consciencia, No juicio y No reactividad del cuestionario de mindfulness FFMQ.

Sí existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 2.1 en relación con el incremento de Modelo de Otros (contrario a Evitación) con respecto al Grupo de Control. La puntuación en la dimensión Modelo de Otros corresponde a la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan un alto nivel de evitación de las relaciones (Rechazante y Temeroso) a la que se resta la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan un nivel bajo de evitación de las relaciones (Seguro y Preocupado). Existen estudios sobre la correlación entre mindfulness y las dimensiones de apego. Walsh et al. [444] no encontraron relación entre mindfulness y la dimensión evitación del apego. Shaver et al. [140] han relacionado la dimensión Modelo de Otros del apego con puntuaciones superiores en los 5 factores del cuestionario de mindfulness FFMQ.

El incremento conseguido en apego Seguro ha redundado en una disminución, esta sí significativa, de uno de los tipos de apego inseguro, el apego Temeroso (porcentaje de cambio del 22%). Estos resultados parecerían indicar que las personas con un apego del tipo Temeroso, serían capaces de beneficiarse de la práctica de mindfulness. Resulta llamativo que no se hayan obtenido mejoras en apego Rechazante y Preocupado y sí en apego Temeroso, que sería el tipo de apego inseguro más disfuncional, pues implica una concepción negativa de sí mismo y de los demás, como se ha mostrado en la Figura 8, explicativa del modelo de apego en adultos de Bartholomew y Horowitz [135]. Pepping et al. [445] defienden que la relación entre mindfulness y apego está mediada por dificultades en la regulación emocional, lo cual podría explicar que, si estas dificultades son menores o no existen, como puede ser el caso cuando existe apego seguro, no resultan

tan evidentes estas relaciones, las cuales son importantes en los casos de apego Temerosos en los que existen estas dificultades de regulación emocional y podría explicar que la intervención haya resultado más efectiva en estas personas.

Diferentes autores [137, 138, 140, 142, 149, 151] han resaltado la posible función de mindfulness en el sentido de reparar la confianza básica, para estos autores mindfulness actuaría en un nivel preverbal, como un volver a experimentar una relación somático-simbiótica como la vivida por el bebé con la madre mediante el silencio, la meditación y la autocompasión.

**Hipótesis 2.2.** *La participación en el Taller implicará cambios positivos en la relación con los demás.*

A vista de los resultados, adicionalmente a las evidencias discutidas en el apartado correspondiente al Cuestionario de Síntomas (que estarían centradas en mejorar aspectos negativos), existe evidencia aportada por el Cuestionario de Relación RQ en relación con el incremento de Modelo de Otros, contrario a Evitación, pues se entiende que una menor evitación en las relaciones redundaría en una mejora en la relación con los demás.

Los resultados obtenidos con el instrumento RQ de medida del Apego deben tomarse con prudencia debido a la sencillez de este breve instrumento (sus propiedades se han descrito en el apartado 24.2.6) en comparación con el instrumento de evaluación de referencia de los expertos en la teoría del apego, que es la Entrevista de Apego en Adultos (AAI) que requiere un largo entrenamiento y elevados recursos a nivel de tiempo, los cuales exceden por completo las pretensiones de esta investigación que se centra en múltiples variables.

En este apartado no pueden proporcionarse más comparaciones que las referencias a porcentajes de otras investigaciones que se han mostrado, pues no se han encontrado

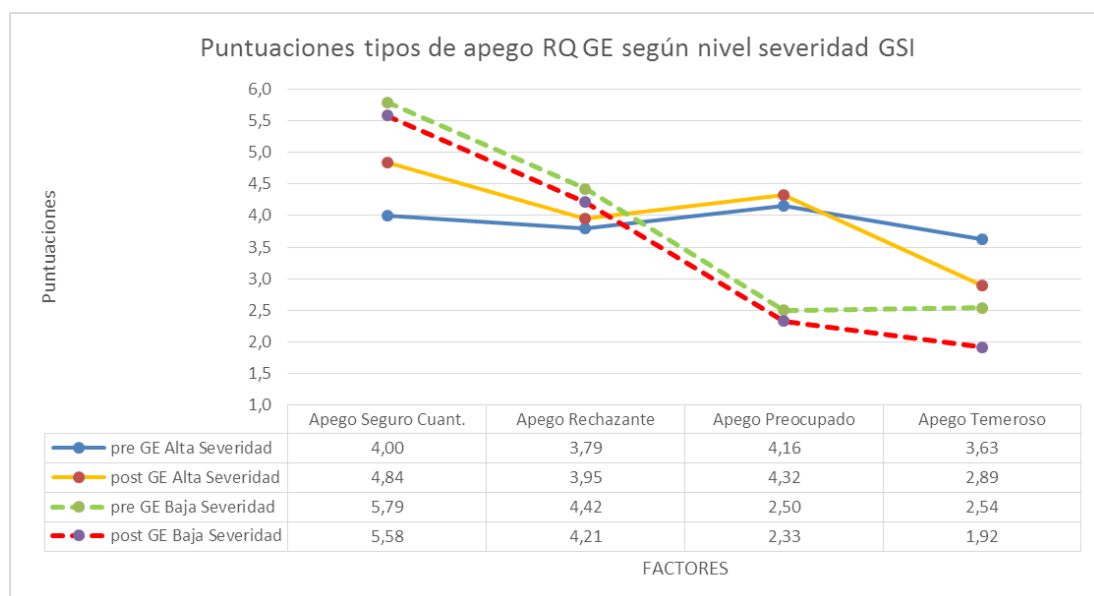
## Discusión

estudios que aporten puntuaciones directas en el instrumento RQ relacionados con las intervenciones en mindfulness.

### 26.4.5.1. Apego según nivel de severidad de los síntomas en Índice de Severidad Global GSI de SCL-90-R

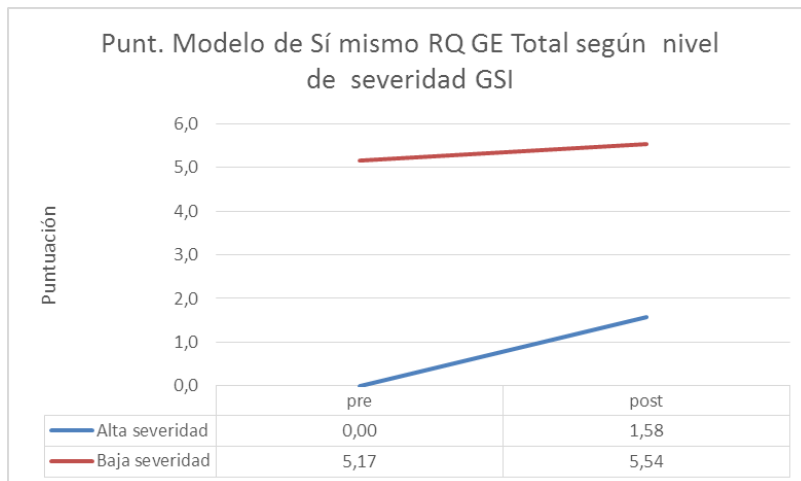
En la Tablas 75 de Resultados se han visto las puntuaciones pre y post del GE en los diferentes tipos y modelos de apego RQ separadas según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI del SCL-90-R  $\geq 0,94$ ).

En la Figura 140 puede verse la menor puntuación pre en apego Seguro para los casos de mayor severidad de síntomas según GSI, así como su mayor puntuación en apego Preocupado y Temeroso; en las puntuaciones post se produce un incremento en apego Seguro que roza la significación y disminuyen en apego Temeroso ( $p < 0,05$ ), ambas en sentido de mejora. El grupo de menor severidad parte de una puntuación más alta en apego Seguro e inferior en apego Preocupado y Temeroso; la mayor diferencia post se da en una disminución del apego Temeroso que también roza la significación. El ANOVA tiempo x grupo no resulta significativo.



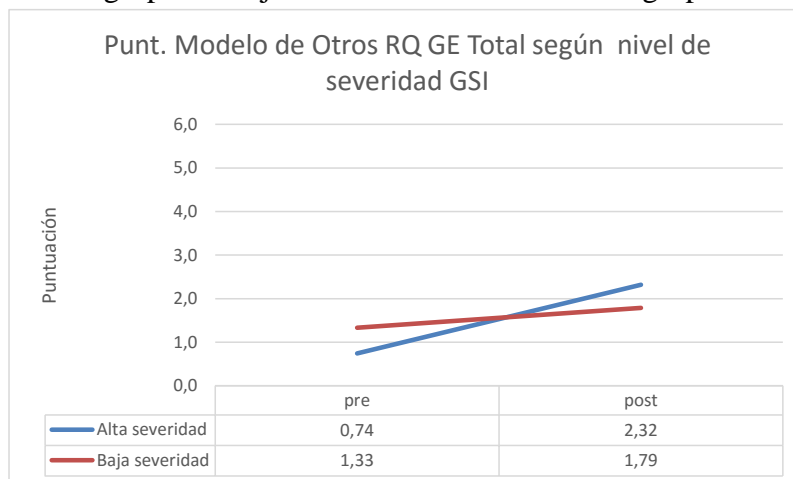
**Figura 140: Puntuaciones pre y post GE en tipos de Apego RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ )**

En la Figura 141 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en Modelo de Sí mismo (contrario a ansiedad) RQ separadas según nivel de severidad de síntomas (ver Tabla 75). Puede verse la mínima puntuación pre (0) en los casos de mayor severidad de síntomas según GSI y la mayor pendiente de mejora para este grupo. El grupo de baja severidad de síntomas parte de puntuaciones mucho más altas y el incremento es menor. El ANOVA tiempo x grupo no resulta significativo.



**Figura 141: Puntuaciones pre y post GE en Modelo de Sí mismo RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ )**

En la Figura 142 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en Modelo de Otros (contrario a evitación) RQ separadas según nivel de severidad de síntomas (ver Tabla 75). Puede verse la menor puntuación pre en los casos de mayor severidad de síntomas según GSI y la mayor mejora para este grupo ( $p < 0,05$ ) que supera la puntuación post del grupo de baja severidad de síntomas. El grupo de baja severidad de síntomas



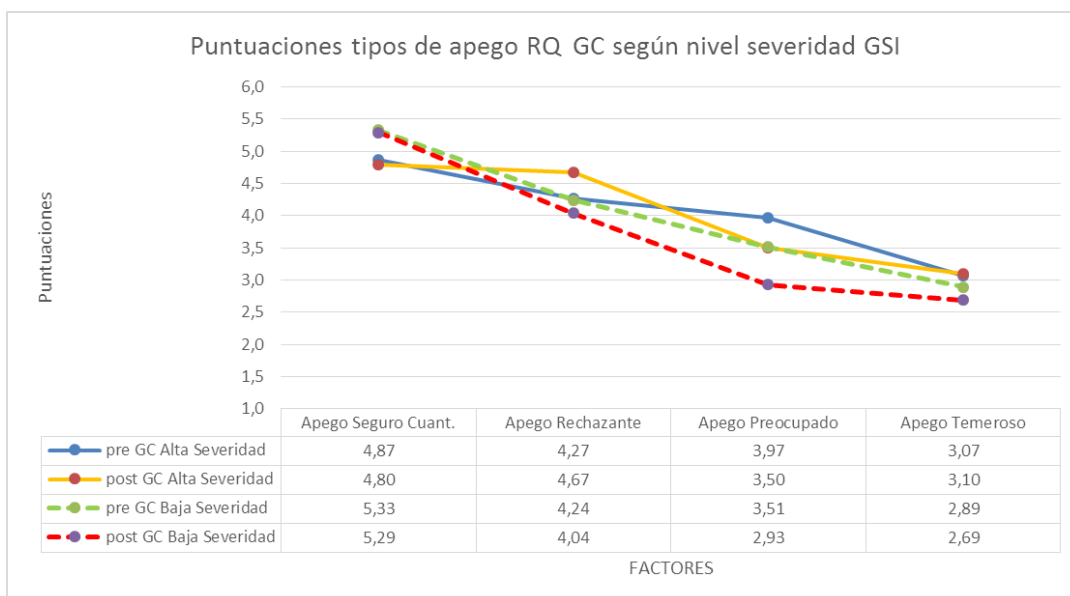
**Figura 142: Puntuaciones pre y post GE en Modelo de Otros RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ )**



## Discusión

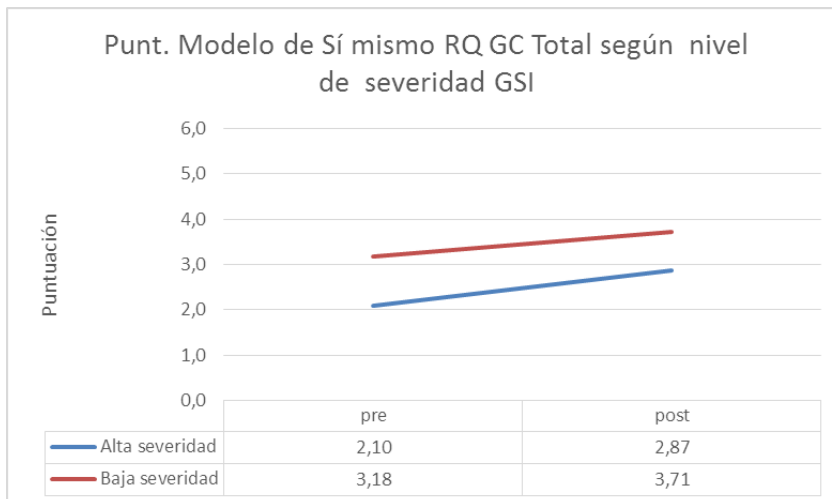
parte de puntuaciones más altas y su incremento en las puntuaciones post es menor. Realizado ANOVA tiempo x grupo, los únicos cambios significativos son en Modelo de Sí mismo ( $F(1,47) = 11,370$ ;  $p = 0,002$ ) para los participantes con alta severidad de síntomas.

En la Figura 143 pueden verse las puntuaciones pre y post del GC en los diferentes tipos de apego RQ separadas según nivel de severidad de síntomas (ver Tabla 76). Puede verse la menor puntuación pre en apego Seguro para los casos de mayor severidad de síntomas según GSI, así como su mayor puntuación en apego Preocupado y Temeroso; en las puntuaciones post el apego Seguro no varía y se incrementa el apego Rechazante y disminuye el apego Preocupado ( $p < 0,05$ ). El grupo de menor severidad parte de una puntuación más alta en apego Seguro e inferior en apego Preocupado, la mayor diferencia post se da en una disminución del apego Preocupado.



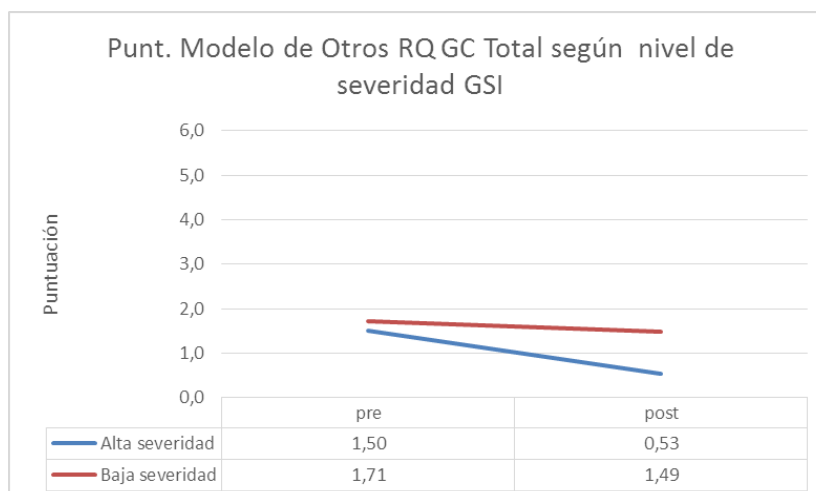
**Figura 143: Puntuaciones pre y post GC en tipos de Apego RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ )**

En la Figura 144 pueden verse las puntuaciones pre y post del GC en Modelo de Sí mismo (contrario a ansiedad) RQ separadas según nivel de severidad de síntomas (ver Tabla 76). Puede verse la baja puntuación pre en los casos de mayor severidad de síntomas según GSI. Ningún cambio es significativo en el GC, ni en el de alta ni en el de baja severidad.



**Figura 144: Puntuaciones pre y post GE en Modelo de Sí mismo RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ )**

En la Figura 145 pueden verse las puntuaciones pre y post del GC en Modelo de Otros (contrario a evitación) RQ separadas según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI del SCL-90-R  $\geq 0,94$ ). Puede verse la menor puntuación pre en los casos de mayor severidad de síntomas según GSI y el empeoramiento de este grupo, con



**Figura 145: Puntuaciones pre y post GC en Modelo de Otros RQ según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ )**

## Discusión

cambio contrario al sentido de salud ( $p < 0,05$ ). El grupo de baja severidad de síntomas parte de puntuaciones más altas y su decremento en las puntuaciones post es menor.

En resumen, puede decirse que, existe evidencia de que las puntuaciones de apego seguro son inferiores en el grupo de alta severidad de síntomas y que mejoran tras la intervención, junto con la disminución de los síntomas. El Modelo de Sí mismo tiene una puntuación mínima en el grupo de alta severidad de síntomas y mejora en este grupo tras la intervención, el Modelo de Otros también es menor en el grupo de alta severidad y mejora significativamente. El apego Temeroso, que es muy elevado en el grupo de alta severidad, desciende de manera significativa tras la intervención con respecto a la puntuación basal.

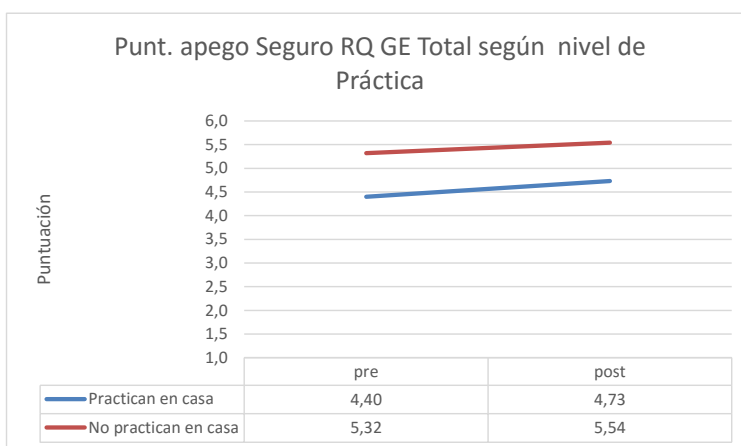
### **26.4.5.2. Apego en función del nivel de práctica**

A la vista de los resultados obtenidos, el nivel de práctica efectuada en casa no incide en las variaciones producidas en apego Seguro y Modelo de Otros (ver Tabla 77 de Resultados). Al contrario, vemos que la reducción en apego Temeroso y el incremento en Modelo de Sí mismo es más elevado en los miembros del GE que no practican; precisamente en apego Temeroso y Modelo de Sí mismo es donde se han producido las diferencias significativas en el GE. Realizado ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no se halla ningún cambio significativo.

Parecería que las variaciones en apego podrían ser motivadas por los aspectos psicoeducativos de la intervención o por las prácticas presenciales que se han producido. Quizás en esta variable pueda tener incidencia algún tipo de relación vincular que pueda producirse entre instructor y participantes.

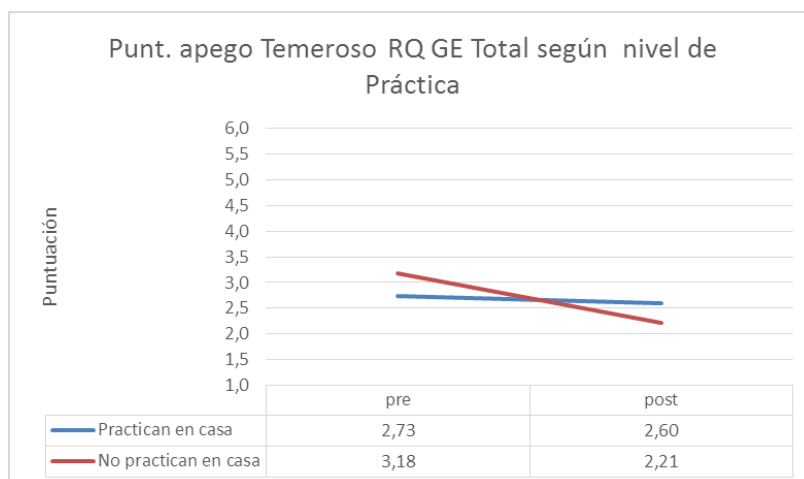
Sí que es perceptible una tendencia a que realicen mayor práctica en casa los que tienen puntuaciones más bajas en apego seguro y modelo de Otros, no es así en modelo de Sí mismo.

En la Figura 146 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en apego Seguro RQ según el nivel de práctica en casa (Ver Tabla 77). Se observa que el grupo que no practica parte de puntuaciones pre superiores y ambos grupos consiguen un incremento post que no resulta significativo.



**Figura 146: Puntuación apego Seguro RQ en GE según nivel de práctica en casa**

En la Figura 147 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en apego Temeroso RQ según el nivel de práctica en casa (ver Tabla 77). Se observa que el grupo que no practica parte de puntuaciones pre superiores y consigue una reducción que resulta

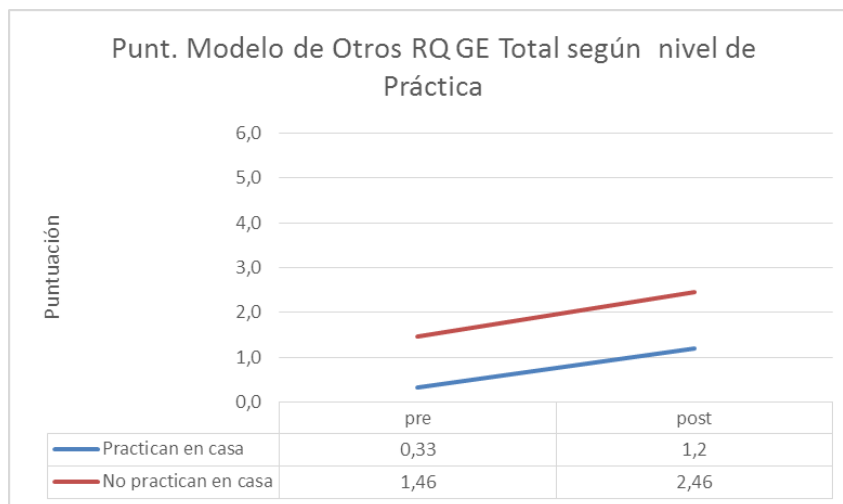


**Figura 147: Puntuación apego Temeroso RQ en GE según nivel de práctica en casa**

## Discusión

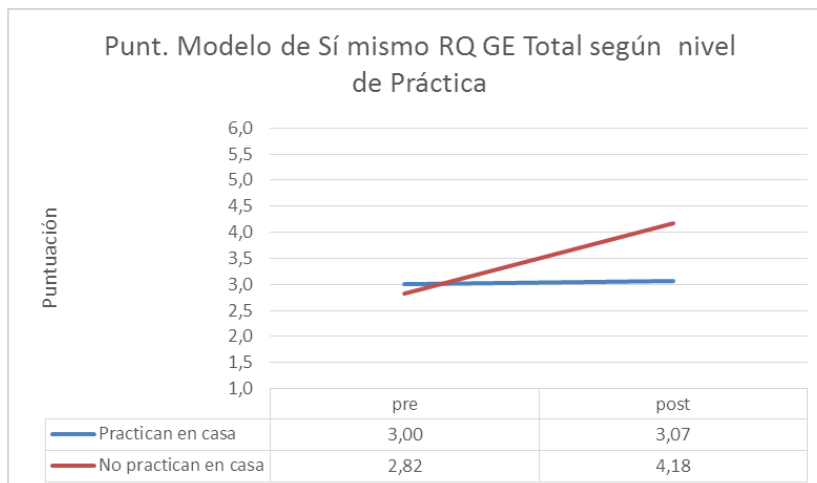
significativa ( $p < 0,001$ ). El grupo que practica apenas reduce su puntuación. El cambio no resulta significativo en ANOVA tiempo x frecuencia de práctica.

En la Figura 148 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en Modelo de Sí mismo RQ según el nivel de práctica en casa (ver Tabla 77). Podemos ver que el grupo que no practica incrementa su puntuación post ( $p < 0,005$ ), mientras que el que practica no consigue incrementar su resultado. El cambio no resulta significativo en ANOVA tiempo



**Figura 148: Puntuación Modelo de Sí mismo RQ en GE según nivel de práctica en casa x frecuencia de práctica.**

En la Figura 149 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en Modelo de Otros RQ según el nivel de práctica en casa (ver Tabla 77). Se observa ver que el grupo que no practica parte de puntuaciones pre superiores y que ambos grupos consiguen incrementar sus puntuaciones de manera no significativa.



**Figura 149: Puntuación Modelo de Otros RQ en GE según nivel de práctica en casa**

**Hipótesis 3.** *Cuanto mayor sea el nivel de práctica realizada, mayores serán las diferencias con respecto a las mediciones basales y al grupo de control.*

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 respecto a las puntuaciones en tipos y modelos de apego, más bien al contrario, ya que las variaciones producidas han sido, en general, superiores en el grupo que menos ha practicado en casa, aunque ningún ANOVA tiempo x frecuencia de práctica ha resultado significativo.

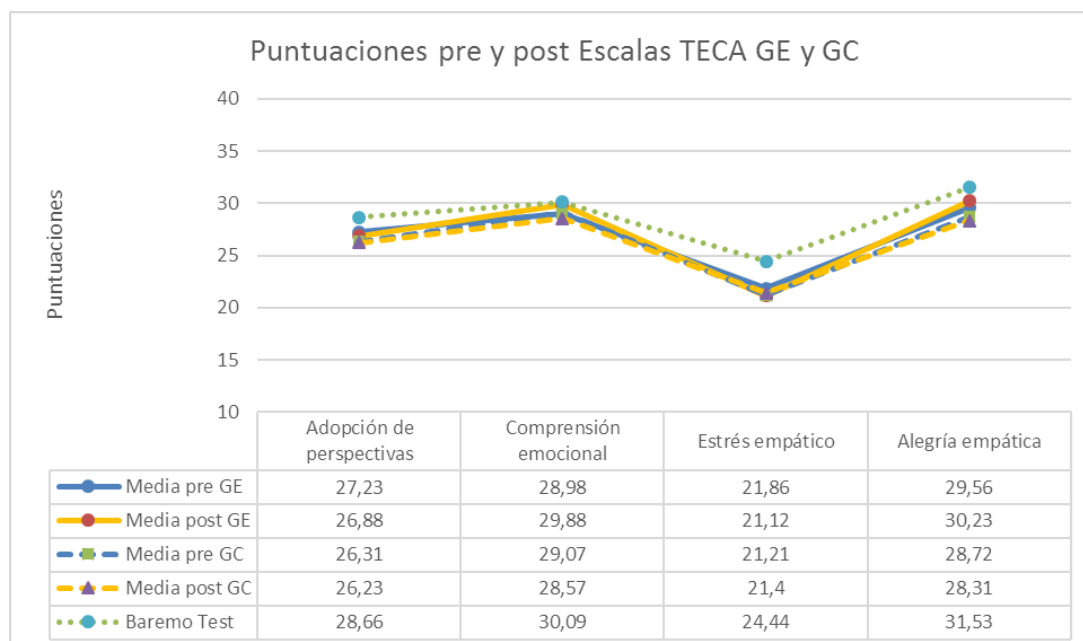
Debido a que no se han localizado estudios en los que se faciliten puntuaciones en apego en función del nivel de práctica, no pueden facilitarse este tipo de comparaciones.

#### **26.4.6. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA**

En el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA no se han obtenido diferencias significativas entre las puntuaciones pre y post del GE en ninguno de los factores (el factor Comprensión Emocional raya la significación con una  $p=0,06$ , aunque con una  $d$  de Cohen pequeña de 0,30 y un porcentaje de cambio de sólo del 3%) ni en la puntuación total (ver Tabla 44). En el Anexo 35 puede verse que no existen diferencias significativas previas entre el GE y el GC y en la Tabla 46 se ha visto que la comparación entre diferencias de puntuaciones pre y puntuaciones post entre el GE y el GC (que miden el tamaño del cambio entre el GE y el GC) señala una diferencia significativa ( $p<0,05$ ) en Comprensión Emocional a favor del GE. Realizado ANOVA tiempo x grupo también se obtiene una diferencia significativa a favor del GE en Comprensión Emocional (ver Tabla 47)

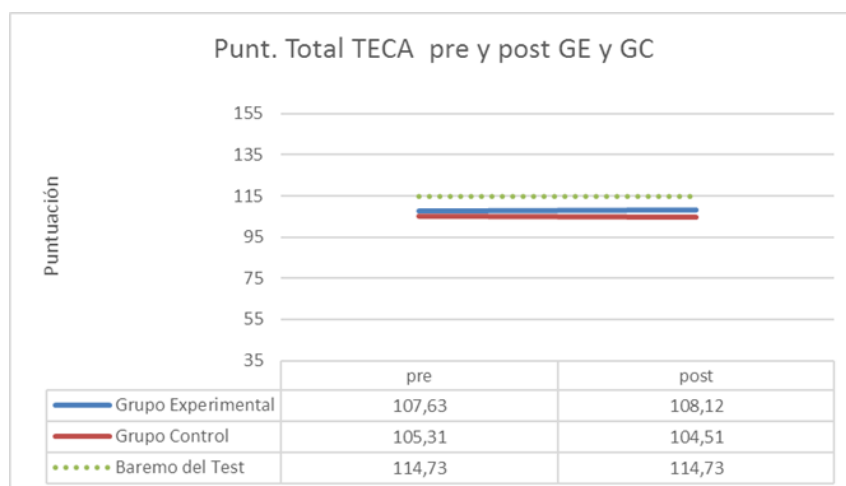
## Discusión

En la Figura 150 se muestran, en líneas continuas, las puntuaciones pre y post de las Escalas de Empatía en el GE y en líneas discontinuas las puntuaciones pre y post del GC. Se incluye la referencia del baremo del Test [154]. Puede verse cómo quedan por debajo de la citada referencia.



**Figura 150: Puntuación pre y post en escalas de Test de Empatía TECA en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control. Incluye referencia de baremo del Test**

En la Figura 151 pueden verse las puntuaciones pre y post de los GE y GC en la Puntuación Total del Test de Empatía TECA. Se incluye la referencia del baremo del Test [154]. Puede verse cómo quedan por debajo de la citada referencia.



**Figura 151: Puntuación pre y post en Puntuación Total de Test de Empatía TECA en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control. Incluye referencia del baremo del Test.**

**Hipótesis 2.5.** *La participación en el Taller incrementará el nivel de empatía con respecto a la medición basal y al grupo de control.*

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 2.5 en relación al incremento del nivel de Empatía, pues no se han incrementado los resultados en ninguno de los factores (el factor Comprensión Empática raya la significación) ni en la puntuación total en el GE con respecto a las mediciones basales. Sí se ha obtenido una diferencia significativa en Comprensión Empática en el GE, en comparación con el GC mediante ANOVA tiempo x grupo.

Considerando que el factor Estrés Empático puede tener connotaciones negativas y que su reducción podría tener un carácter positivo, tampoco se ha producido un decremento significativo de este factor.

En referencia a otros estudios, Shapiro, Schwartz y Bonner [332] encontraron incrementos de empatía al aplicar un programa de mindfulness a estudiantes de medicina, también obtuvieron resultados positivos con médicos Krasner et al. [340] y Martín et al. [344] en España. Sin embargo, Birnie et al. [446], así como Galantino et al. [447] con una muestra de profesionales de la salud no encontraron incrementos en empatía tras la aplicación de un programa de mindfulness. Quizás en esta disparidad de resultados puedan influir, además de diferencias en las intervenciones, el instrumento de medición utilizado, pues en los estudios que obtienen incrementos de empatía la escala más utilizada es la de Jefferson, mientras que los que no obtienen incrementos utilizan el IRI (Interpersonal Reactivity Index) de Davis.

No pueden mostrarse resultados cuantitativos comparativos debido a que en esta investigación se ha usado un instrumento desarrollado en España y diferente del utilizado en otras investigaciones que han estudiado empatía y mindfulness. Debido a posibles discrepancias en resultados en función del instrumento de medición utilizado que se han



## Discusión

comentado en el párrafo anterior, no puede descartarse que con este instrumento puedan darse problemas parecidos.

En las Figuras 150 y 151 se ha visto que los valores obtenidos en esta muestra son bajos en comparación con los del baremo del Test [154]. Podría parecer que los resultados esperados deberían estar por encima de los de la población general, especialmente en los factores relacionados con la empatía cognitiva (Adopción de perspectivas y Comprensión emocional), puesto que es necesario comprender las necesidades del paciente para poder ofrecer una atención de calidad, por lo que en el manual de la prueba se recomienda puntuaciones elevadas para profesiones médicas.

Por otro lado, la mayor diferencia con el baremo del Test se da en el factor estrés empático, por lo que puede suponerse que los participantes de la presente investigación tienen menos problemas que la población general con este factor. El Manual de la prueba [154] indica que, en el ámbito psicoterapéutico y asistencial, dónde la implicación emocional con el paciente debe ser baja, posiblemente sea más adecuada una puntuación baja en estrés empático, pues impediría una implicación excesiva en los problemas y circunstancias del paciente, facilitaría la objetividad del profesional y no interferiría en el ajuste emocional de este, y por tanto, en su salud psicológica. Si se comparan estos resultados con la investigación de Esquerda et al. [361] también con una muestra, en este caso mayor (n=173), de estudiantes de medicina de la misma universidad, los resultados son inferiores en los 3 factores Adopción de perspectivas, Comprensión emocional y Alegría empática.

En el estudio de Esquerda et al. se obtiene que la empatía se incrementa al ir avanzando en edad y curso, debido al incremento que se produce en el factor estrés empático. Si tenemos en cuenta que diferentes estudios, como el de Thomas et al. [448] encuentran relación entre bajos niveles de empatía en estudiantes de medicina y diferentes

indicadores de distrés, tanto personal como profesional (burnout, depresión...), nuestros resultados podrían indicar una posible problemática en este sentido, como efectivamente se comprueba en la sintomatología pre intervención. Tras la intervención se produce una mejora en la sintomatología que no viene acompañada por una mejora en los niveles de empatía.

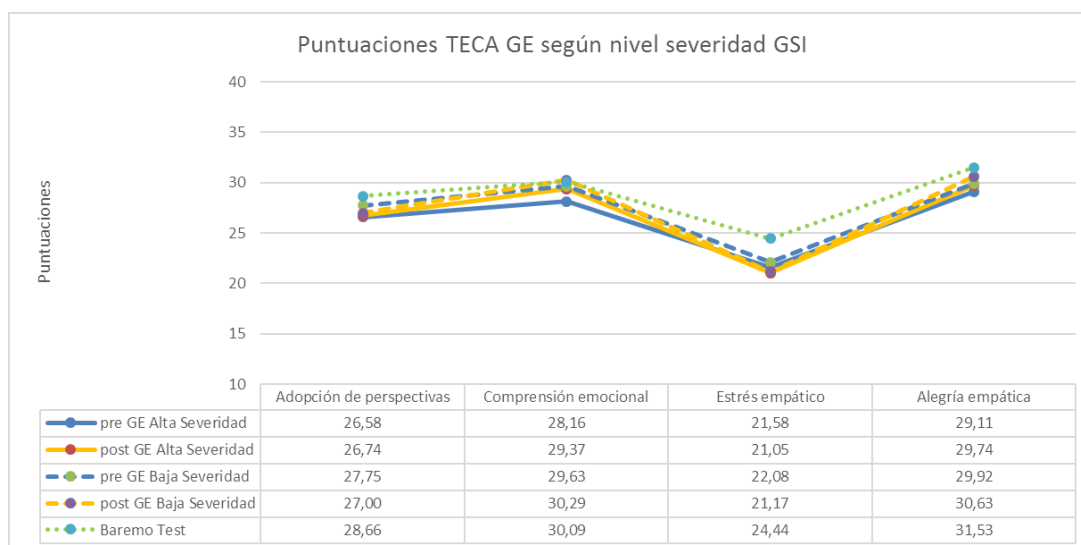
Estos resultados también podrían interpretarse en el sentido de confirmar las diferencias entre empatía y compasión que defienden diferentes autores [158, 159], incluso a nivel neuronal, pues con la intervención se producen algunas mejoras en autocompasión pero no en empatía. Estos resultados parecen contradictorios con las teorías que afirman que la empatía sería un prerrequisito para la compasión, pues parece que puede desarrollarse la compasión, al menos la autocompasión, sin que se modifique la empatía, bien es verdad que se está asumiendo una identidad entre compasión y autocompasión que no resulta adecuada.

El hecho de que existan variables que no se modifiquen con la intervención puede interpretarse como evidencia de que no se está produciendo un efecto placebo importante, pues si existiera parece que tendría que ser general. Además, las preguntas en este cuestionario no miden ningún efecto difícil de detectar por parte de los participantes por lo que podría haber quedado influido por las características de la demanda y no ha sido así. Este resultado puede aportar evidencia de que los efectos de las características de la demanda son limitados.

### 26.4.6.1. Empatía según nivel de severidad de los síntomas en Índice de Severidad Global GSI de SCL-90-R

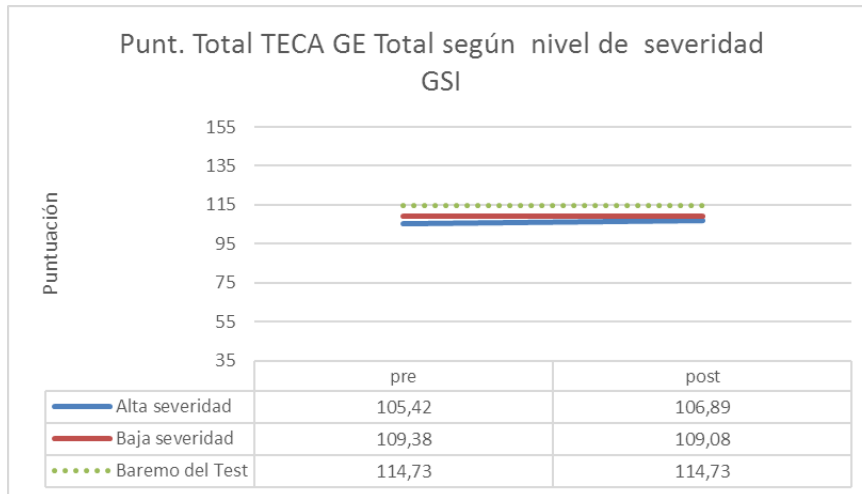
En las Tablas 78 y 79 se muestran las puntuaciones pre y post del GE y GC en las Escalas de Empatía TECA separadas según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI del SCL-90-R  $\geq 0,94$ ). No existe ninguna diferencia significativa.

En la Figura 152 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en las Escalas de Empatía TECA separadas según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI del SCL-90-R  $\geq 0,94$ ). Se incluye baremo del test. Puede verse la poca diferencia que se da en y entre ambos grupos. Se da un pequeño incremento en Comprensión Emocional en el grupo de alta severidad y un pequeño incremento en Alegría Empática en el grupo de baja severidad que resulta significativo según ANOVA tiempo x grupo.



**Figura 152: Puntuaciones pre y post GE en Escalas de Empatía TECA según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ ). Se incluye baremo del Test.**

En la Figura 153 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en el Total de TECA separadas según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI del SCL-90-R  $\geq 0,94$ ). Se incluye baremo del Test. Puede verse una pequeña menor puntuación pre en los casos de mayor severidad.



**Figura 153: Puntuaciones pre y post GE en Total Test de Empatía TECA según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ ). Se incluye baremo del Test**

### 26.4.6.2. Empatía en función del sexo

En la Tabla 80 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE y el GC en las escalas y Total del TECA obtenidas por los hombres y en la Tabla 81 pueden verse los mismos datos referidos a las mujeres. Los únicos resultados significativos los obtienen las mujeres en la escala Compresión emocional que se incrementa en el GE ( $p < 0,01$ ) y disminuye en el GC ( $p < 0,05$ ).

Realizado ANOVA tiempo x grupo, los únicos cambios significativos se dan en Estrés empático en Hombres ( $F(1,32) = 5,569$ ;  $p = 0,025$ ) y en Compresión emocional en Mujeres ( $F(1,82) = 9,756$ ;  $p = 0,002$ ).

Las mujeres tras la intervención continúan mostrando niveles de empatía inferiores a los del baremo de test para mujeres que ya se vieron en las Figuras 45 y 46.

### 26.4.6.3. Empatía en función del nivel de práctica

En la Tabla 82 de Resultados pueden verse los cambios en la puntuación de las Escalas de Empatía TECA según el nivel de práctica en casa. Pueden verse pequeñas

## Discusión

diferencias entre ellos, el grupo que practica parte de niveles de Estrés empático más altos que el que no practica; el grupo que no practica disminuye en su puntuación post en Adopción de perspectiva ( $p < 0,05$ ) e incrementa la puntuación en Comprensión emocional ( $p < 0,05$ ). En esta Tabla 82 también puede verse un pequeño incremento en la puntuación Total del TECA en el grupo que practica. En ANOVA tiempo x frecuencia de práctica, el único cambio significativo se produce en Adopción de perspectivas a favor de los participantes de mayor nivel de práctica.

**Hipótesis 3.** *Cuanto mayor sea el nivel de práctica realizada, mayores serán las diferencias con respecto a las mediciones basales y al grupo de control.*

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 con respecto a las puntuaciones basales en factores y puntuación total de empatía. En ANOVA tiempo x frecuencia de práctica se han encontrado resultados en Adopción de perspectivas.

Debido a que no se han localizado estudios en los que se faciliten puntuaciones en empatía en función del nivel de práctica realizados con el instrumento utilizado, no pueden facilitarse este tipo de comparaciones.

### **26.4.7. Cuestionario de Burnout académico MBI-SS**

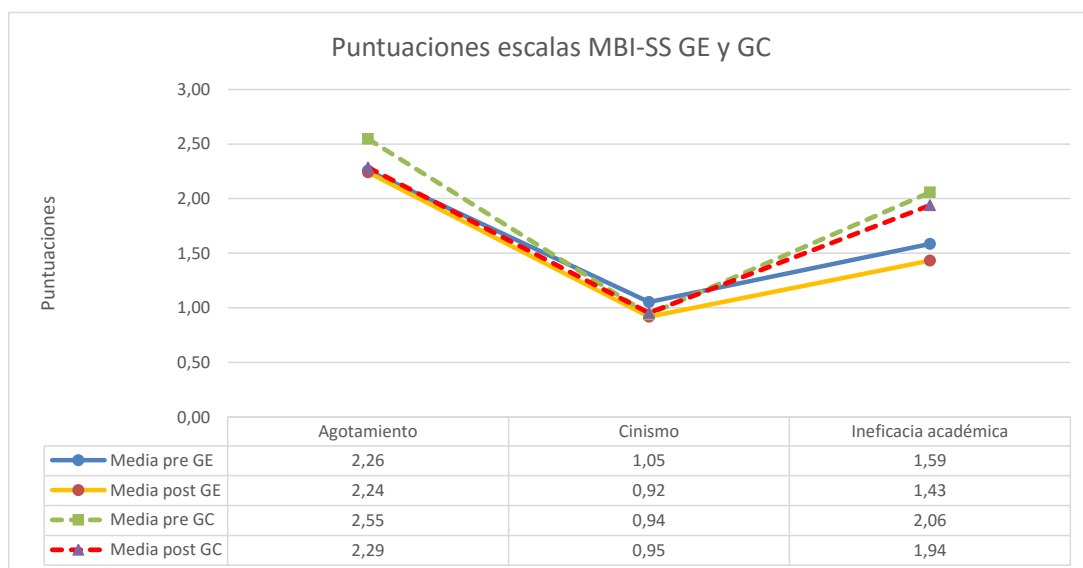
En el Cuestionario de Burnout académico MBI-SS se han obtenido diferencias significativas entre las puntuaciones pre y post del GE (ver Tabla 44) en el factor Eficacia académica (su puntuación invertida corresponde a Ineficacia Académica), que incrementa su puntuación ( $p < 0,005$ ). En el Anexo 35 puede verse que existen diferencias significativas previas entre el GE y el GC precisamente en este factor en el que el GE

obtiene una puntuación superior ( $p < 0,005$ ), por lo que es más difícil que se dé un incremento adicional en dicho GE al ser contrario al efecto de regresión a la media.

En el GC también se obtiene una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) en el factor Agotamiento, que disminuye su valor (ver Tabla 45). Esta variación sí que puede ser debida a regresión a la media al presentar el GC pre una puntuación superior al GE.

En las figuras que se muestran sobre los resultados del Cuestionario de Burnout académico MBI-SS se invierten las puntuaciones del factor Eficacia académica y se convierten en Ineficacia académica, para que visualmente, una disminución de las puntuaciones suponga una mejora y todas tengan un mismo sentido.

En la Figura 154 se muestran, en líneas continuas, las puntuaciones pre y post del GE y en líneas discontinuas las puntuaciones pre y post del GC. En la Tabla 46 se ha visto que la comparación entre diferencias de puntuaciones pre y puntuaciones post entre el GE y el GC (que miden el tamaño del cambio entre el GE y el GC) no señala diferencias significativas. Realizado ANOVA tiempo x grupo no se encuentran diferencias significativas (ver Tabla 47). En esta la Figura 149 pueden verse en el GC las mayores puntuaciones pre en Agotamiento y en Ineficacia, así como la mejora en Agotamiento.

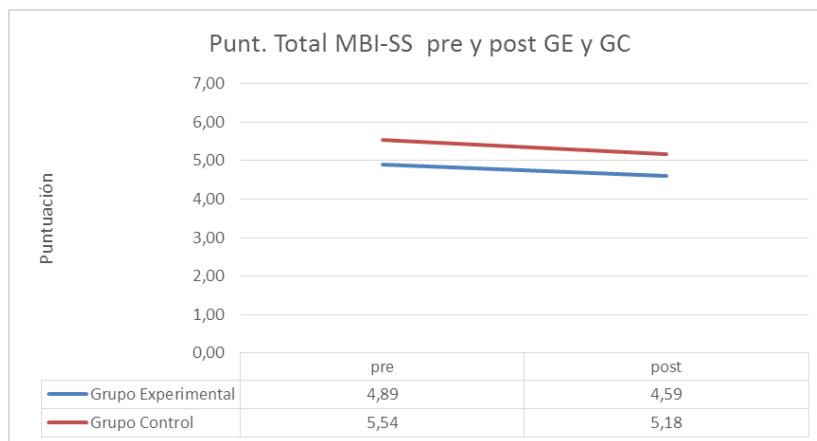


**Figura 154: Puntuación pre y post en escalas de Burnout MBI-SS en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control**

## Discusión

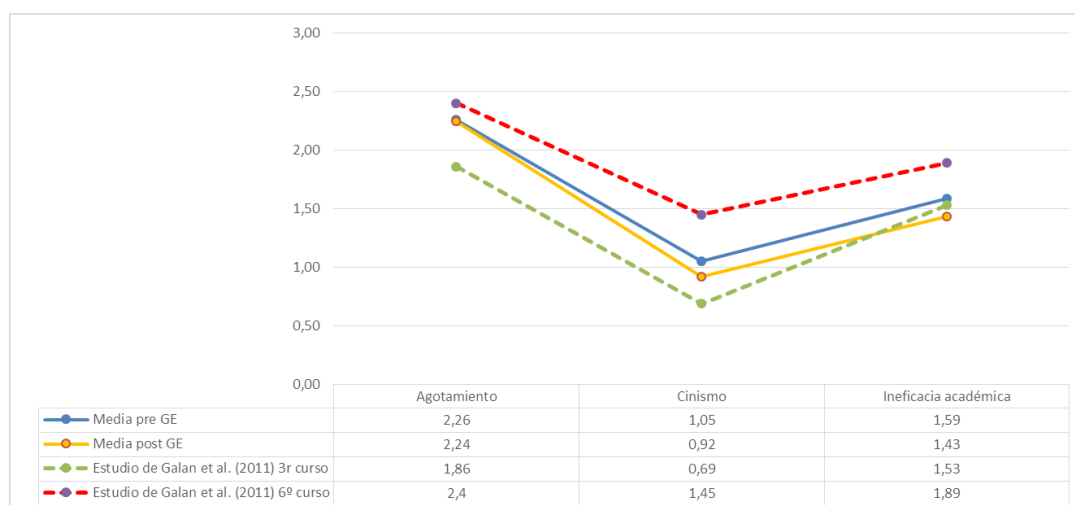
En el GE se observa la mejora en Ineficacia, pese a partir ya de una mejor situación que el GC, y una pequeña mejora en Cinismo.

En la Figura 155 pueden verse las puntuaciones pre y post de los GE y GC en la Puntuación Total del Cuestionario de Burnout MBI-SS. Pueden verse los menores niveles de partida del GE frente al GE y su parecida evolución. Ninguna diferencia en la puntuación total resulta significativa (ver Tablas, 44, 45, 46 y 47).



**Figura 155: Puntuación pre y post en Puntuación Total de Burnout MBI-SS en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control**

Para tener una buena referencia de estas puntuaciones, se comparan con las obtenidas por Galán et al. [181] con una muestra de 270 estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina de Sevilla y separadas para estudiantes de 3r curso y 6º curso. En dicho estudio, a medida que se progresa en la carrera aumenta el burnout y las



**Figura 156: Puntuaciones pre y post GE en factores Burnout Académico MBI-SS en comparación con estudio de Galan et al. (2011)**

puntuaciones de alumnos de 6º curso son superiores a los de 3º. En la Figura 156 pueden verse comparadas con estas puntuaciones las del GE pre y post. Puede verse que las puntuaciones del GE están más cerca de las de los alumnos de 6º curso del estudio de Galán et al. en el factor Agotamiento, más cerca de las de los alumnos de 3r curso del estudio de Galán et al. en el factor Cinismo y a nivel de los alumnos de 3r curso de dicho estudio en el factor Ineficacia Académica, incluso las puntuaciones post las mejoran. Si tenemos en cuenta que el promedio de curso que realizan del GE es de 2,86 (DT=1,01) y debería estar más cerca de los resultados de los alumnos de 3r curso del estudio de Galán et al., podemos decir que superan a su curso de referencia en Agotamiento y Cinismo y están a su nivel en Ineficacia Académica.

En la Figura 157 pueden verse comparadas las puntuaciones del estudio de Galán et al. con las del GC pre y post. Puede verse que las puntuaciones pre del GC superan las de los alumnos de 6º curso del estudio de Galán et al. en el factor Agotamiento, están más cerca de las de los alumnos de 3r curso del estudio de Galán et al. en el factor Cinismo (de forma similar a las del GE) y superan las de los alumnos de 5º curso de dicho estudio en el factor Ineficacia Académica. Si tenemos en cuenta que el promedio de curso que realizan del GC es de 2,04 (DT=0,20), inferior al del GE y debería estar más cerca de los resultados de los alumnos de 3r curso del estudio de Galán et al., podemos decir que están



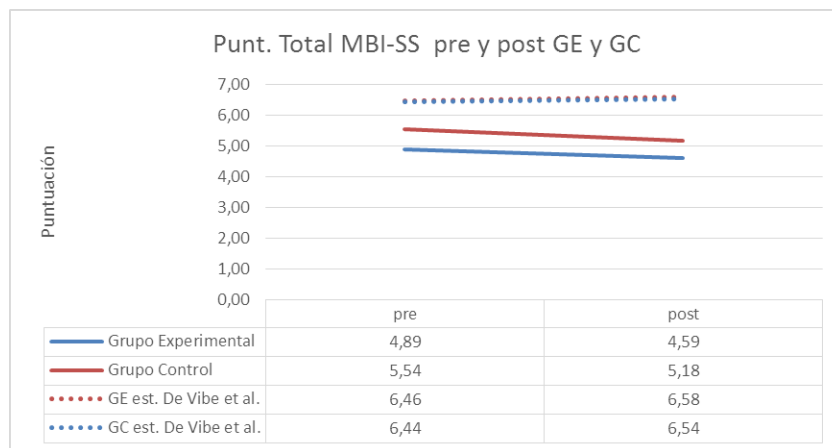
**Figura 157: Puntuaciones pre y post GC en factores Burnout Académico MBI-SS en comparación con estudio de Galan et al. (2011)**



## Discusión

a niveles de los alumnos de 5° curso del estudio de Galán et al. en Agotamiento e Ineficacia Académica y están entre los niveles e ambos cursos en Cinismo.

Otra referencia la puede proporcionar el estudio de De Vibe et al. [330] con una muestra de estudiantes de medicina y psicología suecos y noruegos a los que se aplicó un programa de mindfulness. En la Figura 158 pueden verse comparadas los resultados del GE y GC del citado estudio (líneas de puntos) con los GE y GC de la presente investigación, pueden verse las mayores puntuaciones de burnout en el estudio de De Vibe et al. que no obtuvo mejora tras la intervención, se solapan los puntos del GE y el GC.

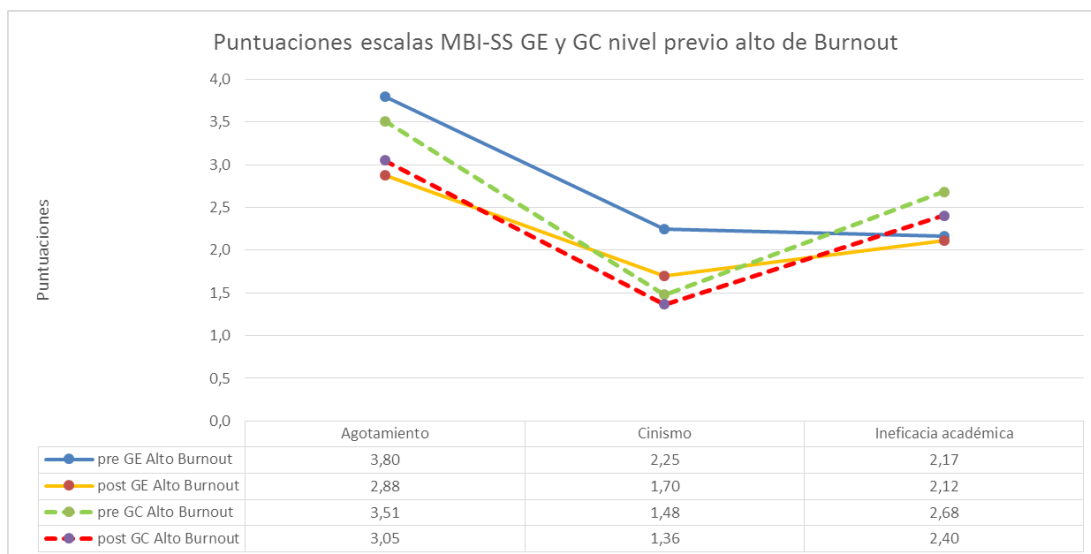


**Figura 158: Puntuación pre y post en Puntuación Total de Burnout MBI-SS en GE y GC comparadas con GE y GC del estudio de De Vibe et al. (2013)**

### 26.4.7.1. Burnout según nivel de Burnout previo

Debido a que en la hipótesis que se ha formulado sobre burnout debe contrastarse si este ha descendido en caso de que exista previamente, se han calculado los resultados en función del nivel de Burnout previo (ver apartado 25.4.7.1 y Tablas 83 y 84) para el GE y el GC.

En la Figura 159 pueden verse los resultados en el GE y GC para los participantes con alto Burnout previo (puntuación pre Total  $\geq 5,74$ ). Se observa la puntuación pre más elevadas en Agotamiento del GE y como descende por debajo del GC en el post (las diferencias son significativas tanto en el GE  $-p<0,002-$  como en el GC  $-p<0,005-$ ). En cinismo el GE obtiene puntuaciones más elevadas en el pre y una reducción no significativa. En Ineficacia es el GC el que obtiene puntuaciones más elevadas y una reducción significativa ( $p<0,05$ ). Estos efectos, tanto en el GE como en el GC podrían deberse al fenómeno de regresión a la media en los valores elevados (estamos analizando el grupo de alto burnout previo), parece evidente en los descensos del GE y GC en Agotamiento, podría explicar el descenso de Cinismo del GE que parte de puntuaciones pre más elevadas que el GC, e incluso el descenso de Ineficacia Académica en el GC por el mismo motivo. Realizado ANOVA tiempo x grupo ningún efecto resulta significativo.

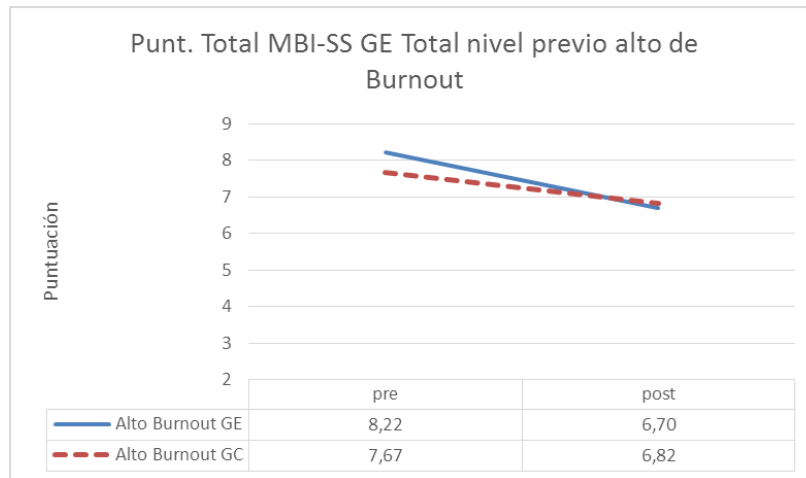


**Figura 159: Puntuación pre y post escalas de Burnout MBI-SS en GE y GC para los participantes con nivel elevado de Burnout previo (puntuación Total pre  $\geq 5,74$ )**

En la Figura 160 se muestra las puntuaciones pre y post Totales en MBI-SS para el GE y el GC en los participantes con alto Burnout previo (puntuación pre Total  $\geq 5,74$ ). Puede verse cómo el GE parte de una puntuación pre superior y descende en el post por debajo del GC. Las diferencias son significativas, tanto en el GE ( $p<0,05$ ) y en el GC ( $p<0,005$ ). Debido a los descensos en el GE y el GC, puede ser que también estén

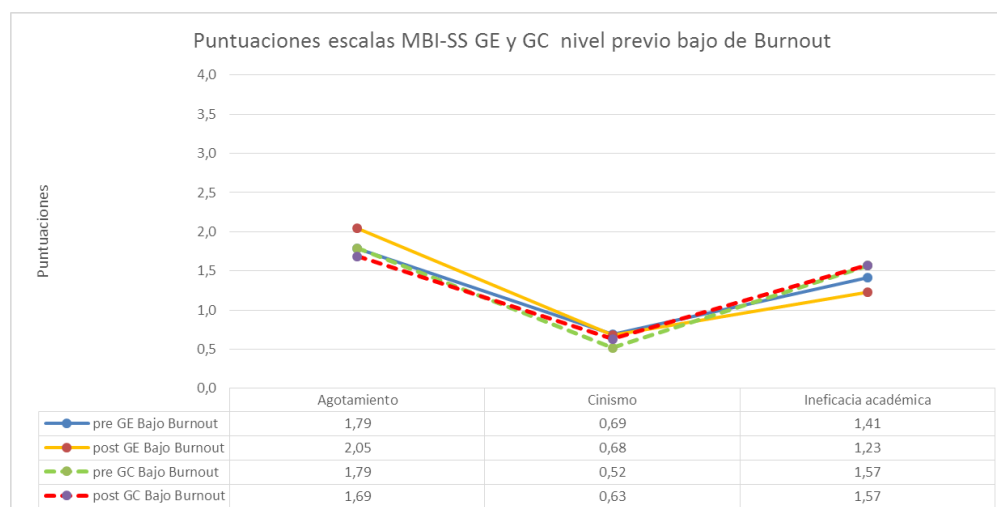
## Discusión

afectados estos resultados por el fenómeno de regresión a la media. Realizado ANOVA tiempo x grupo ninguna diferencia resulta significativa.



**Figura 160: Puntuación pre y post Total Burnout MBI-SS en GE y GC para los participantes con nivel elevado de Burnout previo (puntuación Total pre  $\geq 5,74$ )**

En la Figura 161 pueden verse los resultados en el GE y GC para los participantes con bajo Burnout previo (puntuación pre Total  $< 5,74$ ). Pueden observarse la menor magnitud de las diferencias inter e intra grupos. En el GE se produce un incremento en Agotamiento ( $p < 0,05$ ), que también podría ser debido a un efecto, aquí en sentido contrario, de regresión a la media puesto que estamos en el grupo de puntuaciones previas bajas y una disminución en Ineficacia ( $p < 0,05$ ). En el GC no se producen cambios significativos. Realizado ANOVA tiempo x grupo ningún efecto resulta significativo

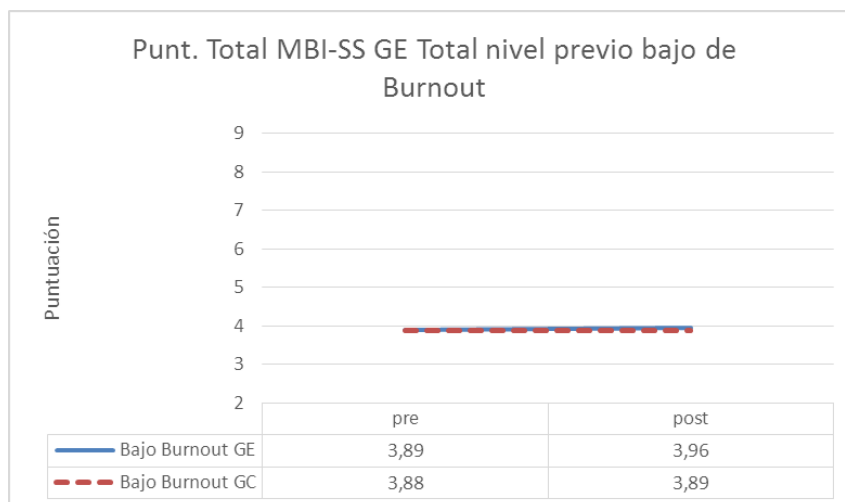


**Figura 161: Puntuación pre y post escalas de Burnout MBI-SS en GE y GC para los participantes con nivel bajo de Burnout previo (puntuación Total pre  $< 5,74$ )**

En la Figura 162 se muestra la puntuación pre y post Total en MBI-SS para el GE y el GC para los participantes con bajo Burnout previo (puntuación pre Total < 5,74). Puede verse la práctica coincidencia de las puntuaciones pre y post en ambos grupos sin que existan diferencias significativas. Realizado ANOVA tiempo x grupo ningún efecto resulta significativo

**Hipótesis 1.4.** *Si existe burnout, la participación en el Taller hará que disminuya respecto a la medición basal y al grupo de control.*

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 1.4 en relación a la disminución del nivel de Burnout tras la intervención en los participantes con altas puntuaciones previas. Aunque se producen cambios en el GE en el grupo de altas puntuaciones previas, el hecho de que se produzcan cambios también en el GC hace pensar que los mismos sean debidos al fenómeno de regresión a la media, o al



**Figura 162:** Puntuación pre y post Total Burnout MBI-SS en GE y GC para los participantes con nivel bajo de Burnout previo (puntuación Total pre < 5,74)

menos, no parece prudente atribuirlos al efecto del tratamiento, a pesar de que sean de mayor magnitud que los producidos en el GC en algunos factores y en la puntuación total.

En el GE completo, sin separarlo según su nivel previo de burnout, se ha obtenido en el GE una mejora significativa en Eficacia Académica en comparación con las puntuaciones basales, a pesar de partir de puntuaciones superiores al GC, aunque no ha

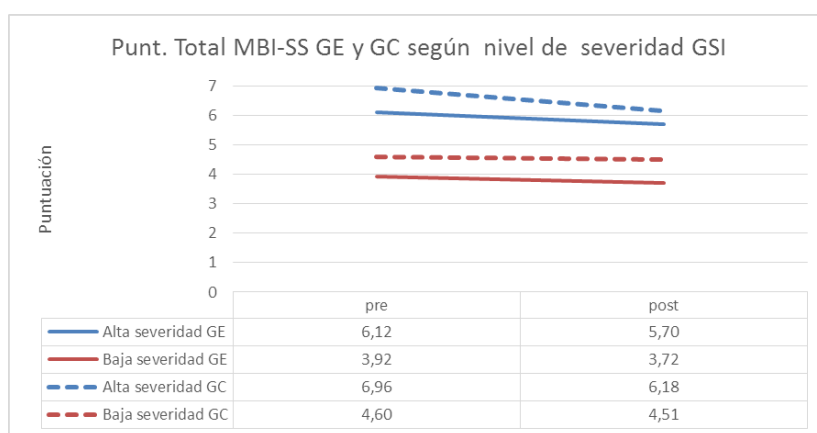
## Discusión

resultado significativo el ANOVA tiempo x grupo. El hecho de que se haya producido también una mejora en el GC en el Factor Agotamiento, aunque partía de puntuaciones superiores al GE y ha podido influir la regresión a la media, hace que deban tomarse estos resultados con prudencia. No se han encontrado diferencias en el GE en la puntuación total.

En la literatura, se han encontrado varios estudios con médicos y profesionales de la salud en los que se documentan descensos de Burnout, medido con el MBI (no con la versión para estudiantes MBI-SS que se ha utilizado en esta investigación), entre ellos el de Martin et al. [344] con profesionales de atención primaria realizado en España y en el que se encontraron mejoras en los 3 factores y en la puntuación total mantenidos en el tiempo, el de Fortney et al. [342] con médicos de atención primaria en la que también se notifican mejoras en los 3 factores y el de Shapiro et al. [84] con profesionales de la salud en el que se obtienen mejoras en la puntuación total del MBI. Sin embargo, en el único estudio localizado de aplicación de mindfulness en estudiantes de medicina y de psicología realizado por De Vibe et al. [330] y en el que además se utilizó el mismo instrumento utilizado en la presente investigación (el MBI-SS) no se encontraron resultados significativos (se facilita medida total, no por factores), en coincidencia con los resultados de la presente investigación con respecto al burnout. Puede ser que el estudio del burnout en profesionales no sea equiparable al realizado con estudiantes o que hayan podido influir otros factores (nivel de burnout previo, efectos del instrumento utilizado, etc.). Sería interesante, en investigaciones futuras medir el Engagement [177] formulado como opuesto al Burnout y sus factores (Dedicación, Absorción y Vigor) centrados en aspectos positivos.

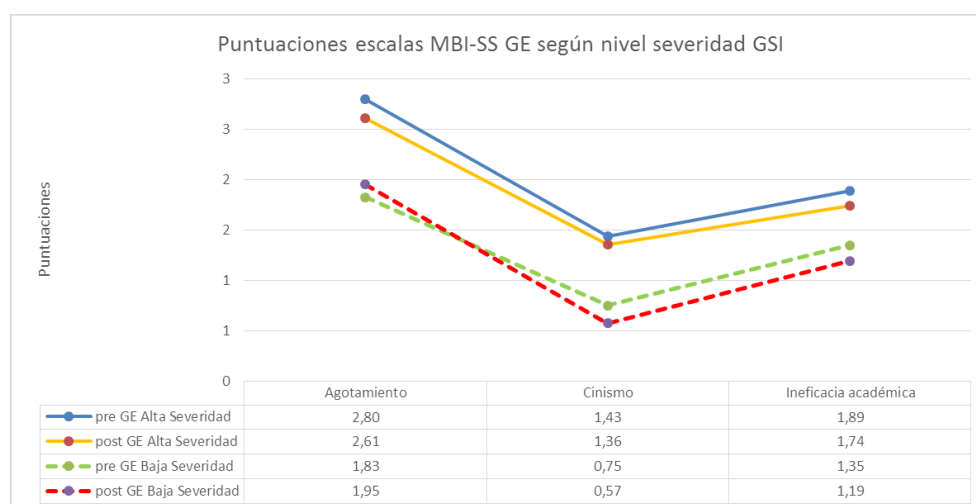
### 26.4.7.2. Burnout según nivel de severidad de los síntomas en Índice de Severidad Global GSI de SCL-90-R

En la Figura 163 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en las Escalas de Burnout MBI-SS separadas según nivel de severidad de síntomas (ver Tabla 85). Puede verse la poca diferencia que se da en las puntuaciones pre y post de cada grupo y el mayor nivel de las 3 escalas en el grupo de mayor severidad. No se obtiene ninguna diferencia significativa en el ANOVA tiempo x grupo.



**Figura 163: Puntuaciones pre y post GE en Escalas de Burnout académico MBI-SS según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$  o  $< 0,94$ )**

En la Figura 164 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE y GC en el Total de MBI-SS separadas según nivel de severidad de síntomas (ver Tablas 85 y 86). Se observa la diferencia entre las puntuaciones de ambos grupos (mayor nivel de burnout



**Figura 164: Puntuaciones pre y post GE en Total Cuestionario de Burnout académico MBI-SS según nivel de severidad de síntomas (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$  o  $< 0,94$ )**

## Discusión

académico en el grupo de alta severidad de síntomas), tanto en el GE como en el GC, y los mayores niveles de ambos grupos en el GC comparado con el GE. En las Tabla 86 y 87 de Resultados puede verse que resulta significativo el descenso en el grupo de alta sintomatología del GC, posiblemente debidas al fenómeno de regresión a la media motivado por las altas puntuaciones de las que parte. No se obtiene ninguna diferencia significativa en el ANOVA tiempo x grupo.

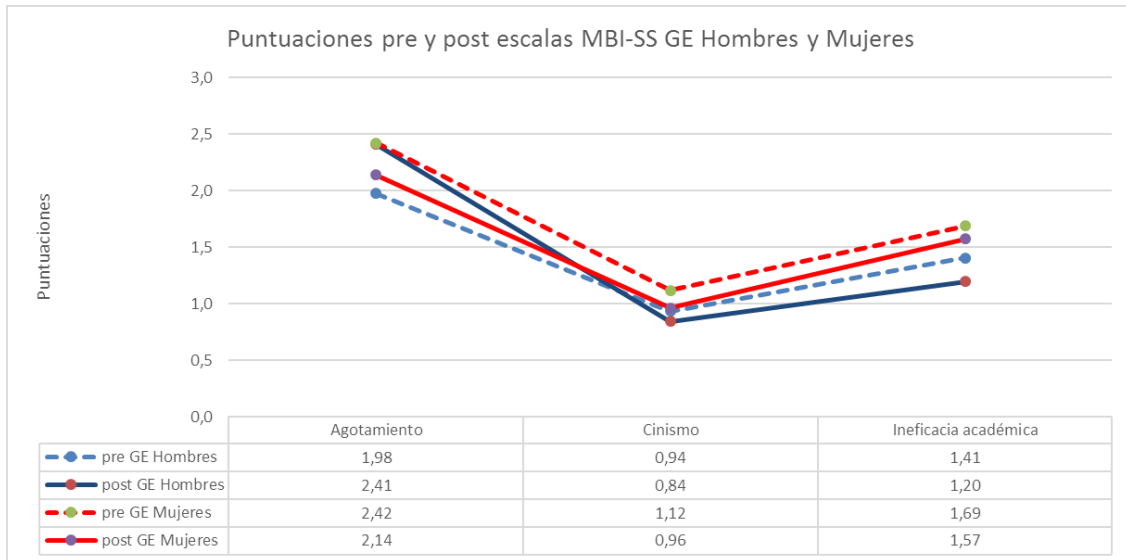
Puede verse que a alta sintomatología corresponden altos niveles de burnout y que a baja sintomatología corresponden niveles menores, tanto en GE como en GC.

Resulta de interés constatar que, en el GE, no se produce decremento de Burnout en el grupo de alta sintomatología, a pesar de que sí desciende significativamente la sintomatología, como se ha visto en la discusión de los resultados del SCL-90-R, a pesar de la relación observada entre alta sintomatología y alto burnout.

### **26.4.7.3. Burnout en función del sexo**

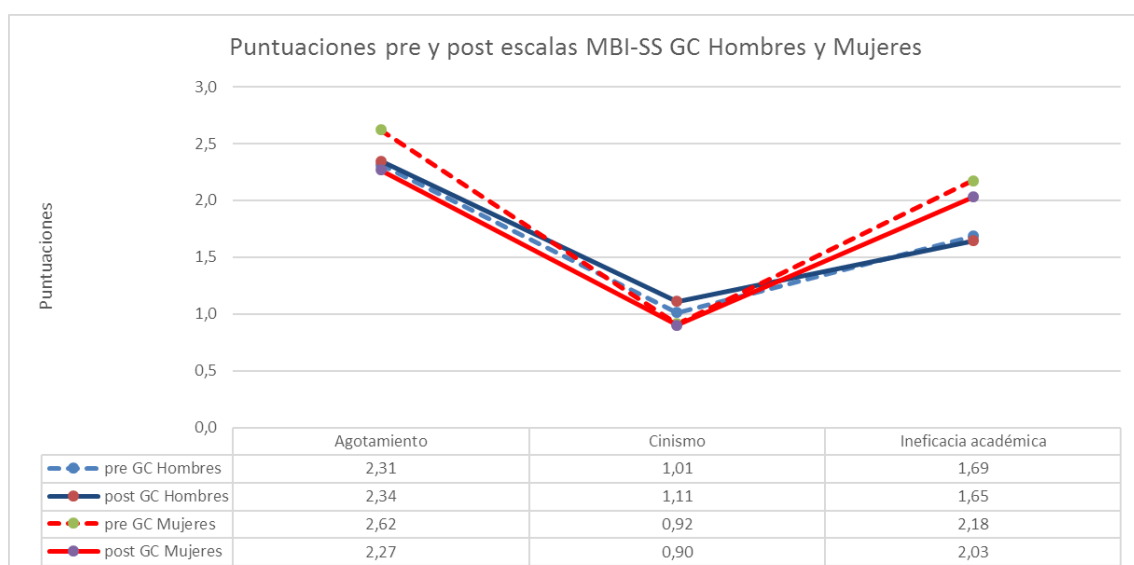
En las Tablas 87 y 88 se han mostrado las puntuaciones pre y post del GE y el GC en las escalas y Total del MBI-SS separadas por sexo de los participantes, los únicos resultados significativos los obtienen las mujeres en la puntuación Total que disminuye en el GE ( $p < 0,05$ ) y en el GC en la Escala Agotamiento ( $p < 0,01$ ) y puntuación Total que también disminuyen en el GC ( $p < 0,05$ ). Realizado ANOVA tiempo x grupo no se obtienen diferencias significativas ni entre los participantes Hombres ni entre las participantes Mujeres.

En la Figura 165 pueden verse los resultados pre y post en las escalas de Burnout MBI-SS del GE en función del sexo. Pueden verse el decremento de las 3 escalas en mujeres y el incremento en Agotamiento en Hombres.



**Figura 165: Puntuación escalas de Burnout MBI-SS GE en función del sexo**

En la Figura 166 pueden verse los resultados pre y post en las escalas de Burnout MBI-SS del GC en función del sexo. Pueden verse los pocos cambios entre pre y post en hombres y el decremento en Agotamiento en mujeres ( $p < 0,01$ ).

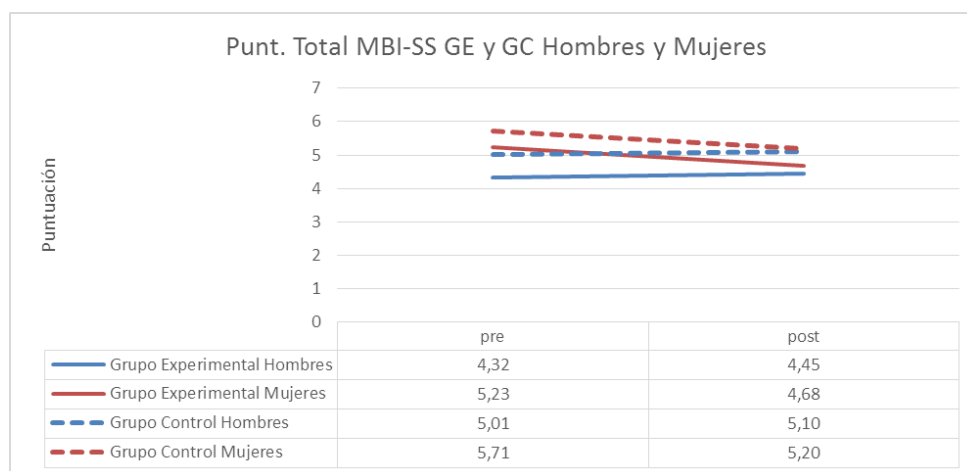


**Figura 166: Puntuación escalas de Burnout MBI-SS GC en función del sexo**



## Discusión

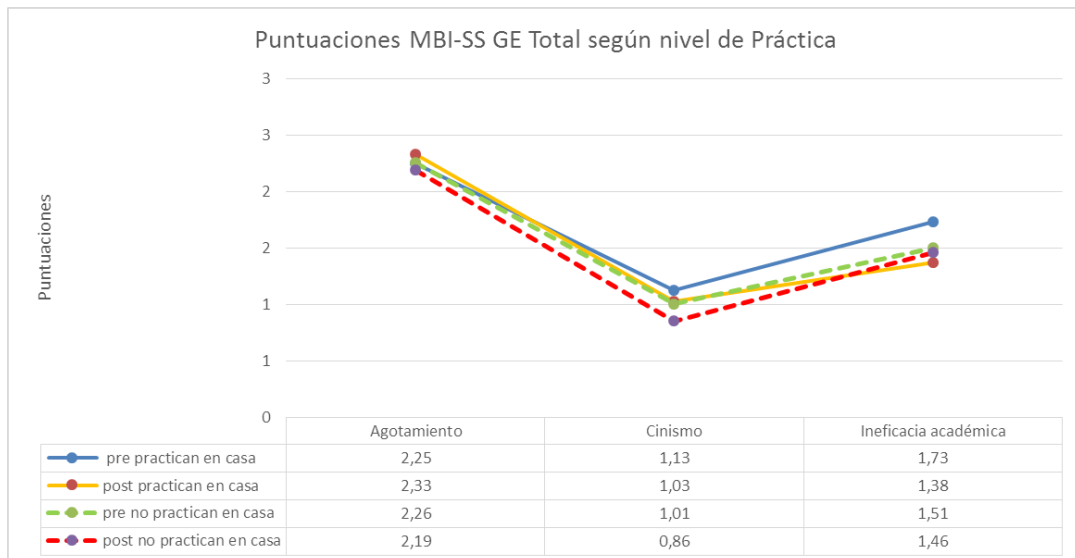
En la Figura 167 pueden verse los resultados pre y post en el Total del MBI-SS para el GE y GC en función del sexo. Puede observarse la ausencia de cambios entre pre y post en GE y GC en hombres y la mejora en GE y GC en mujeres ( $p < 0,05$ ). Las mujeres parten de puntuaciones superiores a los hombres en ambos grupos y en el post alcanzan puntuaciones muy parecidas a los hombres. Ya se ha comentado que en ANOVA tiempo x grupo no se obtiene ninguna diferencia significativa.



**Figura 167: Puntuación Total Cuestionario de Burnout MBI-SS en GE y GC en función del sexo**

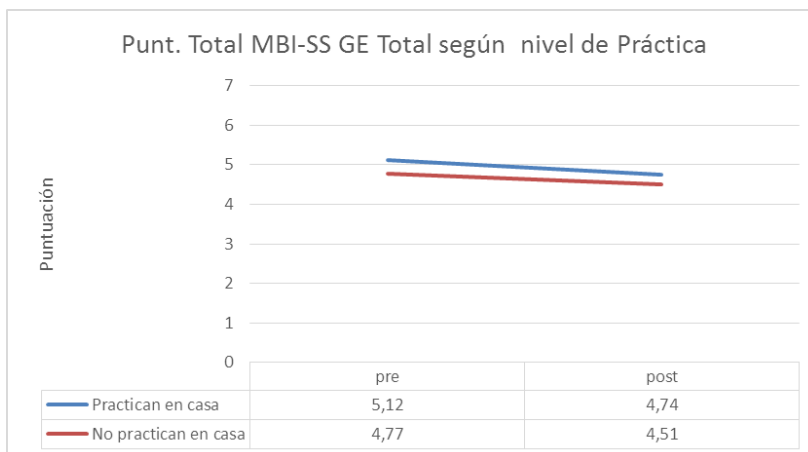
### 26.4.7.4. Burnout en función del nivel de práctica

En la Figura 168 pueden verse los cambios en la puntuación de las Escalas de Burnout académico MBI-SS según el nivel de práctica en casa (ver Tabla 89). Pueden verse que el grupo que practica parte de niveles de Ineficacia académica mayores y logra reducirlos de forma significativa ( $p < 0,05$ ). Realizada ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no se obtienen diferencias significativas, aunque en el factor Ineficacia se bordea la significación ( $F(1, 41) = 3,55$ ;  $p = 0,067$ ).



**Figura 168: Puntuación pre y post en Escalas de Burnout académico MBI-SS en GE según nivel de práctica en casa**

En la Figura 169 se muestra la puntuación Total del MBI-SS pre y post del GE, separada entre los que practican en casa y los que no practican. No existen diferencias significativas, el grupo que practica parte de niveles superiores, como viene ocurriendo en diferentes variables en las que un mayor grado de inadecuación parece fomentar la motivación para realizar las prácticas en casa.



**Figura 169: Puntuación pre y post en Total Cuestionario de Burnout MBI-SS en GE según nivel de práctica en casa**

**Hipótesis 3.** *Cuanto mayor sea el nivel de práctica realizada, mayores serán las diferencias con respecto a las mediciones basales y al grupo de control.*

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 respecto a la puntuación total de burnout. Es probable que en la mejora

## Discusión

encontrada en el GE en el factor Eficacia Académica influya el mayor nivel de práctica en casa.

Debido a que no se han localizado estudios en los que se faciliten puntuaciones de burnout en función del nivel de práctica, no pueden facilitarse este tipo de comparaciones.

### **26.4.8. Ten-item personality inventory TIPI**

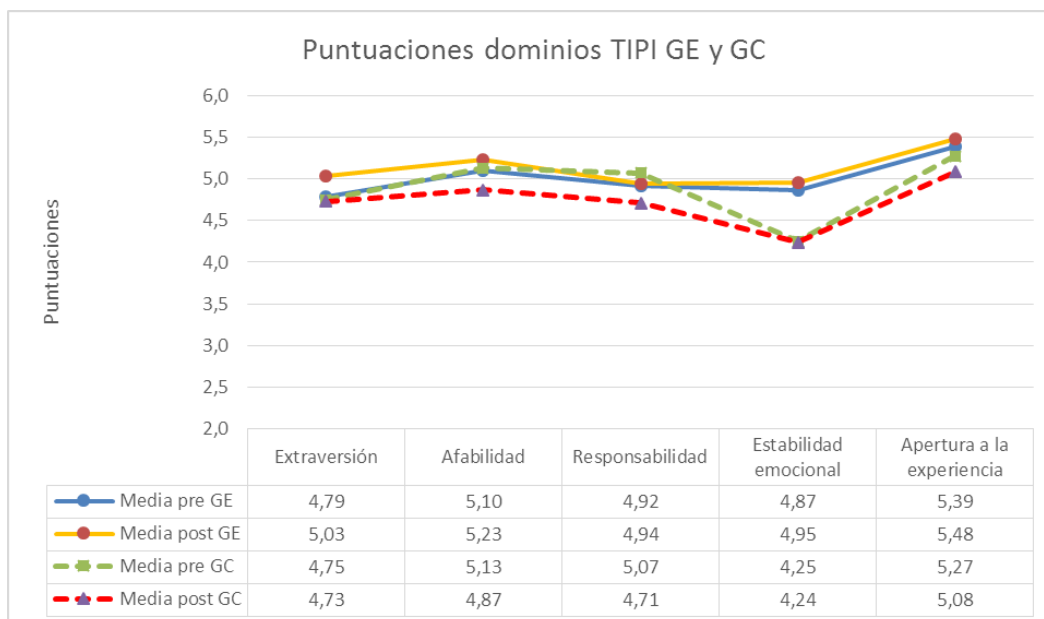
El propósito de utilizar un test de personalidad en esta investigación es comprobar si se dan diferencias en efectividad de una intervención de mindfulness en función de algunas características de personalidad (entendida como variable moderadora), como señalan algunos estudios [182, 183]. Estas hipótesis se han discutido en los apartados anteriores cuando se han comparado los resultados de la intervención en las variables de estrés y sintomatología en función de las características de personalidad estabilidad emocional, responsabilidad y extraversión.

No obstante lo anterior, en otros estudios se contemplan los factores de personalidad no como variables intervinientes sino como variables dependientes, siendo susceptibles de sufrir variación tras un entrenamiento en mindfulness [184–186], por este motivo se realizan las comparaciones pre intervención y post intervención de las puntuaciones obtenidas en el test de personalidad.

En el Ten-item personality inventory TIPI se han obtenido diferencias significativas entre las puntuaciones pre y post del GE (ver Tabla 44) en el factor Extraversión, que incrementa su puntuación ( $p < 0,05$ ). En el GC (ver Tabla 45) también se obtiene una diferencia significativa en el factor Afabilidad, que disminuye su valor ( $p < 0,01$ ), en el factor Responsabilidad, que también disminuye su valor ( $p < 0,005$ ) y en el factor Apertura, que asimismo disminuye su valor ( $p < 0,05$ ). En el Anexo 35 se ha visto

que existen diferencias significativas previas entre el GE y el GC en el factor Estabilidad Emocional, que es superior en el GE ( $p < 0,05$ ). Realizado ANOVA tiempo x grupo, se obtienen diferencias significativas (ver Tabla 47) en los factores Afabilidad ( $F(1,116) = 6,99$ ;  $p = 0,009$ ) y Responsabilidad ( $F(1,116) = 4,22$ ;  $p = 0,042$ ).

En la Figura 170 se muestran, en líneas continuas, las puntuaciones pre y post del GE y en líneas discontinuas las puntuaciones pre y post del GC. En la Tabla 46 se ha visto que la comparación entre diferencias de puntuaciones pre y puntuaciones post entre el GE y el GC (que miden el tamaño del cambio entre el GE y el GC) señala diferencias significativas a favor del GE, en Afabilidad, Responsabilidad y Apertura. En esta Figura 165 pueden verse en el GE el incremento en Extraversión y en el GC el decremento en Afabilidad, Responsabilidad y Apertura. También pueden verse las mayores puntuaciones en Estabilidad Emocional en el GE.



**Figura 170: Puntuación pre y post en dominios del Ten-item Personality Inventory TIPI en Grupo Experimental comparado con Grupo de Control**

Estos resultados en los que se detecta un incremento de extraversión en el GE, con respecto a su medición basal, podrían tener alguna relación con el hallazgo de Franco et al. [184] en el que encuentra un incremento de Vigor, medido mediante una lista de

## Discusión

adjetivos de estados de ánimo, en el sentido de lo que Extraversión tiene de Energía, aunque la comparación parece forzada.

En el estudio de Thompson y Waltz [185] no se encontró relación entre la práctica del mindfulness y el factor Extraversión, aunque sí entre dicha práctica y los factores Afabilidad, Responsabilidad y Estabilidad Emocional. Se ha visto que en ANOVA tiempo x grupo se detectan cambios significativos en la presente investigación en los factores Afabilidad y Responsabilidad, en línea con dicho estudio, no se detectan cambios en el factor Estabilidad Emocional posiblemente debido a su alto valor previo en el GE.

Baer et al. [53] tampoco encontraron correlación entre los factores de mindfulness y extraversión. Van der Hurk et al. [186], utilizando un enfoque correlacional transversal seleccionando meditadores experimentados y personas sin experiencia en meditación con objeto de encontrar diferencias en factores de personalidad, sí encuentran una relación positiva entre la práctica de la meditación mindfulness y el factor de personalidad extraversión, además de con apertura a la experiencia y estabilidad emocional, la relación es negativa con el factor responsabilidad “conscientiousness”, contrariamente a los resultados del presente estudio.

Esta relación contradictoria entre la práctica del mindfulness y la extraversión quizás pueda ser debida a las diferentes características que engloba este factor, pues por un lado el extravertido es comunicativo, social, gregario y asertivo, lo cual puede relacionarse bien con mindfulness, pero a la vez también necesita actividad, estimulación y excitación, lo cual puede hacer que presenten dificultades para estar atentos al momento presente, sobre todo si representa actividades rutinarias o de ritmo lento.

A la vista de las discrepancias acerca de la relación entre la práctica del mindfulness y el incremento de la extraversión, deben tomarse estos resultados con prudencia, además deben considerarse las limitaciones del breve instrumento utilizado

para medir los factores de personalidad que ya se han comentado al describirlo y que también ha detectado modificaciones significativas (aunque sean contrarias a las esperadas en el GE) en el GC.

Con respecto al factor Afabilidad “agreeableness”, que es en el que se obtiene la mayor diferencia en ANOVA tiempo x grupo, hace referencia a aspectos como amabilidad, agradabilidad o afabilidad, e incluye la confianza, el ser moderado, el altruismo, el ser cooperativo, la modestia, el ser bondadoso y compasivo, etc. Estos resultados parecen coherentes con los aspectos trabajados en el GE y algunos autores destacan la relación positiva entre el factor Afabilidad y Mindfulness [182, 185]. Además, la evidencia sobre el carácter hereditario de este rasgo es débil [449], lo cual resultaría coherente con que pudiera resultar modificado con menor dificultad que otros.

Con respecto al factor Responsabilidad “conscientiousness”, entendido como escrupuloso, respetuoso con las reglas y controlado, Giluk [182] afirma que es de esperar que guarde relación con Mindfulness, lo cual estaría alineado con los resultados de este estudio.

También parece contraintuitivo que puedan modificarse rasgos de personalidad que, según el modelo teórico en el que se basan (Big Five), gozan de estabilidad y consistencia (bien es verdad que existen diferencias entre rasgos en aspectos como heredabilidad, influencia a la socialización, etc.) mediante intervenciones de corta duración como la que nos ocupa, más bien parece que puedan modificarse aspectos más superficiales relacionados con dichos rasgos y que es lo que en realidad puede estar midiendo el instrumento utilizado.

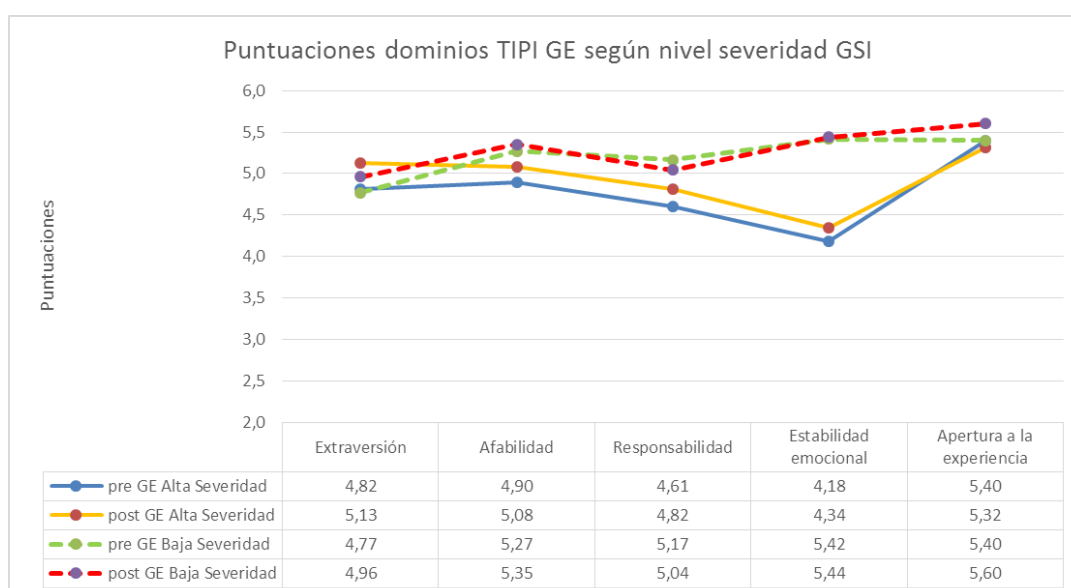
Como se preguntan Thompson y Waltz [185], puede que la práctica de mindfulness logre influir en la personalidad o quizás es la personalidad la que influye en la práctica de mindfulness, o puede que ambos estén influidos por otros factores. Van

## Discusión

Dijk et al. [339] en el estudio 1 encontraron relación entre el interés por el mindfulness y la baja estabilidad emocional.

### 26.4.8.1. Facetas de personalidad según nivel de severidad de los síntomas en Índice de Severidad Global GSI de SCL-90-R

En la Figura 171 pueden verse las puntuaciones pre y post del GE en los dominios del TIPI separados según nivel de severidad de síntomas (ver Tabla 90). No se da ningún cambio significativo dentro de cada grupo. Puede observarse la gran diferencia que se da en el dominio Estabilidad Emocional entre los grupos de alta y baja severidad de síntomas en GSI, el grupo de baja severidad obtiene mayores puntuaciones es Estabilidad Emocional ( $p < 0,0007$  en las puntuaciones pre de los grupos de alta y baja severidad). La participación en el Taller no mejora significativamente la Estabilidad Emocional de los participantes con alta sintomatología, a pesar del descenso que se produce en dicha sintomatología.



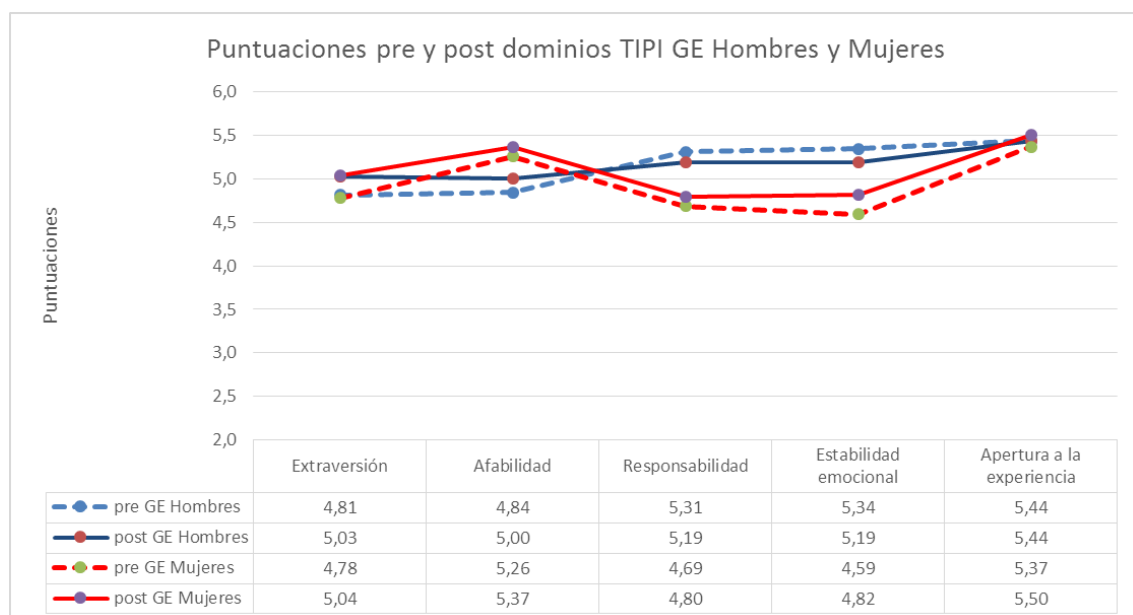
**Figura 171: Puntuaciones pre y post GE en dominios Ten-item Personality Inventory TIPI según nivel de severidad de síntomas previo (puntuación en GSI de SCL-90-R  $\geq 0,94$ )**

En ANOVA tiempo x grupo se produce diferencias significativas en los participantes con alta sintomatología previa en los factores Afabilidad y Responsabilidad,

lo mismo que ocurría con el total de participantes. En los participantes con baja sintomatología no se producen diferencias en ANOVA.

### 26.4.8.2. Facetas de personalidad en función del sexo

En la Figura 172 se muestran los resultados pre y post en los dominios del TIPI del GE en función del sexo (ver Tablas 92 y 93). Pueden verse las diferencias entre hombres y mujeres, como las mujeres puntúan más alto en el dominio Afabilidad y más bajo en Responsabilidad y Estabilidad Emocional. No existen diferencias intra grupos significativas.



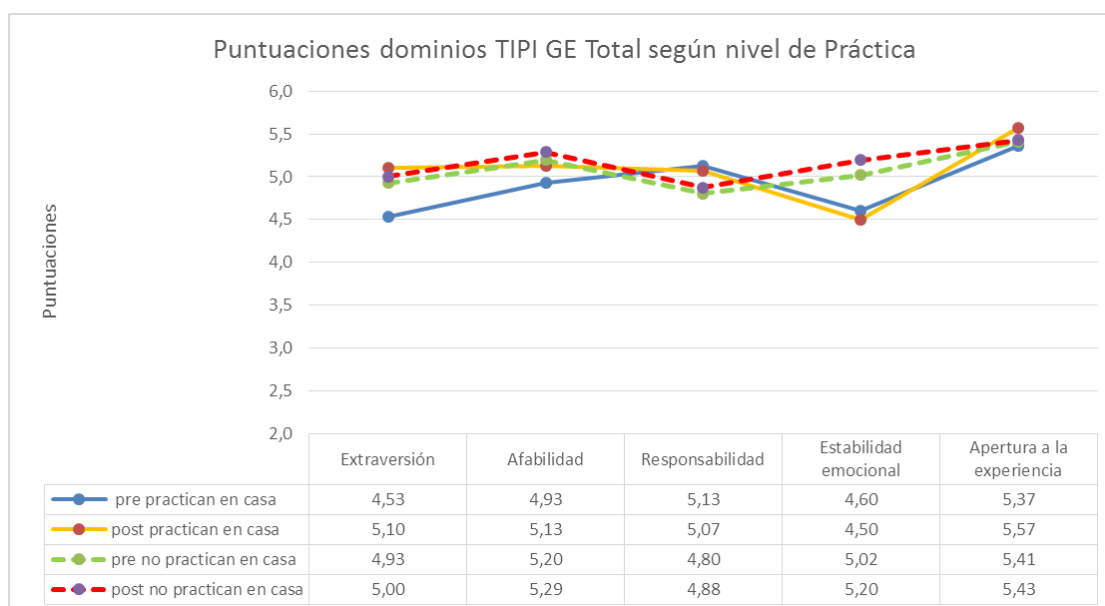
**Figura 172: Puntuaciones pres y post dominios Test de Personalidad TIPI GE en función del sexo**

Realizado ANOVA tiempo x grupo, se obtienen diferencias significativas en las Mujeres en los factores Afabilidad y Responsabilidad, por lo que parece que estas diferencias, también encontradas con la totalidad de participantes, podrían ser debidas a su efecto en las mujeres.



### 26.4.8.3. Facetas de personalidad en función del nivel de práctica

En la Figura 173 pueden verse los cambios en la puntuación en los dominios del TIPI según el nivel de práctica en casa (ver Tabla 94). Puede verse que el grupo que practica incrementa su puntuación en Extraversión de manera significativa ( $p < 0,02$ ). El grupo que practica tiene puntuaciones inferiores en Estabilidad Emocional y Afabilidad y superiores en Responsabilidad, comparado con el que no practica, aunque estas diferencias no resultan significativas.



**Figura 173: Puntuación pre y post en dominios Test de Personalidad TIPI en GE según nivel de práctica en casa**

Realizada ANOVA tiempo x frecuencia de práctica, se se acerca a la significación en el factor Extraversión ( $F(1,41) = 3,243$ ;  $p = 0,079$ ).

**Hipótesis 3.** *Cuanto mayor sea el nivel de práctica realizada, mayores serán las diferencias con respecto a las mediciones basales y al grupo de control.*

A vista de los resultados, existe cierta evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 respecto a la puntuación en el dominio de personalidad Extraversión, pues el incremento que se produce en el GE en este dominio en comparación con su puntuación basal, se produce además en el grupo que más práctica en casa y no en el que menos practica, aunque en ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no se llega a la significación.

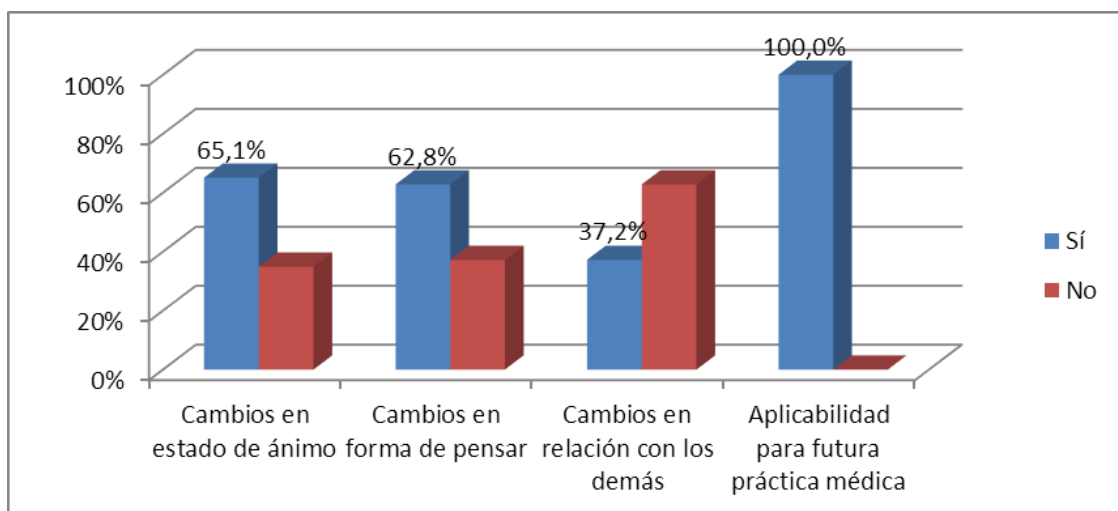
La menor estabilidad emocional encontrada en el grupo que más practica puede tener relación con la encontrada por Van Dijk et al. [339] en el estudio 2 entre participantes voluntarios en un programa de mindfulness y baja estabilidad emocional.

Debido a que no se han localizado estudios en los que se faciliten puntuaciones de Extraversión en función del nivel de práctica, no pueden facilitarse este tipo de comparaciones.

### 26.5. Cuestionario Cualitativo CC post intervención en Grupo

#### Experimental

En la Tabla 95 de Resultados se han mostrado los principales cambios recogidos en el Cuestionario Cualitativo (CC) que ha rellenado el GE al finalizar la intervención. En la Figura 174 puede verse cómo la mayoría de participantes informar de cambios positivos en su estado de ánimo (65,1%) y contenidos de pensamientos (62,8). El 37,2% informan de cambios positivos en su relación con los demás y todos afirman que han aprendido habilidades aplicables a su futura práctica médica (100%).



**Figura 174: Porcentaje de cambios notificados en respuestas a Cuestionario Cualitativo (CC) Grupo Experimental**

## Discusión

**Hipótesis 1.3:** *La participación en el Taller implicará mejoras en estado de ánimo y cambios acerca de la relevancia concedida a los pensamientos.*

A vista de los resultados, adicionalmente a las evidencias discutidas en el apartado correspondiente al Cuestionario de Síntomas (que estarían centradas en mejorar aspectos negativos), existe evidencia aportada por el Cuestionario Cualitativo (cuyas respuestas están más centradas en el desarrollo de aspectos positivos) a favor de aceptar la Hipótesis 1.3, pues el 65,1% de los participantes en el GE han contestado afirmativamente sobre si han notado cambios en su estado de ánimo y el 62,8 sobre si han notado cambios en su forma de pensar. No se ha realizado un contraste de hipótesis de proporciones de estos cambios debido a que el porcentaje de cambio hipotetizado para una muestra se considera desconocido (solo se ha realizado una única medida post intervención y no se tienen referencias). Tampoco se plantearon estas preguntas al GC debido a que se consideró que no tenían sentido para ellos.

Cebolla y Miró [405] realizaron estas preguntas a usuarios de unidades de salud mental con sintomatología ansiosa y depresiva y obtuvieron respuestas de cambios en estado de ánimo en 87,5% de los pacientes y de cambios en contenido de pensamientos en el 93,8%. Puede hipotetizarse que, al ser pacientes de unidades de salud mental, con mayor patología, es más probable notar algún cambio en sentido positivo, aunque también podría decirse que podría resultar más difícil dicho cambio por el mismo motivo de presentar mayor patología que la muestra de la presente investigación. Lo que sí puede resultar muy diferente es la motivación de los participantes.

En la Tabla 96 de resultados pueden verse los cambios notificados agrupados por categorías después de un análisis de contenido.

En estado de ánimo los más notificados tienen que ver con un estado de ánimo más sereno, menos irritable y más calmado, con alivio de síntomas y menos sensación de

agobio, le siguen el poder relajarse más fácilmente y el poder afrontar mejor los momentos de estrés y preocupación, a continuación vienen cambios relacionados con una mayor consciencia de cómo se está realmente y para finalizar se notifican cambios hacia un estado de ánimo más positivo, con una mayor tolerancia, sin dar tanta importancia a los pequeños detalles y con autocompasión. Uno de los participantes manifiesta tener un estado de ánimo más irritable, esta es la única respuesta de carácter negativo detectada.

En relación con la forma de pensar los cambios más notificados tienen que ver con tener una mente más abierta a alternativas, con una mayor perspectiva, mayor consciencia, con menos pensamientos a la vez, mayor aceptación, menos culpabilidad y con una mayor atención al momento que se vive y a lo que se hace, luego viene el relativizar la importancia de los pensamientos, dejar que lleguen y se vayan sin desestabilizarme, sin que preocupen tanto y con menos pensamientos negativos, a continuación vendría el tener más en cuenta las cosas realmente importantes, el darse cuenta de cómo los problemas ayudan a crecer y a evolucionar y para finalizar se remarca la importancia de las pequeñas acciones y de los pequeños pasos.

**Hipótesis 2.2.** *La participación en el Taller implicará cambios positivos en la relación con los demás.*

A vista de los resultados, adicionalmente a las evidencias discutidas en el apartado correspondiente al Cuestionario de Síntomas (que estarían centradas en mejorar aspectos negativos) y al Cuestionario de Relación (en el sentido de disminuir la evitación en las relaciones), existe alguna evidencia aportada por el Cuestionario Cualitativo (cuyas respuestas están más centradas en el desarrollo de aspectos positivos) a favor de aceptar la Hipótesis 2.2, pues el 37,2% de los participantes en el GE han contestado afirmativamente a esta pregunta, aunque no lo hecho así la mayoría de participantes. No se ha realizado un contraste de hipótesis de proporciones de estos cambios debido a que el porcentaje de cambio hipotetizado para una muestra se considera desconocido (solo se

## Discusión

ha realizado una única medida post intervención y no se tienen referencias). Tampoco se plantearon estas preguntas al GC debido a que se consideró que no tenían sentido para ellos.

Cebolla y Miró [405] realizaron esta pregunta a usuarios de unidades de salud mental con sintomatología ansiosa y depresiva y obtuvieron respuestas de cambios en la relación con los demás en el 81,3% de los pacientes, una proporción muy superior a los resultados de la presente investigación. Aquí también puede hipotetizarse que, al ser pacientes de unidades de salud mental, con mayor patología, es más probable notar algún cambio en sentido positivo, aunque también podría decirse que podría resultar más difícil dicho cambio por el mismo motivo de presentar mayor patología que la muestra de la presente investigación. Lo que sí puede resultar muy diferente, como ya se ha dicho, es la motivación de los participantes.

En la Tabla 96 de resultados pueden verse los cambios notificados en la relación con los demás agrupados por categorías después de un análisis de contenido. Los cambios más notificados tienen que ver con una mayor tolerancia a la diferencia, no juzgar tanto, más empatía, más comprensión, el ver a las personas más como son, luego vienen el estar más tranquilo, discutir menos, una mayor asertividad, valorar más las cosas importantes, una mayor madurez, a continuación el prestar más atención a las emociones, escuchar más, el sentirse mejor consigo mismo que puede proyectarse a los demás, una mayor cercanía y más ganas de conocer a gente nueva, el notarse más agradable. Es de destacar que uno de los participantes manifiesta notarse más intolerante con los demás, esta es la única respuesta de carácter negativo detectada.

**Hipótesis 2.6.** *Los participantes en el Taller aprenderán habilidades que considerarán de utilidad para su práctica médica.*

A vista de los resultados existe gran evidencia aportada por el Cuestionario Cualitativo en considerar que los participantes en los talleres han aprendido habilidades que consideran de utilidad para su práctica médica, pues el 100% de los participantes han respondido afirmativamente a esta pregunta.

En la Tabla 96 de resultados pueden verse las habilidades que notifican haber aprendido de utilidad para su práctica médica agrupadas por categorías después de un análisis de contenido. Los cambios más notificados tienen que ver con saber relajarse ante situaciones estresantes y cuando se está saturado, apaciguar y gestionar las emociones, calmar la mente y encender el "modo ser. Luego vendrían mejoras en la concentración, conciencia, atención, serenidad, actuar sin precipitarse, pararse para poder ver mejor, saber escuchar, mayor autocontrol, también saber expresar mejor lo que se siente, empatía, dar apoyo al enfermo, comunicación de malas noticias, mejorar la relación con compañeros. A continuación irían el mejorar la reflexión, conocerse mejor a uno mismo, identificar lo importante del entorno, saber tomar mejores decisiones, también incrementar la tolerancia, observar sin juzgar, aceptar la manera de ser del enfermo, asimismo crear espacio entre las dificultades y preocupaciones del paciente y las propias, entender y conectar sin dejarse afectar por sentimientos demasiado abrumadores para poder seguir ayudando, entender la importancia de cuidarse para poder cuidar a los demás, de la autocompasión. Además, el saber transmitir la importancia de vivir el momento presente, sin remordimientos por el pasado ni ansiedades por el futuro y el conceder importancia a las sensaciones corporales.

Puede verse la relación entre estas habilidades que los participantes consideran de utilidad para su práctica médica y el descenso conseguido en ciertos síntomas detectado a través del Cuestionario de Síntomas. Los síntomas que han disminuido y que guardarían relación con estas habilidades serían, entre otros, Ser demasiado sensible o sentirse herido

## Discusión

con facilidad, Dificultad para tomar decisiones, Tener dificultades para concentrarse y Tener sentimientos de culpabilidad.

Se ha visto que un solo participante notifica cambios negativos, tanto en estado de ánimo como en relación con los demás. Este participante tenía conocimientos previos adquiridos de forma autodidacta y ya practicaba antes de la asistencia al Taller. ¿Es posible que pueda ser más consciente y objetivo en relación a lo que experimenta? ¿Es posible que tenga adquiridos hábitos de práctica previos que dificulten la correcta realización de la práctica (anteriormente se ha comentado la importancia de diferenciar entre una autoobservación sana de una obsesiva o patológica)?

Se piensa que este Cuestionario Cualitativo ha permitido aprehender mejor la experiencia acaecida y entender los cambios conseguidos, recogiendo aspectos que tienen mayores dificultades en ser reflejados en el resto de cuestionarios utilizados en esta investigación. Esta opinión estaría en consonancia con autores como Van Dam et al. [450] o Chiesa [22] que resaltan la dificultad acerca de que cuestionarios de respuesta cerrada puedan recoger aspectos tan sutiles y delicados como los que se trabajan en una intervención de mindfulness, o de Phang et al. [310] que resaltan su importancia para explorar el uso específico en la vida de los estudiantes de medicina de las diversas habilidades mindfulness que se enseñan en el programa. Shapiro et al. [84] también recogen este aspecto de que las respuestas a cuestionarios abiertos acostumbra a recoger mayores beneficios de la práctica del mindfulness que los cuestionarios de uso tradicional en psicología.

## **27. RESUMEN DE RESULTADOS Y DE DISCUSIÓN**

### **27.1. Variables sociodemográficas**

Entre el GE y el GC existen diferencias significativas en las variables Edad (media de 20,65 en GE y de 20,03 en GC), Curso (media de 2,86 en el GE y de 2,04 en el GC), Realización de Prácticas, Tenencia de Beca y Realización de Asignaturas Optativas.

### **27.2. Asistencia a los Talleres**

Se ha conseguido una adherencia a los 2 Talleres máxima (todos los participantes que comenzaron los Talleres y rellenaron los cuestionarios pre intervención, lo finalizaron y rellenaron los cuestionarios post intervención). Posiblemente ha influido en esta alta adherencia el contexto en que se han desarrollado.

La media de asistencia fue de 7,33 sesiones (DT=0,75) y el promedio de horas de asistencia fue de 13,46 horas (DT=2,75). Todos los participantes (salvo 1 que asistió 5 sesiones) asistieron a un mínimo de 6 de sesiones

### **27.3. Práctica de los Ejercicios en casa**

El nivel de práctica en casa, notificado mediante pregunta 9 de Cuestionario Cualitativo ha sido bajo. La mayoría de asistentes (39,5%) han sido de baja práctica (1 vez por semana u ocasional), el 32,6% han practicado 2-3 veces por semana y el 26,5% no han practicado fuera de las sesiones presenciales.

Esta cantidad de práctica es muy inferior a media diaria de práctica recomendada en los programas MBSR y MBCT. Shapiro et al. [84] relacionan la cantidad de abandonos con la alta exigencia de tareas para casa; podría tener relación con que, en estos talleres, aunque se indica la conveniencia de dichos ejercicios y se facilitan materiales y pautas



## Resumen de Comprobación de Hipótesis

para realizarlos, no se han efectuado valoraciones ni juicios sobre la práctica de cada participante, se mantuvo una actitud de “no agobiar”, “no pliance” en el sentido de “no instruir”... con respeto a la no práctica de los participantes fuera de los talleres, “si practicas bien, sino también”, “todo es como puede y debe ser en este momento”. Se piensa que los participantes agradecían esta actitud de “no agobio” con la práctica en casa y que también hay que considerar que las motivaciones de los participantes eran diferentes a las de un grupo de “pacientes” con determinada sintomatología. Los resultados de la presente investigación aportan evidencia de que puede obtenerse beneficios, al menos a corto plazo, con una práctica menos exigente en tiempo diario y con sesiones más cortas. Para consolidar estas mejoras, es posible que se requiera una práctica más continuada, más allá de las 8 semanas de los programas habituales, en línea con lo defendido por Soler et al. [85].

### **27.4. Variables pre muestra total**

En Estrés Percibido, la muestra tiene puntuaciones en línea con otras muestras de estudiantes de medicina [437] y superiores a la población general [407]. En este nivel de estrés parece que tiene influencia la puntuación de las mujeres, que es más elevada que la de los hombres y superior a los de la población general, mientras que, en el caso de los hombres, su puntuación es inferior al de la población general.

En Escalas de Sintomatología, las puntuaciones, en general, son altas, por encima de una muestra general, bastante en línea con una muestra de psicósomáticos y por debajo de una muestra psiquiátrica. Estos resultados estarían en consonancia con los estudios que detectan riesgo de problemas psicopatológicos y de malestar en estudiantes de medicina [1, 315–318]. Los síntomas obsesivo-compulsivos están al nivel de la población psiquiátrica, en cambio en la sintomatología relacionada con la ansiedad fóbica los valores de la muestra se acercan a los de la población general.

El Índice de Severidad Global de los Síntomas y el Total de Síntomas Reportados también son superior a la población general y está a nivel de la muestra psicósomática. En cambio, el Índice de Malestar por Síntomas supera ligeramente al de la población general y no alcanza el nivel de la muestra psicósomática.

Comparados los valores de Sintomatología del presente estudio con una muestra parecida (estudiantes de medicina) [334], estos son superiores, todo lo cual pone de manifiesto que esta muestra manifiesta una sintomatología importante.

Las puntuaciones en Sintomatología son superiores en mujeres de forma significativa en las escalas de Somatización, Depresión, Ansiedad y en el Índice de Síntomas Positivos.

Dado que estas puntuaciones pre de la muestra total ponen de relieve una sintomatología importante, puede inferirse que los participantes manifiestan buen nivel de sinceridad, sin influencia de la deseabilidad social que hubiera podido influir en presentar una imagen de sí mismo positiva, sin reconocer posibles problemas. Chiesa (2013) se había referido al posible sesgo en este tipo de estudios debido a la deseabilidad social y a la disonancia cognitiva que puede producirse debido a los efectos esperados del entrenamiento.

En las escalas de Mindfulness la muestra total de este estudio presenta unos valores similares a los de la muestra de adaptación del cuestionario a la población española [73], aunque con menores valores en la faceta Describir. La misma diferencia en el factor Describir se obtiene al compararlos con una muestra de no meditadores [85]. Al comparar la puntuación Total con su población de referencia (estudiantes de medicina), se obtienen valores ligeramente inferiores [330, 339].

## Resumen de Comprobación de Hipótesis

En las escalas de Autocompasión la muestra total de este estudio presenta unos valores similares a los de la muestra de adaptación del cuestionario a la población española [413]. Al comparar la puntuación Total con su población de referencia (estudiantes de medicina), se obtienen valores ligeramente superiores [77, 316].

Al separar los resultados en las escalas de Autocompasión en función del sexo de los participantes, las mujeres obtienen puntuaciones inferiores en todas las escalas, siendo significativas las diferencias en 5 de las 6 escalas y en la puntuación Total, en línea con algunos estudios [160].

En las categorías de Apego, la muestra del presente estudio muestra unos valores inferiores en Apego Seguro, tanto si los comparamos con la población general [414] como si lo hacemos con estudiantes de medicina [152]. Se encuentra cierta evidencia de que los participantes con mayor puntuación en Apego Seguro escogen especialidades de atención primaria, en línea con algunos estudios al respecto [152].

En las escalas de Empatía y puntuación Total la muestra del presente estudio presenta unos valores inferiores a los del baremo del Test [154], principalmente debido a que las mujeres presentan puntuaciones muy similares a las de los hombres, a diferencia de lo que ocurre con el baremo, en el que las mujeres obtienen puntuaciones superiores. También son inferiores a los resultados de otras investigaciones con estudiantes de medicina [361].

En las escalas de Burnout académico, en general, las puntuaciones son superiores a algunas referencias en Agotamiento e Ineficacia Académica, no así en Cinismo [181, 438, 439]. Las mujeres obtienen mayores puntuaciones en Ineficacia Académica. Si se efectúa un punto de corte de alta puntuación en el total de las escalas, pueden separarse 43 participantes que informan de síntomas de burnout de manera relevante.

En los dominios de Personalidad, las puntuaciones son superiores al baremo en Extraversión e inferiores al mismo en Responsabilidad y Estabilidad Emocional. En Afabilidad y Apertura a la Experiencia están en línea con el baremo de la prueba utilizada [415]. Las mujeres obtienen puntuaciones mayores en Afabilidad y menores en Estabilidad Emocional con respecto a los hombres.

Con respecto a las relaciones entre las diferentes variables medidas, merece destacarse como la Alta Severidad en la Sintomatología (puntuación  $\geq 0,94$  en GSI) está altamente relacionada con alto Estrés Percibido, baja puntuación Total de Mindfulness FFMQ, baja puntuación Total de Autocompasión SCS, baja puntuación en Apego Seguro y Modelo de Sí mismo RQ, alta puntuación Total en Burnout Académico MBI-SS y baja puntuación en Estabilidad Emocional TIPI.

Las facetas Actuar con Conciencia, No Juzgar, No Reaccionar y la puntuación Total del Cuestionario de Mindfulness FFMQ guardan una importante correlación inversa con Estrés Percibido PSS y el Cuestionario de Síntomas SCL-90-R. Las escalas Bondad hacia uno mismo (inversa), Mindfulness (inversa), Autocrítica (directa), Aislamiento (directa), Ensimismamiento (directa) y puntuación Total (inversa) de la Escala de Autocompasión SCL guardan importantes correlaciones con PSS y SCL-90-R. El Apego Seguro (inversa), el Apego Preocupado (directa), el Modelo de Sí mismo (inversa) y en menor medida el Apego Temerario (directa) del Cuestionario de Apego RQ también guardan importantes correlaciones con PSS y SCL-90-R. El factor Agotamiento (directa) y la puntuación Total (directa) de Burnout MBI-SS guardan elevadas correlaciones con PSS y SCL-90-R, en menor medida también los factores Cinismo (directa) y Eficacia Académica (inversa) de este Cuestionario. El dominio Estabilidad Emocional también guarda una importante relación inversa con las puntuaciones de PSS y SCL-90-R.

## Resumen de Comprobación de Hipótesis

Es de resaltar la poca correlación existente con las facetas Observar (no tiene ninguna correlación ni con  $p < 0,05$  y Describir (muestra varias correlaciones con  $p < 0,05$  y sólo una –con el PST- con  $p < 0,01$  del Cuestionario de Mindfulness FFMQ, a diferencia del resto de facetas de este Cuestionario. Tampoco correlaciona la escala de Humanidad Compartida del Cuestionario de Autocompasión SCL, a diferencia del resto de escalas de este Cuestionario. Asimismo, el Apego Rechazante y el Modelo de otros del RQ tampoco guardan correlación con PSS y SCL-90-R. Las escalas del Test de Empatía no correlacionan con PSS y SCL-90-R, salvo 2 correlaciones de la escala de Alegría Empática con las escalas de Hostilidad y Ansiedad Fóbica.

### **27.5. Comparación de variables medidas entre pre y post para Grupo Experimental (GE) y Grupo de Control (GC)**

Se han obtenido importantes diferencias entre las puntuaciones pre taller y post taller del Grupo Experimental y siempre en el sentido de los resultados esperados (disminución de estrés, síntomas y variables que tienen connotación negativa y mejora en variables que tienen connotación positiva). Las diferencias más importantes se obtienen en reducción del Estrés percibido, en las escalas de Somatización, Obsesión-compulsión, Depresión, Ansiedad, Ítems Adicionales, Índice de Severidad Global e Índice de Malestar Subjetivo del SCL-90-R, en el factor Observar y en la puntuación Total del FFMQ, en disminución de Aislamiento del SCL y en disminución del Apego Temeroso del RQ, por citar algunos de los más significativos.

Si además de lo ocurrido en el GE, analizamos las ANOVA tiempo x grupo para ver también las diferencias con respecto al GC, se obtienen diferencias significativas con respecto al Estrés percibido, a las escalas de Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad, Hostilidad e Índice de Severidad Global del SCL-90-R, en el factor Observar y en la puntuación Total del FFMQ, en Modelo de Otros del

RQ, en Comprensión Empática del TECA y en Afabilidad y Responsabilidad del TIPI.

Particularizando en Estrés percibido el GE ha mejorado significativamente tanto en comparación con las medidas basales como con el GC. La intervención ha sido efectiva en las personas con alto nivel de Sintomatología. Las personas con baja puntuación en Estabilidad emocional se han beneficiado más de la intervención, lo mismo ha ocurrido con los de baja puntuación en Responsabilidad, aunque estos resultados pueden estar afectados por el efecto suelo en los participantes tanto de alta Estabilidad Emocional como de Alta Responsabilidad. Ha sido beneficioso, de manera significativa frente al GC, para participantes con alta extraversión, aunque los de baja extraversión puntúan más en las medidas basales de estrés y han conseguido una mayor reducción. Se consiguen efectos similares tanto en hombres como en mujeres, pero las mujeres parten de puntuaciones basales superiores; con respecto al GC, el cambio sólo resulta significativo en Hombres. Se consiguen mejoras significativas tanto con alto nivel de práctica en casa como con baja práctica, aunque en general, el nivel de práctica ha sido moderado.

En referencia a la sintomatología el GE ha mejorado significativamente, tanto en comparación con las medidas basales como con el GC, en Índice de Severidad Global y en las escalas de Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad y Hostilidad. La intervención ha sido efectiva en las personas con alto nivel de Sintomatología. La mejora de sintomatología aporta evidencia acerca de que se han producido cambios en estado de ánimo (especialmente recogidos en las escalas de Ansiedad y Depresión), contenido de pensamientos (especialmente recogidos en las escalas de Obsesión-Compulsión y Depresión) y relaciones con los demás (especialmente recogidos en las escalas de Hostilidad y Sensibilidad Interpersonal). Los beneficios se han obtenido con independencia de las puntuaciones en estabilidad emocional (aunque sólo en los participantes de alta estabilidad emocional han sido significativos también con respecto al GC), responsabilidad (aunque sólo en los participantes con baja

## Resumen de Comprobación de Hipótesis

responsabilidad han sido significativos también con respecto al GC) y extraversión (aunque sólo en los participantes con alta extraversión han sido significativos también con respecto al GC), aunque los participantes con baja estabilidad emocional o baja responsabilidad o baja extraversión manifiestan más sintomatología en las puntuaciones basales y los de baja extraversión obtienen mayores beneficios. Se consiguen efectos similares tanto en hombres como en mujeres, pero las mujeres parten de puntuaciones basales superiores y sólo las mujeres consiguen cambios también en el Índice de Severidad Global con respecto al GC. Se consiguen mejoras significativas tanto con alto nivel de práctica en casa como con baja práctica, aunque en general, el nivel de práctica ha sido moderado.

Con respecto al constructo mindfulness el GE ha mejorado significativamente, tanto en comparación con las medidas basales como con el GC en la puntuación Total y en el factor Observar, por lo que se aporta evidencia de la influencia del entrenamiento en mindfulness en el constructo mindfulness, frente a las divergencias existentes en las investigaciones al respecto [77–79, 85, 330, 339]. El incremento en mindfulness es superior en los participantes con alto estrés percibido y alta sintomatología, aunque también es significativo en los participantes con bajo estrés percibido y baja sintomatología. No existen diferencias significativas por sexos, aunque los hombres consiguen incrementos superiores y las mujeres parten de puntuaciones basales inferiores. Se consiguen mejoras significativas tanto con alto nivel de práctica en casa como con baja práctica, aunque el incremento es superior en el grupo de más práctica que parte de puntuaciones basales inferiores; en general, el nivel de práctica ha sido moderado.

En relación a la autocompasión el GE ha mejorado significativamente en comparación con las medidas basales en la puntuación Total y en las escalas Aislamiento (la que más se ha modificado), Autocrítica y Ensimismamiento, por lo que se aporta evidencia de la influencia del entrenamiento en mindfulness en la autocompasión, en línea

con otras investigaciones existentes con estudiantes de psicoterapia y medicina [77, 316]. En comparación al GC los resultados no resultan significativos. La puntuación de autocompasión guarda relación con el nivel de estrés percibido, esta es menor cuanto mayor es el nivel de estrés previo percibido y, tanto los participantes con alto o bajo estrés previo, mejoran en autocompasión tras la intervención. La puntuación total de autocompasión guarda relación con el nivel de severidad de síntomas, el grupo de alta severidad parte de puntuaciones de autocompasión inferiores y, al igual que disminuyen la severidad de los síntomas con la intervención, se incrementan sus puntuaciones en autocompasión en mayor magnitud que el grupo de menor severidad, bien es verdad que en el GC también se produce una mejora, mucho menor, en sintomatología sin que se produzca apenas incremento en su nivel de autocompasión. Se consiguen efectos similares tanto en hombres como en mujeres, pero las mujeres parten de puntuaciones basales inferiores. Se consiguen mejoras tanto en el grupo que más practica como en el grupo que menos practica, que parte de puntuaciones basales inferiores.

En referencia al apego seguro, aunque se ha incrementado en el GE tanto en las medidas cuantitativas como en la elección cualitativa, los cambios no han llegado a la significación. Dada la dificultad que puede implicar lograr modificar este constructo, es posible que la duración de las intervenciones haya sido demasiado breve. También es posible que, debido a que más de la mitad de los participantes sean de apego seguro previamente a la intervención (es una proporción normativa en este constructo) sea difícil conseguir incrementos que resulten significativos. Sí que se ha incrementado de manera significativa el Modelo de Sí mismo (contrario a Ansiedad) con respecto a la medición basal y el Modelo de Otros con respecto al Grupo de Control (con un porcentaje de cambio del 89% en el GE). También se ha logrado un decremento significativo en Apego Temeroso en el GE con respecto a la puntuación basal (porcentaje de cambio del 22% en el GE). Estos hallazgos aportan evidencia a lo defendido por diferentes autores [137, 138,



## Resumen de Comprobación de Hipótesis

140, 142, 149, 151] que resaltan la posible función de mindfulness en el sentido de reparar la confianza básica. Se ha encontrado evidencia de que las puntuaciones de apego seguro son inferiores en el grupo de alta severidad de síntomas y que mejoran tras la intervención, junto con la disminución de los síntomas. El Modelo de Sí mismo tiene una puntuación mínima en el grupo de alta severidad de síntomas y mejora en este grupo tras la intervención, el Modelo de Otros también es menor en el grupo de alta severidad y mejora significativamente. El apego Temeroso, que es muy elevado en el grupo de alta severidad, desciende de manera significativa tras la intervención con respecto a la puntuación basal. El nivel de práctica efectuada en casa no incide en las variaciones producidas en apego Seguro y Modelo de Otros; en sentido contrario, vemos que la reducción en apego Temeroso y el incremento en Modelo de Sí mismo es más elevado en los miembros del GE que no practican, aunque ningún ANOVA tiempo x frecuencia de práctica ha resultado significativo. Parecería que las variaciones en apego podrían ser motivadas por los aspectos psicoeducativos de la intervención o por las prácticas presenciales que se han producido. Quizás en esta variable pueda tener incidencia algún tipo de relación vincular que pueda producirse entre instructor y participantes.

Referente a la empatía no se han producido variaciones significativas en ninguno de los factores ni en la puntuación total con respecto a la medición basal en el GE. En comparación con GC se obtiene una diferencia significativa en Comprensión Emocional en el GE. Considerando que el factor Estrés Empático puede tener connotaciones negativas y que su reducción podría tener un carácter positivo, tampoco se ha producido un decremento significativo de este factor. En la literatura existen evidencias contradictorias con respecto a la influencia del entrenamiento en mindfulness y su influencia sobre la empatía [332, 344, 348, 446, 447], quizás en esta disparidad de resultados puedan influir, además de diferencias en las intervenciones, el instrumento de medición utilizado, pues en los estudios que obtienen incrementos de empatía la escala

más utilizada es la de Jefferson, mientras que los que no obtienen incrementos utilizan el IRI (Interpersonal Reactivity Index) de Davis. Debido a posibles discrepancias en resultados en función del instrumento de medición utilizado que se han comentado en el párrafo anterior, no puede descartarse que con el instrumento que se ha utilizado puedan darse problemas parecidos. Estos resultados también podrían interpretarse en el sentido de confirmar las diferencias entre empatía y compasión que defienden diferentes autores [158, 159], incluso a nivel neuronal, pues con la intervención se producen mejoras en autocompasión pero no en empatía (bien es verdad que autocompasión no es equivalente a compasión). No existen diferencias en función del nivel de severidad de los síntomas. Existe evidencia de mejora en mujeres en el factor Comprensión emocional. No existen resultados diferenciales en función del nivel de práctica en GE con respecto a puntuación basal, aunque se ha encontrado diferencia significativa en ANOVA tiempo x frecuencia de práctica en el factor Adopción de perspectivas.

Con respecto al burnout se ha producido un incremento significativo del factor Eficacia Académica en el GE en comparación con sus puntuaciones basales y no se han producido variaciones significativas en la puntuación total. No se ha verificado la hipótesis de que la mejora se produciría en participantes con alto nivel de burnout previo, aunque se producen cambios en el GE en el grupo de altas puntuaciones previas, el hecho de que se produzcan cambios también en el GC hace pensar que los mismos sean debidos al fenómeno de regresión a la media, o al menos, no parece prudente atribuirlos al efecto del tratamiento, a pesar de que sean de mayor magnitud que los producidos en el GE en algunos factores y en la puntuación total. En la literatura existen evidencias contradictorias con respecto a la influencia del entrenamiento en mindfulness y su influencia sobre el burnout, existen estudios realizados con médicos y profesionales de la salud en los que se logran efectos positivos [84, 342, 344], así como un estudio realizado con estudiantes de medicina y psicología en el que no se logran efectos sobre el burnout

## Resumen de Comprobación de Hipótesis

[330], puede ser que el estudio del burnout en profesionales no sea equiparable al realizado con estudiantes o que hayan podido influir otros factores (nivel de burnout previo, efectos del instrumento utilizado, etc.). No existen diferencias en función del nivel de severidad de los síntomas, los participantes con alta severidad en sintomatología manifiestan altos niveles de burnout y resulta de interés constatar que, en el GE, no se produce decremento de Burnout en el grupo de alta sintomatología, a pesar de que sí desciende significativamente la sintomatología, como se ha visto en la discusión de los resultados del SCL-90-R, a pesar de esta relación observada entre alta sintomatología y alto burnout. No existen resultados claros de diferencias en efectos en función del sexo, existe algún indicio de que pueda producirse una mayor mejora en mujeres, las cuales parten de puntuaciones superiores a los hombres. No existen resultados diferenciales claros en función del nivel de práctica, existe algún indicio de que una mayor práctica en casa haya podido contribuir al incremento en Eficacia Académica encontrado en el GE.

Con respecto a las facetas de personalidad, y a pesar de que el propósito de utilizar un test de personalidad en esta investigación ha sido comprobar si se dan diferencias en efectividad de una intervención de mindfulness en función de algunas características de personalidad (entendida como variable moderadora), como señalan algunos estudios [182, 183] y estas hipótesis ya se han discutido en los párrafos anteriores, también se han contemplado los factores de personalidad como variables dependientes, siendo susceptibles de sufrir variación tras un entrenamiento en mindfulness, como señalan algunos estudios [184–186]. En este sentido se ha producido un incremento significativo en el GE en el dominio Extraversión en comparación a las puntuaciones basales, el hecho de que se hayan producido otras variaciones en el GC debe hacer que se tomen estos resultados con prudencia, además de las limitaciones inherentes al instrumento de medición utilizado; en la literatura, entre los pocos estudios que han estudiado esta relación los resultados son contradictorios [185, 186], quizás debido a las diferentes

características que engloba este factor, pues por un lado el extravertido es comunicativo, social, gregario y asertivo, lo cual puede relacionarse bien con mindfulness, pero a la vez también necesita actividad, estimulación y excitación, lo cual puede hacer que presenten dificultades para estar atentos al momento presente, sobre todo si representa actividades rutinarias o de ritmo lento. Se han obtenido diferencias significativas en ANOVA tiempo x grupo en Afabilidad y Responsabilidad, en consonancia con autores que destacan la relación positiva entre ambos factores y Mindfulness [182]. No existen diferencias en el GE en función del nivel de severidad de los síntomas, los participantes con alta severidad en sintomatología obtienen puntuaciones menores en Estabilidad Emocional significativas y resulta de interés constatar que, en el GE, no se produce incremento de Estabilidad Emocional en el grupo de alta sintomatología, a pesar de que sí desciende significativamente la sintomatología, como se ha visto en la discusión de los resultados del SCL-90-R, a pesar de esta relación observada entre alta sintomatología y baja Estabilidad Emocional; en ANOVA tiempo x grupo se produce variación en Afabilidad y Responsabilidad en los participantes con alta sintomatología previa, lo mismo que ocurre en el total de participantes. No se obtienen variaciones intragrupo en función del sexo, sí se observa que, en el GE, las mujeres puntúan más alto en el dominio Afabilidad y más bajo en Responsabilidad y Estabilidad Emocional; realizado ANOVA tiempo x grupo, se obtienen diferencias significativas en las Mujeres en los factores Afabilidad y Responsabilidad, por lo que parece que estas diferencias, también encontradas con la totalidad de participantes, podrían ser debidas a su efecto en las mujeres. Existe cierta evidencia de que en la mejora del dominio Extraversión haya podido influir el nivel de práctica en casa realizado.

## **27.6. Cuestionario Cualitativo CC post intervención en Grupo**

### **Experimental**

El Cuestionario Cualitativo ha recogido como la mayoría de participantes ha informado de cambios positivos en su estado de ánimo (65,1%) y contenidos de pensamientos (62,8). El 37,2% informan de cambios positivos en su relación con los demás y todos afirman que han aprendido habilidades aplicables a su futura práctica médica (100%).

Entre los cambios en estado de ánimo recogidos, los más reportados tienen que ver con un estado de ánimo más sereno, menor irritabilidad y más calma, con alivio de síntomas y menos sensación de agobio.

En relación con la forma de pensar los cambios más notificados tienen que ver con tener una mente más abierta a alternativas, con una mayor perspectiva, mayor consciencia, con menos pensamientos a la vez, mayor aceptación, menos culpabilidad y con una mayor atención al momento que se vive y a lo que se hace

Los cambios más notificados en la relación con los demás tienen que ver con una mayor tolerancia a la diferencia, no juzgar tanto, más comprensión y el ver a las personas más como son.

Con respecto a la utilidad para la práctica médica, debido a su relevancia para este trabajo, se relacionan todos en estas conclusiones, los cambios más notificados tienen que ver con saber relajarse ante situaciones estresantes y cuando se está saturado, apaciguar y gestionar las emociones, calmar la mente y encender el "modo ser, luego vendrían mejoras en la concentración, consciencia, atención, serenidad, actuar sin precipitarse, pararse para poder ver mejor, saber escuchar, mayor autocontrol, también saber expresar mejor lo que se siente, empatía, dar apoyo al enfermo, comunicación de malas noticias,

mejorar la relación con compañeros, a continuación irían el mejorar la reflexionar, conocerse mejor a uno mismo, identificar lo importante del entorno, saber tomar mejores decisiones, también incrementar la tolerancia, observar sin juzgar, aceptar la manera de ser del enfermo, asimismo crear espacio entre las dificultades y preocupaciones del paciente y las propias, entender y conectar sin dejarse afectar por sentimientos demasiado abrumadores para poder seguir ayudando, entender la importancia de cuidarse para poder cuidar a los demás, de la autocompasión, además el saber transmitir la importancia de vivir el momento presente, sin remordimientos por el pasado ni ansiedades por el futuro y el conceder importancia a las sensaciones corporales.

Uno solo de los participantes ha notificado algún cambio negativo, tanto en estado de ánimo como en relación con los demás.

Se piensa que este Cuestionario Cualitativo ha permitido aprehender mejor la experiencia acaecida y puede ayudar a entender los cambios conseguidos, recogiendo aspectos que tienen mayores dificultades en ser reflejados en el resto de cuestionarios utilizados en esta investigación, en consonancia con la opinión de diferentes autores al respecto [22, 84, 450].

## **28. RESUMEN DE COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS**

En este apartado se efectúa una síntesis de los contrastes de hipótesis discutidos en el apartado de Discusión de una forma ordenada y agrupada.

Hipótesis 1.1. *La participación en el taller hará que disminuyan los niveles de estrés en relación a la medición basal y al grupo de control.*

## Resumen de Comprobación de Hipótesis

Existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 1.1, pues han disminuido los niveles de estrés, en relación con la medición basal del Grupo Experimental y en comparación con el Grupo de Control.

Hipótesis 1.2. *La participación en el taller hará que disminuya la sintomatología psicopatológica detectada, en relación a la medición basal y al grupo de control.*

A vista de los resultados, existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 1.2, pues han disminuido los niveles del Índice de Severidad Global GSI. Adicionalmente, puede afirmarse que también ha disminuido en el GE, con respecto a la puntuación basal, el Índice de Malestar por Síntomas y el Total de Síntomas Positivos, aunque el ANOVA tiempo x grupo no ha resultado significativo, y que la eficacia de la intervención es buena en los casos de mayor severidad.

Hipótesis 1.3. *La participación en el Taller implicará mejoras en estado de ánimo y cambios acerca de la relevancia concedida a los pensamientos.*

Existe evidencia aportada por el Cuestionario Cualitativo a favor de aceptar la Hipótesis 1.3, pues el 65,1% de los participantes en el GE han contestado afirmativamente sobre si han notado cambios en su estado de ánimo y el 62,8 sobre si han notado cambios en su forma de pensar.

Existe también evidencia aportada por el Cuestionario de Síntomas: En relación al estado de ánimo, este está en estrecha relación con la sintomatología que compone las escalas de Depresión, que ha descendido significativamente en el GE con respecto a las mediciones basales (podría destacarse la importante mejora en Sentirse desesperanzado con respecto al futuro), y Ansiedad, que ha descendido significativamente en el GE con respecto a las mediciones basales y al GC. También puede inferirse que puede mejorar debido al descenso del Índice general de sintomatología, que ha descendido significativamente en el GE con respecto a las mediciones basales y al GC, Malestar por

síntoma y Número de síntomas. De una manera más concreta, entre los 10 síntomas que obtienen las mayores puntuaciones pre y que mejoran significativamente en el GE, encontramos 3 directamente relacionados con el estado de ánimo: Nerviosismo, Sentirse bajo de energía y Sentirse tenso y agitado. Además, Nerviosismo y Sentirse tenso o agitado son de los síntomas cuya puntuación más desciende en el GE (más de 0,5 puntos). En relación a los cambios en contenidos de pensamientos, estos están en estrecha relación con la sintomatología que compone las escalas de Obsesión-Compulsión, que ha descendido significativamente en el GE con respecto a las mediciones basales y al GC, y Depresión, que ha descendido significativamente en el GE con respecto a las mediciones basales. También han mejorado, aunque en menor medida, pues se partía de puntuaciones menores, las puntuaciones en las escalas de Ideación paranoide y Psicoticismo. De una manera más concreta, entre los 10 síntomas que obtienen las mayores puntuaciones pre y que mejoran significativamente en el GE, encontramos 4 directamente relacionados con los pensamientos: Preocuparse demasiado por todo, Dificultad para concentrarse, Pensamientos no deseados y Dificultad para tomar decisiones. Además, Preocuparse Demasiado y Pensamientos no deseados son de los síntomas cuya puntuación más desciende en el GE (más de 0,5 puntos).

Hipótesis 1.4. *Si existe burnout, la participación en el Taller hará que disminuya respecto a la medición basal y al grupo de control.*

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 1.4 en relación a la disminución del nivel de Burnout tras la intervención en los participantes con altas puntuaciones previas. Aunque se producen cambios en el GE en el grupo de altas puntuaciones previas, el hecho de que se produzcan cambios también en el GC hace pensar que los mismos sean debidos al fenómeno de regresión a la media, o al menos, no parece prudente atribuirlos al efecto del tratamiento, a pesar de que sean de mayor magnitud que los producidos en el GE en algunos factores y en la puntuación total.



## Resumen de Comprobación de Hipótesis

En el GE completo, sin separarlo según su nivel previo de burnout, se ha obtenido en el GE una mejora significativa en Eficacia Académica en comparación con las puntuaciones basales, a pesar de partir de puntuaciones superiores al GC, aunque no ha resultado significativo el ANOVA tiempo x grupo.

**Hipótesis 1. *La participación en el taller mejorará las habilidades de cuidado personal de los participantes.***

A la vista de la evidencia presentada que lleva a aceptar las subhipótesis 1.1, 1.2 y 1.3, puede concluirse que puede aceptarse la Hipótesis 1.

La subhipótesis 1.4 acerca del burnout no se cumple. Hay que considerar que en el burnout influyen también variables de tipo organizacional y que no existe burnout previo en el GE, por lo que se considera que no invalida la Hipótesis 1.

Hipótesis 2.1. *La participación en el Taller incrementará el apego seguro, el modelo de sí mismo y el modelo de otros, en relación a la medición basal y al grupo de control.*

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 2.1 en relación al incremento de apego Seguro, pues, aunque se ha incrementado en el GE, tanto en las medidas cuantitativas como en la elección cualitativa, los cambios no han llegado a la significación. Dada la dificultad que puede implicar lograr modificar este constructo, es posible que la duración de las intervenciones haya sido demasiado breve. También es posible que, debido a que más de la mitad de los participantes sean de apego seguro previamente a la intervención (es una proporción normativa en este constructo) sea difícil conseguir incrementos que resulten significativos.

Sí existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 2.1 en relación con el incremento de Modelo de Sí mismo (contrario a Ansiedad) con respecto a la medición basal, aunque no con respecto al Grupo de Control. La puntuación en la dimensión Modelo de Sí mismo corresponde a la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan una alta ansiedad hacia las relaciones (temeroso y preocupado) a la que se resta la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan una baja ansiedad hacia las relaciones (seguro y rechazante).

Sí existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 2.1 en relación con el incremento de Modelo de Otros (contrario a Evitación) con respecto al Grupo de Control. La puntuación en la dimensión Modelo de Otros corresponde a la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan un alto nivel de evitación de las relaciones (Rechazante y Temeroso) a la que se resta la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan un nivel bajo de evitación de las relaciones (Seguro y Preocupado).

El incremento conseguido en apego Seguro ha redundado en una disminución, esta sí significativa, de uno de los tipos de apego inseguro, el apego Temeroso (porcentaje de cambio del 22%). Estos resultados parecerían indicar que las personas con un apego del tipo Temeroso, serían capaces de beneficiarse de la práctica de mindfulness.

Hipótesis 2.2. *La participación en el Taller implicará cambios positivos en la relación con los demás.*

A vista de los resultados existe alguna evidencia aportada por el Cuestionario Cualitativo (cuyas respuestas están más centradas en el desarrollo de aspectos positivos) a favor de aceptar la Hipótesis 2.2, pues el 37,2% de los participantes en el GE han contestado afirmativamente a esta pregunta, aunque no lo hecho así la mayoría de participantes. No se ha realizado un contraste de hipótesis de proporciones de estos cambios debido a que el porcentaje de cambio hipotetizado para una muestra se considera

## Resumen de Comprobación de Hipótesis

desconocido (solo se ha realizado una única medida post intervención y no se tienen referencias). Tampoco se plantearon estas preguntas al GC debido a que se consideró que no tenían sentido para ellos.

También existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 2.2 aportada por el Cuestionario de Síntomas (cuyas respuestas están más centradas en el desarrollo de aspectos negativos) puesto que la relación con los demás está en estrecha relación con la sintomatología que compone las escalas de Hostilidad (podrían destacarse la mejora en los ítems Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado, Sentir el impulso de hacer daño a alguien, Tener ganas de romper algo y Tener discusiones frecuente) y Sensibilidad Interpersonal (podría destacarse la importante mejora en los ítems Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad, Sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso, Sentirse inferior a los demás y Sentirse incómodo cuando la gente le habla o le mira), que han descendido significativamente en el GE con respecto a las mediciones basales y al GC. De una manera más concreta, entre los 10 síntomas que obtienen las mayores puntuaciones pre y que mejoran significativamente en el GE, encontramos uno directamente relacionados con las relaciones con los demás: Irritarse fácilmente, además, este ítem es uno de los síntomas cuya puntuación más desciende en el GE (más de 0,5 puntos).

También existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 2.2 aportada por el Cuestionario de Relación RQ en relación con el incremento de Modelo de Otros, contrario a Evitación, pues se entiende que una menor evitación en las relaciones redonda en una mejora en la relación con los demás.

Hipótesis 2.3. *La participación en el Taller incrementará las habilidades de mindfulness en relación a la medición basal y al grupo de control.*

A vista de los resultados, existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 2.3, pues se ha incrementado la puntuación Total de mindfulness en relación con la medición basal del Grupo Experimental y en comparación con el Grupo de Control. La faceta que más ha cambiado como consecuencia de la intervención es Observar.

Hipótesis 2.4. *La participación en el Taller incrementará las habilidades de autocompasión en relación a la medición basal y al grupo de control.*

A vista de los resultados, existe cierta evidencia a favor de aceptar la Hipótesis 2.4, pues se ha incrementado la puntuación total de autocompasión en relación con la medición basal del Grupo Experimental. Con respecto al Grupo de Control los resultados no apoyan la hipótesis; existían diferencias pre intervención en estas variables entre GE y GC y en el GC también se ha producido una mejora significativa en la puntuación Total, aunque de significación menor y desde valores también menores (el ANOVA tiempo x grupo no ha resultado significativo). La escala que más ha cambiado como consecuencia de la intervención es Aislamiento (también ha cambiado en el GC, aunque con significación mucho menor).

Hipótesis 2.5. *La participación en el Taller incrementará el nivel de empatía con respecto a la medición basal y al grupo de control.*

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 2.5 en relación al incremento del nivel de Empatía, pues no se han incrementado los resultados en ninguno de los factores (el factor Comprensión Empática raya la significación) ni en la puntuación total en el GE con respecto a las mediciones basales. Sí se ha obtenido una diferencia significativa en Comprensión Empática en el GE, en comparación con el GC mediante ANOVA tiempo x grupo.

## Resumen de Comprobación de Hipótesis

**Hipótesis 2.6.** *Los participantes en el Taller aprenderán habilidades que considerarán de utilidad para su práctica médica.*

A vista de los resultados existe gran evidencia aportada por el Cuestionario Cualitativo en considerar que los participantes en los talleres han aprendido habilidades que consideran de utilidad para su práctica médica, pues el 100% de los participantes han respondido afirmativamente a esta pregunta.

**Hipótesis 2.** *La participación en el taller mejorará las habilidades psicológicas relacionadas con una buena práctica médica*

Se han aceptado la subhipótesis 2.3, y 2.6 y parcialmente la 2.4. Acerca de las subhipótesis 2.1 y 2.2 existe evidencia parcial y no se ha validado la subhipótesis 2.5.

A la vista de la unanimidad conseguida en la subhipótesis 2.6, que es la más directa, pues se pregunta explícitamente a los participantes sobre este tema, y del resto de resultados, se considera que existe cierta evidencia favorable sobre la Hipótesis 2.

**Hipótesis 3.** *Cuanto mayor sea el nivel de práctica realizada, mayores serán las diferencias con respecto a las mediciones basales y al grupo de control.*

A vista de los resultados, existe cierta evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 respecto al nivel de estrés, pues el grupo de alta práctica ha obtenido mejores resultados post que el grupo de baja práctica, a pesar de partir de puntuaciones superiores. El ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no resulta significativo. Ambos grupos mejoras con respecto al GC,

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 respecto a la reducción de la sintomatología, pues tanto el grupo de alta

práctica como el grupo de baja práctica han mejorado las mediciones basales de manera significativa.

A vista de los resultados, existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 respecto al mayor incremento en la puntuación de mindfulness en el grupo que más practica en casa, en concreto en los factores Observar y No jugar y en la puntuación Total. No obstante, el grupo que menos practica también ha mejorado sus puntuaciones basales de manera significativa, aunque con menor magnitud.

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 respecto al mayor incremento en la puntuación total de autocompasión en el grupo que más practica en casa, pues, a pesar de que la magnitud del incremento producido ha sido superior en dicho grupo frente al grupo de menor práctica, la diferencia no es significativa. En el grupo de menor práctica sí se obtiene una mejora en la puntuación total significativa (posiblemente debido al mayor tamaño de este grupo), a pesar de que es de menor magnitud. Considerando las escalas por separado, el grupo de mayor práctica obtiene mejoras significativas en 2 escalas: No autocrítica y No aislamiento, mientras que el grupo de menor práctica mejora significativamente en 1 escala: No aislamiento. Ya se ha comentado que no existe diferencias en ANOVA tiempo x frecuencia de práctica.

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 respecto a las puntuaciones en tipos y modelos de apego, más bien al contrario, ya que las variaciones producidas han sido, en general, superiores en el grupo que menos ha practicado en casa, aunque ningún ANOVA tiempo x frecuencia de práctica ha resultado significativo.

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 con respecto a las puntuaciones basales en factores y puntuación total de

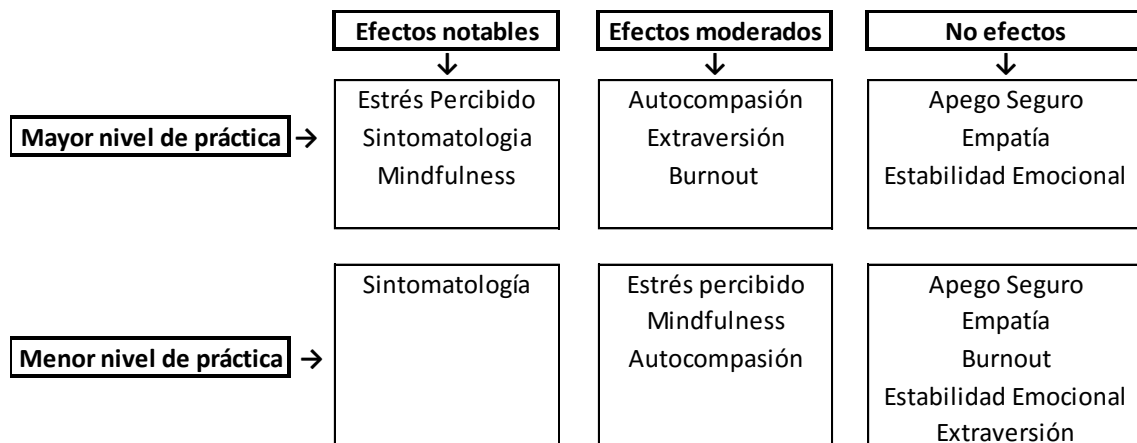
## Resumen de Comprobación de Hipótesis

empatía. En ANOVA tiempo x frecuencia de práctica se han encontrado resultados en Adopción de perspectivas.

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 respecto a la puntuación total de burnout. Es probable que en la mejora encontrada en el GE en el factor Eficacia Académica influya el mayor nivel de práctica en casa.

A vista de los resultados, existe cierta evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 3 respecto a la puntuación en el dominio de personalidad Extraversión, pues el incremento que se produce en el GE en este dominio en comparación con su puntuación basal, se produce además en el grupo que más práctica en casa y no en el que menos practica, aunque en ANOVA tiempo x frecuencia de práctica no se llega a la significación.

En la Figura 175 se muestra un resumen de estos resultados de una forma gráfica.



**Figura 175: Influencia de la práctica fuera de las sesiones del taller en los efectos conseguidos**

Hipótesis 4.1. *Existirá relación entre disminución de estrés y sintomatología con incrementos de los constructos mindfulness y autocompasión, en consonancia con el modelo teórico adoptado.*

A vista de los resultados, existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 4.1 en referencia a la disminución del estrés y su relación con el incremento de mindfulness, pues la puntuación total de mindfulness guarda relación con el nivel de estrés, el grupo de alto nivel de estrés parte de puntuaciones de mindfulness inferiores y, al igual que disminuyen el nivel de estrés con la intervención, se incrementan sus puntuaciones en mindfulness.

A vista de los resultados, existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 4.1 en referencia a la disminución de sintomatología y su relación con el incremento de mindfulness, pues la puntuación total de mindfulness guarda relación con el nivel de severidad de síntomas, el grupo de alta severidad parte de puntuaciones de mindfulness inferiores y, al igual que disminuyen la severidad de los síntomas con la intervención, se incrementan sus puntuaciones en mindfulness.

A vista de los resultados, existe cierta evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 4.1 en referencia a la disminución de estrés y su relación con el incremento de autocompasión en el GE con respecto a la puntuación basal, pues la puntuación total de autocompasión guarda relación con el nivel de estrés, el grupo de alto estrés parte de puntuaciones de autocompasión inferiores y, al igual que disminuyen el nivel de estrés con la intervención, se incrementan sus puntuaciones en autocompasión de manera significativa. Bien es verdad que en el GC también se produce un incremento en autocompasión, aunque no alcanza significación, sin que se produzca apenas decremento en el nivel de estrés; asimismo, el ANOVA tiempo x grupo aporta evidencia contraria a esta hipótesis al no encontrarse diferencias significativas. En cualquier caso, la evidencia es menor que la encontrada con el constructo Mindfulness.

A vista de los resultados, existe cierta evidencia a favor de aceptar la Hipótesis 4.1 en referencia a la disminución de sintomatología y su relación con el incremento de



## Resumen de Comprobación de Hipótesis

autocompasión, pues la puntuación total de autocompasión guarda relación con el nivel de severidad de síntomas, el grupo de alta severidad parte de puntuaciones de autocompasión inferiores y, al igual que disminuyen la severidad de los síntomas con la intervención, se incrementan sus puntuaciones en autocompasión en mayor magnitud que en el grupo de menor severidad. Bien es verdad que en el GC también se produce una mejora, mucho menor, en sintomatología sin que se produzca apenas incremento en su nivel de autocompasión y que en el ANOVA tiempo x grupo no se encuentra ningún cambio significativo, ni en los participantes de alta severidad de síntomas previa ni en los participantes con baja severidad de síntomas previa.

*Hipótesis 4.2. A menor estabilidad emocional, mayores beneficios de la participación en el Taller en reducción de sintomatología y estrés.*

A vista de los resultados, existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 4.2 en referencia a la reducción del estrés, pues han disminuido los niveles de estrés, en relación con la medición basal del Grupo Experimental en los participantes con baja estabilidad emocional y en comparación con los participantes del mismo colectivo del Grupo de Control. Es posible que los pocos cambios observados en el grupo de alta estabilidad emocional pueden ser debidos a un efecto suelo.

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 4.2 en referencia a la reducción de sintomatología, pues han disminuido sus niveles medidos con el Índice de Severidad Global GSI, en relación con la medición basal del Grupo Experimental y en comparación con los participantes del mismo colectivo del Grupo de Control tanto en el grupo de alta estabilidad emocional como en el de baja estabilidad emocional en magnitudes parecidas. La evidencia iría en sentido contrario, pues resulta significativo el ANOVA tiempo x grupo para los participantes con mayor estabilidad emocional.

**Hipótesis 4.3.** *A mayor responsabilidad, mayores beneficios de la participación en el Taller en reducción de sintomatología y estrés.*

A vista de los resultados, existe evidencia significativa a favor de rechazar la Hipótesis 4.3 en referencia a la reducción del estrés, pues no han disminuido los niveles de estrés, en relación con la medición basal del Grupo Experimental en los participantes con alta responsabilidad (según puntuación en Ten-item Personality Inventory TIPI) y en comparación con los participantes del mismo colectivo del Grupo de Control. En cambio, la reducción significativa del nivel de estrés ha tenido lugar precisamente entre los participantes de baja responsabilidad, en relación a su medición basal y en comparación con los participantes del mismo colectivo del Grupo de Control. Los pocos cambios observados en el grupo de alta responsabilidad pueden ser debidos a un efecto suelo, pues sus niveles de estrés son bajos.

A vista de los resultados, no existe evidencia significativa a favor de aceptar la Hipótesis 4.3 en referencia a la reducción de sintomatología, pues han disminuido sus niveles medidos con el Índice de Severidad Global GSI, en relación con la medición basal del Grupo Experimental tanto en el grupo de alta responsabilidad como en el de baja responsabilidad en magnitudes parecidas; más bien al contrario, pues los únicos efectos significativos en relación con el Grupo de Control, según ANOVA, se han producido en los participantes con bajo nivel de responsabilidad.

**Hipótesis 4.** *En las mejoras en habilidades de cuidado personal tienen influencia otras variables intervinientes*

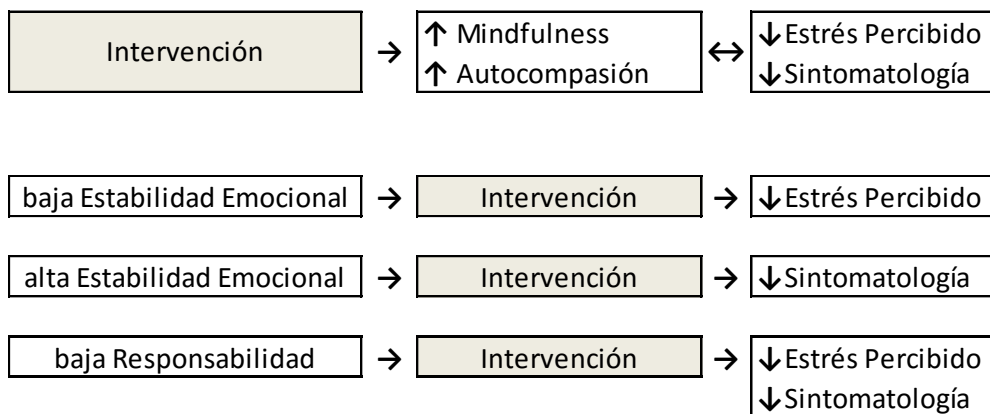
Se ha validado la subhipótesis 4.1 acerca de la relación entre incrementos de mindfulness y autocompasión con disminuciones de estrés percibido y sintomatología.

## Resumen de Comprobación de Hipótesis

Se ha validado la subhipótesis 4.2 acerca de la mayor efectividad del programa aplicado en disminuir el estrés en personas con baja estabilidad emocional previa; no es así con respecto a la sintomatología que mejora más en los participantes de alta estabilidad emocional previa.

No se ha validado la subhipótesis 4.3 acerca de la mayor efectividad del programa aplicado en disminuir el estrés y sintomatología en personas con alto nivel de responsabilidad previa; los resultados van en sentido contrario, los efectos en estrés y sintomatología son mayores en los participantes con baja responsabilidad.

En la Figura 176 se plasma la influencia de estas variables intervinientes.



**Figura 176: Influencia de variables intervinientes al aplicar la intervención en la mejora de habilidades de autocuidado**

## 29. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones encontradas en esta investigación, referidas a la muestra de trabajo, son las siguientes.

- Los estudiantes de medicina padecen una sintomatología psicopatológica notable, al nivel de una población de pacientes psicosomáticos; destacan en especial los síntomas obsesivo-compulsivos. Su nivel de estrés percibido también es superior al de una población de su edad, especialmente en las mujeres. Su nivel de burnout académico es equiparable al de otros estudios.
- Los estudiantes que presentan un alto nivel de sintomatología psicopatológica también presentan alto nivel de estrés percibido, bajo nivel de mindfulness, bajo nivel de autocompasión, bajo nivel de apego seguro, alto nivel de burnout académico y baja estabilidad emocional. Sin embargo no se encuentra relación entre alto o bajo nivel de sintomatología con el nivel de empatía.
- La aplicación de un programa basado en mindfulness adaptado a las características de los participantes permite reducir de forma significativa los niveles de estrés percibido y sintomatología psicopatológica.
- La mejora se produce con un nivel de práctica fuera de las sesiones presenciales muy inferior al recomendado en los programas más conocidos. El nivel de práctica tiene un efecto diferencial en las diferentes variables dependientes estudiadas. Las personas que reportan mayores niveles de práctica son las que parten de niveles superiores de estrés percibido y sintomatología psicopatológica.
- La reducción del estrés percibido y sintomatología viene acompañada de incrementos de los niveles de mindfulness y autocompasión, en menor medida.

## Conclusiones

Estas variables también son susceptibles de efectos diferenciales en función de la práctica (mindfulness es más sensible al nivel de práctica).

- La intervención no tiene efectos claros en los tipos de apego, aunque existe una tendencia a disminuirse el tipo de apego temeroso y a incrementarse el modelo de otros.
- La intervención no tiene efectos en empatía, parece que existe evidencia para diferenciar entre empatía y compasión.
- La intervención no tiene efecto en el nivel de burnout académico. Existe cierta evidencia de mejora en eficacia académica.
- La intervención parece incrementar los niveles de extraversión. Es eficiente en personas con bajo nivel de responsabilidad en reducción de estrés percibido y sintomatología. En personas con baja estabilidad emocional es más efectiva en reducción de estrés percibido y en las de alta estabilidad emocional en reducción de sintomatología.
- Los participantes opinan que las habilidades aprendidas son de utilidad para su futura práctica médica, han mejorado su estado de ánimo y han cambiado acerca de la relevancia concedida a los pensamientos.

### **30. FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.**

#### **PROPUESTAS DE FUTURO**

Es relevante comentar que no se han observado ni medido resultados de carácter negativo, o bien han seguido una línea de mejora, en el sentido de salud y bienestar, o no se han producido cambios, con la única excepción de un participante que ha comentado cambios negativos en estado de ánimo y relación con los demás en el Cuestionario Cualitativo. Estos resultados apoyan la utilización de las técnicas de mindfulness en un contexto definido, adaptado a los participantes, con un instructor cualificado, una estructuración de las sesiones, así como una guía para las meditaciones y su duración.

A nivel general de todas las variables medidas, dado que las puntuaciones pre de la muestra total ponen de relieve una sintomatología importante, puede inferirse que los participantes manifiestan buen nivel de sinceridad, sin influencia de la deseabilidad social que hubiera podido influir en presentar una imagen de sí mismo positiva, sin reconocer posibles problemas.

El hecho de que existan variables que no se modifiquen con la intervención, como la Empatía, puede interpretarse como evidencia de que no se está produciendo un efecto placebo importante, pues si existiera parece que tendría que ser general. Además, las preguntas en este cuestionario no miden ningún efecto difícil de detectar por parte de los participantes por lo que podría haber quedado influido por las características de la demanda y no ha sido así. Este resultado puede aportar evidencia de que los efectos de las características de la demanda son limitados.

No se ha controlado el efecto experimentador, pues el investigador ha sido a la vez el instructor de los talleres. Sí que se ha evitado procesar los resultados de las pruebas pre intervención hasta que concluyera cada taller, con objeto de que el investigador-

Fortalezas, limitaciones y propuestas de futuro

instructor no tuviera conocimiento de estos resultados durante el taller que hubieran podido influirle de alguna manera.

Una limitación importante de este trabajo es no haber efectuado seguimiento de los efectos una vez finalizado el taller, está previsto poder realizarlo en las próximas ediciones del mismo, así como la utilización de medidas más precisas del tiempo de práctica fuera de las sesiones presenciales.

Con respecto a las cuestiones referentes a coste-efectividad comentadas en el apartado 17.1, resulta relevante resaltar las ventajas que representa una intervención grupal que no requiere equipos caros ni complejos como la aplicada en esta investigación.

Dada la problemática de salud detectada y los resultados obtenidos, resulta conveniente continuar las investigaciones y difundir este tipo de intervenciones entre estudiantes de medicina. Las posibilidades van, como resaltan Dobkin y Hutchinson [346], desde ofrecer este tipo de intervenciones como actividades complementarias o extracurriculares, asignaturas optativas, o incluso que formen parte del currículum formativo principal.

Dado el importante nivel de sintomatología detectada, además de las intervenciones comentadas en el párrafo anterior, parece muy conveniente disponer de un servicio de asistencia psicológica individual, con una labor de soporte, ayuda y detección de casos que requieren derivación a servicios más especializados. Este servicio debe funcionar en un marco de estricta confidencialidad y confianza de manera que no existan riesgos de posible estigmatización [327, 328], en línea con el existente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona [318].

**31. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Salamero M, Baranda L, Mitjans A, Baillés E, Cámara M, Parramon G, Gómez E, Arteman A, Padrós J (2012) Estudi sobre la salut, estils de vida i condicionants acadèmics dels estudiants de medicina de Catalunya. Fundació Galatea, Barcelona
2. Prat J, Carreras J, Branda L, Miralles R, Fenoll MR, Rodríguez S, Grifoll J (2004) Competències professionals bàsiques comunes dels llicenciats en Medicina formats a les universitats de Catalunya. Barcelona
3. Core Committee. Institute for International Medical Education (2002) Global minimum essential requirements in medical education. *Med Teach* 24:130-5
4. Kabat-Zinn J (1990) Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. Dell, New York
5. Kabat-Zinn J (1994) Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in every life. Hyperion, New York
6. Kabat-Zinn J (2005) Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness. Hyperion, New York
7. Segal Z V, Williams JMG, Teasdale JD (2002) Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford Press
8. Vallejo Pareja MÁ (2006) Mindfulness. *Papeles del Psicólogo* 27:92-99
9. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (1999) Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.
10. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (2011) Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change.
11. Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, New York
12. Linehan MM (2012) Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Paidós, Barcelona
13. Siegel RD, Germer CK, Olendzki A (2009) Mindfulness: What is it? Where did it come from? En: Didonna F (ed) *Clin. Handb. Mindfulness*. Springer, pp 17-35
14. Trad. Rhys Davids TW (1890) The questions of King Milinda. Clarendon Press, Oxford
15. Brown KW, Ryan RM (2003) The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 84:822-848
16. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, et al. (2004) Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clin Psychol Sci Pract* 11:230-241
17. Ospina MB, Bond K, Karkhaneh M, et al. (2007) Meditation practices for health: state of the research. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 1-263
18. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B (2006) Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol* 62:373-86
19. Simón VM (2007) Mindfulness y Neurobiología. *Rev. Psicoter.* pp 5-30
20. Hick SF (2008) Cultivating the Therapeutic Relationship. The Rol of Mindfulness. En: Hick SF, Bien T (eds) *Mindfulness Ther. Relatsh*. Gilford Press, New York, pp 3-18
21. Grossman P (2011) Defining mindfulness by how poorly I think I pay attention during



## Referencias bibliográficas

- everyday awareness and other intractable problems for psychology's (re)invention of mindfulness: Comment on Brown et al. (2011). *Psychol Assess* 23:1034-1040
22. Chiesa A (2013) The Difficulty of Defining Mindfulness: Current Thought and Critical Issues. *Mindfulness (N Y)* 4:255-268
  23. Germer CK, Neff KD (2013) Self-compassion in clinical practice. *J Clin Psychol* 69:856-67
  24. Gilbert P (2014) The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol* 53:6-41
  25. Siegel DJ (2007) *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. Norton&Company, New York
  26. Siegel DJ (2010) *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration*. W. W. Norton & Company, New York
  27. Ricard M, Lutz A, Davidson RJ (2015) En el cerebro del meditador. *Investig Cienc* 18-25
  28. Kitanishi K, Mori A (1995) Morita therapy: 1919 to 1995. *Psychiatry Clin Neurosci* 49:245-54
  29. Usa S (2003) Morita therapy over history. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 105:589-592
  30. Hofmann SG (2008) Acceptance and commitment therapy: New wave or morita therapy? *Clin Psychol Sci Pract* 15:280-85
  31. Schultz JH (1932) *Das Autogene Training*. Thieme, Leipzig
  32. Jung CG, Wilhelm R (2009) *El secreto de la flor de oro*. Paidós, Barcelona
  33. Suzuki DT, Fromm E (1998) *Budismo zen y psicoanálisis*. Fondo de Cultura Económica, Mexico
  34. Pelled E (2007) Learning from experience: Bion's concept of reverie and Buddhist meditation. A comparative study. *Int J Psychoanal* 88:1507-1526
  35. Assagioli R (1989) *El acto de voluntad: un nuevo enfoque de psicología humanista*. Trillas, México
  36. Shapiro DH, Giber D (1978) Meditation and psychotherapeutic effects. Self-regulation strategy and altered state of consciousness. *Arch Gen Psychiatry* 35:294-302
  37. Burke A (2012) Comparing individual preferences for four meditation techniques: Zen, Vipassana (Mindfulness), Qigong, and Mantra. *Explor J Sci Heal* 8:237-42
  38. Kristeller JL (2008) Mindfulness meditation. En: Lehrer PM, Woolfolk RL, Sime WE (eds) *Princ. Pract. Stress Manag.*, 3rd ed. Guilford Press, New York, pp 393-427
  39. Rapgay L, Rinpoche VL, Jessum R (2000) Exploring the nature and functions of the mind: a Tibetan Buddhist meditative perspective. *Prog Brain Res* 122:507-15
  40. Thynn T (1995) *Living meditation, living insight: the path of mindfulness in daily life*. Budda Dharma Education Association Inc, Massachusetts
  41. Klapau P (1994) *Los tres pilares del zen*. Gaia Ediciones, Madrid
  42. Suzuki S (1987) *Mente Zen, mente de principiante*. Buenos Aires
  43. Enomiya-Lassalle HM (2007) *Zen. Un camino hacia la propia identidad*. Mensajero, Bilbao
  44. Kôun Y (1993) *Barrera sin puerta*. Zendo Betania, Brihuega
  45. Kabat-Zinn J (2011) Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemp Buddhism* 12:281-306

46. Grubin D (1993) *Healing and the mind: 3 Healing from within*. Ambrose Video Publishing, USA
47. Smith JC (2004) «Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation»: three caveats. *Psychosom Med* 66:148-49
48. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF (2003) Alterations in brain and immune function produced by Mindfulness meditation. *Psychosom Med* 65:564-570
49. Davidson RJ, Kabat-Zinn J (2004) «Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation: three caveats»: Comment Response. *Psychosom Med* 66:149-52
50. Lau MA, McMain SF (2005) Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: The challenge of combining acceptance- and change-based strategies. *Can J Psychiatry* 50:863-69
51. Dorjee D (2010) Kinds and Dimensions of Mindfulness: Why it is Important to Distinguish Them. *Mindfulness (N Y)* 1:152-160
52. Williams M, Penman D (2013) *Mindfulness. Guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético*. Paidós, Barcelona
53. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L (2006) Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* 13:27-45
54. Harrer ME (2009) Mindfulness and the mindful therapist: Possible contributions to hypnosis. *Contemp Hypn* 26:234-44
55. Bergomi C, Tschacher W, Kupper Z (2013) Measuring Mindfulness: First Steps Towards the Development of a Comprehensive Mindfulness Scale. *Mindfulness (N Y)* 4:18-32
56. Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, Farrow V (2008) The assessment of present-moment awareness and acceptance: the Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment* 15:204-23
57. Buchheld N, Grossman P, Walach H (2001) Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *J Medit Medit Res* 1:5-23
58. Lau MA, Bishop SR, Segal Z V., Buis T, Anderson ND, Carlson L, Shapiro S, Carmody J, Abbey S, Devins G (2006) The Toronto mindfulness scale: Development and validation. *J Clin Psychol* 62:1445-67
59. Smith JC (1999) *ABC relaxation theory: An evidence-based approach*. Springer, New York
60. Treadway MT, Lazar SW (2009) The neurobiology of mindfulness. En: Didonna F (ed) *Clin. Handb. mindfulness*. Springer, New York, pp 45-57
61. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U (2011) How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspect Psychol Sci* 6:537-559
62. Tang Y-Y, Hölzel BK, Posner MI (2015) The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci* 16:213-225
63. Creswell JD, Way BM, Eisenberger NI, Lieberman MD (2007) Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosom Med* 69:560-5
64. Burklund LJ, Creswell JD, Irwin MR, Lieberman MD (2014) The common and distinct neural bases of affect labeling and reappraisal in healthy adults. *Front Psychol* 5:221
65. Didonna F (ed) (2009) *Clinical handbook of mindfulness*. Springer, New York

## Referencias bibliográficas

66. Baer RA, Smith GT, Allen KB (2004) Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment* 11:191-206
67. Hayes AM, Feldman G (2004) Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clin Psychol Sci Pract* 11:255-62
68. Chadwick P, Hember M, Mead S, Lilley B, Dagnan D (2005) Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire. University of Southampton. Royal South Hants Hospital. Documento no publicado
69. Hayes S (2004) Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies\*. *Behav Ther* 35:639-665
70. Fresco DM, Moore MT, van Dulmen MHM, Segal Z V., Ma SH, Teasdale JD, Williams JMG (2007) Initial Psychometric Properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a Self-Report Measure of Decentering. *Behav Ther* 38:234-46
71. Soler J, Tejedor R, Feliu-Sol A, Pascual JC, Cebolla A, Soriano J, Alvarez E, Perez V (2012) Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas españolas Psiquiatr* 40:18-25
72. Tejedor R, Feliu-Soler A, Pascual JC, Cebolla A, Portella MJ, Trujols J, Soriano J, Pérez V, Soler J (2014) Propiedades psicométricas de la versión española de la Philadelphia Mindfulness Scale. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 7:157-65
73. Cebolla A, García-Palacios A, Soler J, Guillen V, Baños R, Botella C (2012) Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Eur J Psychiatry* 26:118-26
74. Inchausti F, Prieto G, Delgado AR (2014) Análisis Rasch de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale en una muestra clínica. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 7:32-41
75. Epstein M (1990) Psychodynamics of meditation: Pitfalls on the spiritual path. *J Transpers Psychol* 22:17-34
76. Dennet D (1991) *Consciousness explained*. Back Bay Books, New York
77. Shapiro SL, Brown KW, Biegel GM (2007) Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Train Educ Prof Psychol* 1:105-15
78. Cohen-Katz J, Wiley S, Capuano T, Baker DM, Deitrick L, Shapiro S (2005) The Effects of Mindfulness-based Stress Reduction on Nurse Stress and Burnout. *Holist Nurs Pract* 19:78-86
79. Carmody J, Baer RA (2008) Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med* 31:23-33
80. Carmody J, Baer RA, L B Lykins E, Olendzki N (2009) An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *J Clin Psychol* 65:613-626
81. Sauer-Zavala SE, Walsh EC, Eisenlohr-Moul TA, Lykins ELB (2012) Comparing Mindfulness-Based Intervention Strategies: Differential Effects of Sitting Meditation, Body Scan, and Mindful Yoga. *Mindfulness (N Y)*. doi: 10.1007/s12671-012-0139-9
82. Chambers R, Lo BCY, Allen NB (2008) The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognit Ther Res* 32:303-22
83. Shapiro SL, Brown KW, Thoresen C, Plante TG (2011) The moderation of Mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: results from a randomized controlled trial. *J*

Clin Psychol 67:267-277

84. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M (2005) Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *Int J Stress Manag* 12:164-76
85. Soler J, Cebolla A, Feliu-Soler A, Demarzo MMP, Pascual JC, Baños R, García-Campayo J (2014) Relationship between Meditative Practice and Self-Reported Mindfulness: The MINDSENS Composite Index. *PLoS One* 9:e86622
86. Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, et al. (2014) Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol* 82:275-86
87. Crane C, Crane RS, Eames C, Fennell MJ V, Silverton S, Williams JMG, Barnhofer T (2014) The effects of amount of home meditation practice in Mindfulness Based Cognitive Therapy on hazard of relapse to depression in the Staying Well after Depression Trial. *Behav Res Ther* 63:17-24
88. Brown KW, Ryan RM (2004) Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clin Psychol Sci Pract* 11:242-248
89. Martin JR (1997) Mindfulness: A Proposed Common Factor. *J Psychother Integr Discontin* 7:291-312
90. Wilber K (2004) *Integral Psychology: Consciousness, Spirit, Psychology, Therapy*. Nov Relig. doi: 10.1525/nr.2004.8.2.125
91. Safran JD, Segal Z V. (1990) *Interpersonal process in cognitive therapy*. Jason Aronson, Lanham, MD US
92. May S, O'Donovan A (2007) The Advantages of the Mindful Therapist. *Psychother Aust* 13:46-53
93. Germer CK, Siegel RD, Fulton PR (eds) (2013) *Mindfulness and Psychotherapy*, 2n edition. Guilford Press, New York
94. Hawley LL, Schwartz D, Bieling PJ, Irving J, Corcoran K, Farb NAS, Anderson AK, Segal Z V. (2013) Mindfulness Practice, Rumination and Clinical Outcome in Mindfulness-Based Treatment. *Cognit Ther Res* 38:1-9
95. Amutio A (2006) *Relajación y meditación. Un manual práctico para afrontar el estrés*. Biblioteca Nueva, Madrid
96. Heide FJ, Borkovec TD (1983) Relaxation-induced anxiety: paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. *J Consult Clin Psychol* 51:171-82
97. Khazan IZ (2013) *The Clinical Handbook of Biofeedback: A Step-by-Step Guide for Training and Practice with Mindfulness*. Wiley-Blackwell Publishing Ltd., Chichester UK
98. Dürckheim KG (1989) *Meditar. Por qué y cómo. Hacia la vida iniciática*. Mensajero, Bilbao
99. Farb NAS (2012) Mind Your Expectations: Exploring the Roles of Suggestion and Intention in Mindfulness Training. *J Mind–Body Regul* 2:27–42
100. Jay Lynn S, Surya Das L, Hallquist MN, Williams JC (2006) Mindfulness, acceptance, and hypnosis: Cognitive and clinical perspectives. *Int J Clin Exp Hypn* 54:143-66
101. Amutio A *Nuevas perspectivas sobre la relajación*. Desclée de Brouwer, Bilbao
102. Delmonte MM (1981) Suggestibility and meditation. *Psychol Rep* 48:727-37
103. Pekala RJ, Forbes EJ (1988) Hypnoidal effects associated with several stress management techniques. *Aust J Clin Exp Hypn* 16:121-132

## Referencias bibliográficas

104. Atchison M, McFarlane AC (1994) A review of dissociation and dissociative disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 28:591-99
105. Kihlstrom JF, Glisky ML, Angiulo MJ (1994) Dissociative tendencies and dissociative disorders. *J Abnorm Psychol* 103:117-124
106. Spiegel D, Cardeña E (1991) Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *J Abnorm Psychol* 100:366-78
107. Leigh J, Bowen S, Marlatt GA (2005) Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addict Behav* 30:1335-41
108. Alarcón A, Capafons A, Nuevas T, Innovadoras OT, I UJ, València CU De (2006) El modelo de Valencia de hipnosis despierta ¿Técnicas nuevas o técnicas innovadoras? *Papeles del Psicólogo* 27:70-78
109. Capafons J, Sosa C (2006) ¿Hay algo nuevo en terapia psicológica?: Tres propuestas y una respuesta posible. *Papeles del Psicólogo* 27:100-103
110. Vila J (1986) Técnicas de reducción de ansiedad. *Man. Modif. Conduct.*
111. Edwards L (2011) Biofeedback, Meditation, and Mindfulness. *Biofeedback* 39:67-70
112. Lehrer PM, Woolfolk RL, Sime WE (eds) (2008) Principles and practice of stress management, 3rd Ed. Guilford Press, New York
113. Lazarus RS, Folkman AM (1986) Estrés y procesos cognitivos. Martínez Roca, Barcelona
114. Smith JC (2002) Stress management. A comprehensive handbook of techniques and strategies. Springer, New York
115. Öhman A (1997) As fast as the blink of an eye: Evolutionary preparedness for preattentive processing threat. En: Lang PJ, Simons RF, Balaban MT (eds) *Atten. orienting Sens. Motiv. Process.* Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah NJ US, pp 165-84
116. Ledoux J (1999) El cerebro emocional. Ariel, Barcelona
117. Ekman P (2003) Emotions revealed. Orion Books, London
118. Kemeny ME, Foltz C, Cavanagh JF, et al. (2012) Contemplative/emotion training reduces negative emotional behavior and promotes prosocial responses. *Emotion* 12:338-50
119. Simón V (2011) Aprender a practicar mindfulness, 1.ª ed. Sello Editorial, Barcelona
120. Siegel DJ (1999) *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience.* Guilford Press, New York
121. Gilbert P (2009) *The compassionate mind.* Constable&Robinson, London
122. Gilbert P (2010) *Compassion Focused Therapy. Distinctive features.* Routledge, New York
123. Bowlby J (1969) *Attachment and loss, Volume 1: Basic Books, New York*
124. Ainsworth MD., Blehar M., Waters E, Wall S (1978) Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. *J Am Acad Relig.* doi: 10.1093/jaarel/52.2.411-a
125. Sierra P (2011) El vínculo afectivo de apego: investigación y desarrollo. *Acción psicológica* 8:5-7
126. Main M (1991) Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment. En: Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P (eds) *Attach. Across Life Cycle.* Tavistock/Routledge, New York, pp 127-59
127. Mikulincer M, Shaver P, Pereg D (2003) Attachment Theory and Affect Regulation: The

- Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of Attachment-Related Strategies. *Motiv Emot* 27:77
128. Mikulincer M, Shaver PR (2005) Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Pers Relatsh* 12:149-68
  129. Shaver PR, Mikulincer M (2010) New directions in attachment theory and research. *J Soc Pers Relat* 27:163-172
  130. Bowlby J (1996) *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós, Barcelona
  131. Fonagy P, Target M (1997) Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Dev Psychopathol* 9:679-700
  132. Fonagy P, Bateman AW, Luyten P (2012) Introduction and overview. En: Bateman AW, Fonagy P (eds) *Handb. Ment. Ment. Heal. Pract.* American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, VA. US, pp 3-42
  133. Lanza G (2013) Mentalización reflexiva y mentalización transformacional: una propuesta complementaria al enfoque de Peter Fonagy. *Clínica e Investig. Relac.* 7:
  134. Karlsson R, Kermott A (2006) Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychother Theory, Res Pract Train* 43:65-84
  135. Bartholomew K, Horowitz LM (1991) Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 61:226-244
  136. Walsh R, Shapiro SL (2006) The meeting of meditative disciplines and Western psychology: a mutually enriching dialogue. *Am Psychol* 61:227-39
  137. Ma Y (2009) Attachment security, mindfulness, and psychotherapy: Testing a mediational model. ProQuest Information & Learning
  138. Lopez FG, Brennan KA (2000) Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *J Couns Psychol* 47:283-300
  139. Mosheim R, Zachhuber U, Scharf L, Hofmann A, Kemmler G, Danzl C, Kinze J, Biebl W, Richter R (2000) Bindung und Psychotherapie Bindungsqualität und interpersonale Probleme von Patienten als mögliche Einflussfaktoren auf das Ergebnis stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 45:223-29
  140. Shaver PR, Lavy S, Saron CD, Mikulincer M (2007) Social foundations of the capacity for mindfulness: An attachment perspective. *Psychol Inq* 18:264-271
  141. Brennan K, Clark C, Shaver P (1998) Self-report measurement of adult attachment. En: Simpson JA, Rholes W (eds) *Attach. theory close relationships*. Guilford Press, New York, pp 46-76
  142. Wang D, Lopez FG (2011) Attachment security as the social foundation of mindfulness-based emotional self-regulation: Dialectical Thinking as a mediator. *APA Annu. Conv. (Division 8 – Personal. Soc. Psychol.*
  143. Martin DM (2012) *Mindfulness and Attachment Security as Predictors of Success in Therapy*. University of Kansas
  144. Beitman BD, Soth AM (2006) Activation of self-observation: A core process among the psychotherapies. *J Psychother Integr* 16:383-97
  145. Winnicott D (2008) *Realidad y Juego*. Gedisa, Barcelona

## Referencias bibliográficas

146. Bion WR (1997) *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós, Barcelona
147. Hoffman KT, Marvin RS, Cooper G, Powell B (2006) Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: the Circle of Security intervention. *J Consult Clin Psychol* 74:1017-1026
148. Wallin DJ (2007) *Attachment in psychotherapy*. Guilford Press, New York
149. Siegel DJ (2001) Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, «mindsight», and neural integration. *Infant Ment Health J* 22:67-94
150. Sahdra BK, Shaver PR, Brown KW (2010) A scale to measure nonattachment: a Buddhist complement to Western research on attachment and adaptive functioning. *J Pers Assess* 92:116-127
151. Adshead G (2010) Becoming a caregiver: attachment theory and poorly performing doctors. *Med Educ* 44:125-131
152. Ciechanowski PS, Russo JE, Katon WJ, Walker EA (2004) Attachment theory in health care: the influence of relationship style on medical students' specialty choice. *Med Educ* 38:262-70
153. Davis MH (1983) Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol* 44:113-26
154. López-Pérez B, Fernández-Pinto I, Abad FJ (2008) *TECA. Test de empatía cognitiva y afectiva*. Manual.
155. Ekman P (ed) (2008) *Emotional awareness: overcoming the obstacles to psychological balance and compassion. A conversation between the Dalai Lama and Paul Ekman*. Times Books, New York
156. Ozawa-de Silva BR, Dodson-Lavelle B, Raison CL, Negi LT (2012) Compassion and ethics: Scientific and practical approaches to the cultivation of compassion as a foundation for ethical subjectivity and well-being. *J Heal Sci Humanit II*:145-161
157. Simón V (2014) Transformar las emociones a través del minfulness. <http://www.aemind.es/taller-de-vicente-simon-transformar-las-emociones-a-traves-de-mindfulness/>.
158. Klimecki OM, Leiberg S, Ricard M, Singer T (2014) Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Soc Cogn Affect Neurosci* 9:873-79
159. Klimecki O, Ricard M, Singer T (2013) Empathy versus compassion. *Compassion. Bridging Pract. Sci.*
160. Neff KD (2003) The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self Identity* 2:223-250
161. Hollis-Walker L, Colosimo K (2011) Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Pers Individ Dif* 50:222-27
162. Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor RS, Byford S, Evans A, Radford S, Teasdale JD, Dalglish T (2010) How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behav Res Ther* 48:1105-12
163. Singer T, Boltz M (eds) (2013) *Compassion. Bridging Practice and Science*, 1st Editio. Max Planck Society, Munich
164. Rizzolatti G, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V (1999) Resonance behaviors and mirror neurons. *Arch Ital Biol* 137:85-100
165. Rizzolatti G, Fogassi L, Gallese V (2009) The mirror neuron system: A motor-based

- mechanism for action and intention understanding. En: Gazzaniga MS (ed) Cogn. neurociencias, 4th ed. Cambridge, MA US, pp 625-640
166. Ramachandran V (2009) The neurons that shaped civilization. [http://www.ted.com/talks/vs\\_ramachandran\\_the\\_neurons\\_that\\_shaped\\_civilization](http://www.ted.com/talks/vs_ramachandran_the_neurons_that_shaped_civilization).
  167. Ryan RM, Brown KW (2003) Why we don't need self-esteem: On fundamental needs, contingent love, and mindfulness. *Psychol Inq* 14:71-76
  168. Neff KD, Germer CK (2013) A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol* 69:28-44
  169. Neff KD, Vonk R (2009) Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *J Pers* 77:23-50
  170. Freudenberger HJ (1974) Staff Burn-Out. *J Soc Issues* 30:159-165
  171. Maslach C (1982) *Burnout: The cost of caring*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs NJ
  172. Figley CR (ed) (1995) *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. Brunner-Routledge, London
  173. American Psychiatric Association (1985) *DSM-III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, Barcelona
  174. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA. US
  175. van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD (2015) The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS One* 10:e0136955
  176. Klimecki O, Singer T (2012) Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. En: Oakley B, Knafo A, Madhavan G, Wilson DS (eds) *Pathol. altruism*. Oxford University Press, New York, pp 368-383
  177. Schaufeli WB, Salanova M, González-Roma V, Bakker AB (2002) The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *J Vocat Behav* 3:71-92
  178. Ishak W, Nikravesh R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C (2013) Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach* 10:242-5
  179. Cecil J, McHale C, Hart J, Laidlaw A (2014) Behaviour and burnout in medical students. *Med Educ Online*. doi: 10.3402/meo.v19.25209
  180. Jackson ER, Shanafelt TD, Hasan O, Satele D V., Dyrbye LN (2016) Burnout and Alcohol Abuse/Dependence Among U.S. Medical Students. doi: 10.1097/ACM.0000000000001138
  181. Galán F, Sanmartín A, Polo J, Giner L (2011) Burnout risk in medical students in Spain using the Maslach Burnout Inventory-Student Survey. *Int Arch Occup Environ Health* 84:453-459
  182. Giluk TL (2009) Mindfulness, Big Five personality, and affect: A meta-analysis. *Pers Individ Dif* 47:805-811
  183. de Vibe M, Solhaug I, Tyssen R, Friberg O, Rosenvinge JH, Sørli T, Halland E, Bjørndal A (2015) Does Personality Moderate the Effects of Mindfulness Training for Medical and Psychology Students? *Mindfulness (N Y)* 6:281-289
  184. Franco C, Molina A, Salvador M, de la Fuente M (2011) Modificación de variables de personalidad mediante la aplicación de un programa psicoeducativo de conciencia plena (mindfulness) en estudiantes universitarios. *Av en Psicol Latinoam* 29:2145-4515



## Referencias bibliográficas

185. Thompson BL, Waltz J (2007) Everyday mindfulness and mindfulness meditation: Overlapping constructs or not? *Pers Individ Dif* 43:1875-1885
186. van den Hurk PAM, Wiggins T, Gionni F, Barendregt HP, Speckens AEM, van Schie HT (2011) On the Relationship Between the Practice of Mindfulness Meditation and Personality-an Exploratory Analysis of the Mediating Role of Mindfulness Skills. *Mindfulness (N Y)* 2:194-200
187. Baron RM, Kenny DA (1986) The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 51:1173-82
188. Etchebarne I, O'Connell M, Roussos AJ (2008) Estudio de mediadores y moderadores en la investigación en psicoterapia. *Rev del Inst Investig la Fac Psicol UBA* 13:33-56
189. Niemiec R (2012) Strong Mindfulness: Integrating Mindfulness and Character Strengths: EBSCOhost. *J Ment Heal ...* 34:240-253
190. Pedrero EJ, Ruiz JM, Llanero M (2015) Personalidad y cerebro: un encuentro inevitable. *Papeles del psicólogo* 36:54-61
191. Brewer JA, Worhunsky PD, Gray JR, Tang Y-Y, Weber J, Kober H (2011) Meditation experience is associated with differences in default mode network activity and connectivity. *Proc Natl Acad Sci* 108:20254-20259
192. Dunn R, Callahan JL, Swift JK (2013) Mindfulness as a transtheoretical clinical process. *Psychotherapy (Chic)* 50:312-5
193. Boswell JF, Anderson LM, Barlow DH (2014) An idiographic analysis of change processes in the unified transdiagnostic treatment of depression. *J Consult Clin Psychol* 82:1060-71
194. Miró MT (2010) Mindfulness y observación terapéutica. In: *Aemind*. <http://www.aemind.es/mindfulness-y-observacion-terapeutica-entrevista-con-maria-teresa-miro/>.
195. Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO (2011) Stages of change. *J Clin Psychol* 67:143-154
196. Bruce N (2007) Mindfulness: Core psychotherapy process? The relationship between therapist mindfulness and therapist effectiveness. Pacific Graduate School of Psychology, Ann Arbor, MI. US
197. Wheeler MA, Stuss DT, Tulving E (1997) Toward a theory of episodic memory: the frontal lobes and auto-noetic consciousness. *Psychol Bull* 121:331-54
198. Freud S (1986) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *Obras Complet. tomo 12*
199. Bion WR (1974) Atención e interpretación. Paidós, Buenos Aires
200. Hartmann H (1978) Ensayos sobre la psicología del yo. Fondo de Cultura Económica, Mexico
201. Lin P, Seiden HM (2015) Mindfulness and psychoanalytic psychotherapy: A clinical convergence. *Psychoanal Psychol* 32:321-333
202. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD (2007) Addressing Fundamental Questions About Mindfulness. *Psychol Inq* 18:272-281
203. Alonso M (2013) Mindfulness en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Mindfulness en la práctica clínica*
204. Kelly GA (1991) *The psychology of personal constructs (vols. 1 y 2)*. Routledge, London
205. Craven JL (1989) Meditation and psychotherapy. *Can J psychiatry* 34:648-53

206. Gendlin ET (1996) *Focusing-Oriented Psychotherapy: A Manual of the Experiential Method*. Guilford Press, New York
207. Perls FS (1969) *Gestalt therapy verbatim*. Real People Press, Moab, UT US
208. Rogers CR (1996) *El proceso de convertirse en persona*. Paidós, Barcelona
209. Martínez, E., Pacheco M (2012) El incremento de mindfulness con el ejercicio de la psicoterapia. *Acción Psicológica* 9 (2):111-16
210. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M (2000) Positive psychology: An introduction. *Am Psychol* 55:5-14
211. Pérez-Álvarez M (2012) La psicología positiva: Magia simpática. *Papeles del Psicol* 33:183-201
212. Hamilton NA, Kitzman H, Guyotte S (2006) Enhancing Health and Emotion: Mindfulness as a Missing Link Between Cognitive Therapy and Positive Psychology. *J Cogn Psychother* 20:123-134
213. Malinowski P (2013) Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Front Neurosci* 7:8
214. Kristeller J (2004) Meditation: multiple effects, a unitary process? En: Blows M, Srinivasan S, Blows J, Bankart CP, Delmonte MM, Haruki Y (eds) *Relev. wisdom Tradit. Contemp. Soc. challenge Psychol*. Eburon, Delft, The Netherlands, pp 21-37
215. Vago DR, Silbersweig DA (2012) Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Front Hum Neurosci* 6:296
216. Reibel DK, Greeson JM, Brainard GC, Rosenzweig S (2001) Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *Gen Hosp Psychiatry* 23:183-192
217. Pagnoni G, Cekic M (2007) Age Effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiol Aging* 28:1623-1627
218. Jacobs T, Epel E, Lin J, et al. (2011) Intensive meditation training, immune cell telomerase activity, and psychological mediators. *Psychoneuroendocrinology* 36:664 - 81
219. Shonin E, Gordon W Van, Griffiths MD (2014) Are there risks associated with using mindfulness in the treatment of psychopathology? *Clin Pract* 11:389-92
220. Dobkin PL, Irving JA, Amar S (2011) For Whom May Participation in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program be Contraindicated? *Mindfulness (N Y)* 3:44-50
221. Lustyk MKB, Chawla N, Nolan RS, Marlatt GA (2009) Mindfulness meditation research: issues of participant screening, safety procedures, and researcher training. *Adv Mind Body Med* 24:20-30
222. Shapiro DH (1992) Adverse effects of meditation: a preliminary investigation of long-term meditators. *Int J Psychosom* 39:62-67
223. Snyder SH (2002) Neurobiology: serotonin sustains serenity. *Nature* 416:377-80
224. Castillo RJ (1990) Depersonalization and meditation. *Psychiatry* 53:158-68
225. Kutz I, Leserman J, Dorrington C, Morrison CH, Borysenko JZ, Benson H (1985) Meditation as an adjunct to psychotherapy. An outcome study. *Psychother Psychosom* 43:209-218
226. Morse DR (1984) Who benefits from meditation? *Int J Psychosom* 31:2
227. Carrington P (1977) *Freedom in Meditation*. Anchor Press, Garden City, NY England

## Referencias bibliográficas

228. Dawson G (2000) Buddhism and psychotherapy. *Bodhi Leaf* 22:3-14
229. VanderKooi L (1997) Buddhist teachers' experience with extreme mental states in western meditators. *J Transpers Psychol* 29:31-46
230. Persinger MA (1984) Striking EEG profiles from single episodes of glossolalia and transcendental meditation. *Percept Mot Skills* 58:127-33
231. Epstein M (1995) Thoughts without a thinker: Buddhism and psychoanalysis. *Psychoanal Rev* 82:391-406
232. Bakker K, Moulding R (2012) Sensory-Processing Sensitivity, dispositional mindfulness and negative psychological symptoms. *Pers Individ Dif* 53:341-46
233. Simor P, Köteles F, Sándor P, Petke Z, Bódizs R (2011) Mindfulness and dream quality: The inverse relationship between mindfulness and negative dream affect. *Scand J Psychol* 52:369-75
234. Brown KW (2011) Mindfulness as an Inoculation against Negative Consequences of Ego-involvement. 23rd Annual Convention Association for Psychological Science, Washington
235. Font J (1999) *Religió, psicopatologia i salut mental*. Publicacions de l'Abadia de Montserrat, Barcelona
236. Perez-De-Albeniz A, Holmes J (2000) Meditation: Concepts, effects and uses in therapy. *Int J Psychother* 5:49-58
237. Damasio A (2001) *La sensación de lo que ocurre. cuerpo y emoción en la construcción de la consciencia*. Debate, Madrid
238. Pinto A (2009) Mindfulness and psychosis. En: Didonna F (ed) *Clin. Handb. Mindfulness*. Springer, New York, pp 339-368
239. Sangharákshita (2001) *Budismo*. Paidós, Barcelona
240. Bourgeois H, Schnetzler J-P (1999) *Oración y Meditación en el Cristianismo y en el Budismo*. Mensajero, Bilbao
241. Stratton SP (2015) Mindfulness and Contemplation: Secular and Religious Traditions in Western Context. *Couns Values* 60:100-18
242. (2014) *Meditación Cristiana*. <http://www.meditacioncristiana.net/>.
243. Schopen A, Freeman B (1992) Meditation: The forgotten Western tradition. *Couns Values* 36:123-134
244. Symington SH, Symington MF (2012) A Christian model of mindfulness: Using mindfulness principles to support psychological well-being, value-based behavior, and the Christian spiritual journey. *J Psychol Christ* 31:71-77
245. D'Aquili EG, Newberg AB (1998) The Neuropsychological Basis of Religions, or Why God Won't Go Away. *Zygon* 33:187-201
246. D'Aquili EG, Newberg AB (2000) The neuropsychology of aesthetic, spiritual and mystical states. *Zygon* 35:39-52
247. Newberg A, Newberg S (2010) Psychology and neurobiology in a postmaterialist world. *Psycholog Relig Spiritual* 2:119-21
248. Schumpeter (2013) *The mindfuleless business*. The Economist Newspaper Limited, London
249. Wachholtz AB, Pargament KI (2005) Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *J Behav Med* 28:369-84

250. Segovia S (2004) Meditación y psicoterapia. En: Rodríguez-Zafra M (ed) *Crecim. Pers. Aportaciones oriente y Occident.* Desclée de Brouwer, Bilbao, pp 315-336
251. Ramakrishnan P (2015) «You are here»: locating «spirituality» on the map of the current medical world. *Curr Opin Psychiatry* 28:393-401
252. Lykins ELB, Baer RA (2009) Psychological Functioning in a Sample of Long-Term Practitioners of Mindfulness Meditation. *J Cogn Psychother* 23:226-241
253. Baer RA (2003) Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Pract* 10:125-43
254. Feldman G, Greeson J, Senville J (2010) Differential effects of mindful breathing, progressive muscle relaxation, and loving-kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts. *Behav Res Ther* 48:1002-11
255. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979) *Cognitive therapy of depression.* The Guilford Press, New York
256. Ellis A (1962) *Reason and emotion in psychotherapy.* Lyle Stuart, Oxford
257. Strong SR, Claiborn CD (1985) *El cambio a través de la interacción. Procesos psicosociales en consejo y psicoterapia.* Desclée de Brouwer, Bilbao
258. Van Den Hout MA, Engelhard IM, Beetsma D, Slofstra C, Hornsveld H, Houtveen J, Leer A (2011) EMDR and mindfulness. Eye movements and attentional breathing tax working memory and reduce vividness and emotionality of aversive ideation. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 42:423-31
259. Corrigan FM (2002) Mindfulness, dissociation, EMDR and the anterior cingulate cortex: A hypothesis. *Contemp Hypn* 19:8-17
260. Sun T-F, Wu C-K, Chiu N-M (2004) Mindfulness meditation training combined with eye movement desensitization and reprocessing in psychotherapy of an elderly patient. *Chang Gung Med J* 27:464-69
261. Farb NAS, Segal Z V., Mayberg H, Bean J, Mckee D, Fatima Z, Anderson AK (2007) Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2:313-22
262. Lee TMC, Leung MK, Hou WK, Tang JCY, Yin J, So KF, Lee CF, Chan CCH (2012) Distinct neural activity associated with focused-attention meditation and loving-kindness meditation. *PLoS One* 7:
263. Grabovac AD, Lau MA, Willett BR (2011) Mechanisms of Mindfulness: A Buddhist Psychological Model. *Mindfulness (N Y)* 2:154-166
264. Grossman P, Van Dam NT (2011) Mindfulness, by any other name...: trials and tribulations of sati in western psychology and science. *Contemp Buddhism* 12:219-39
265. Brown KW, Cordon S (2009) Toward a phenomenology of mindfulness: Subjective experience and emotional correlates. En: *Didonna F (ed) Clin. Handb. Mindfulness.* Springer, New York, pp 59-81
266. Husserl E (1992) *Invitación a la fenomenología.* Paidós, Barcelona
267. Gallagher S (2000) Philosophical conceptions of the self: Implications for cognitive science. *Trends Cogn Sci* 4:14-21
268. Gazzaniga MS (2000) Cerebral specialization and interhemispheric communication: does the corpus callosum enable the human condition? *Brain* 123:1293-1326
269. Weick KE (2006) *Organizing for Mindfulness: Eastern Wisdom and Western Knowledge.* J

## Referencias bibliográficas

- Manag Inq 15:275-287
270. Kumar SM (2002) An introduction to Buddhism for the cognitive-behavioral therapist. *Cogn Behav Pract* 9:40-43
  271. Dowd T, McCleery A (2007) Elements of Buddhist philosophy in cognitive psychotherapy: The role of cultural specifics and universals. *J Cogn Behav Psychother* 7:67-79
  272. Prieto JM (2007) Psicología de la Meditación, la Psique de vuelta a casa. *Infocop* 33:6-10
  273. Segovia S (2007) Psicobiología de la conciencia Testigo. En: Rodríguez Bornaetxea F (ed) *Psicol. y Concienc. Kairós, Barcelona*, pp 373-402
  274. Posner MI, Petersen SE (1990) The attention system of the human brain. *Annu Rev Neurosci* 13:25-42
  275. Wallace BA, Shapiro SL (2006) Mental balance and well-being: building bridges between Buddhism and Western psychology. *Am Psychol* 61:690-701
  276. Hasenkamp W, Wilson-Mendenhall CD, Duncan E, Barsalou LW (2012) Mind wandering and attention during focused meditation: A fine-grained temporal analysis of fluctuating cognitive states. *Neuroimage* 59:750-760
  277. Chalmers D (1999) *La mente consciente*. Gedisa, Barcelona
  278. Levine J (1993) *On leaving out what it's life*. Blackwell Publishing, Malden MA, US
  279. Treisman A (1998) Feature binding, attention and object perception. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 353:1295-1306
  280. James W (1989) *Principios de Psicología*. Fondo de Cultura Económica, Mexico
  281. Travis F, Pearson C (2000) Pure consciousness: distinct phenomenological and physiological correlates of «consciousness itself». *Int J Neurosci* 100:77-89
  282. Fraisse P (1984) Perception and estimation of time. *Annu Rev Psychol* 35:1-36
  283. Edelman GM, Tononi G (2002) *El universo de la consciencia. Cómo la materia se convierte en imaginación*. Crítica, Barcelona
  284. Damasio A (1996) *El error de Descartes. La razón de las emociones*. Andrés Bello, Santiago de Chile
  285. Damasio A (2010) *Self comes to mind*.
  286. Tulving E (1993) *Varieties of consciousness and levels of awareness in memory*. Clarendon Press, New York
  287. Tulving E (2002) *Chronesthesia: Conscious awareness of subjective time*. New York
  288. Tirapu-Ustárroz J, Muñoz-Céspedes JM, Pelegrín-Valero C (2003) Hacia una taxonomía de la conciencia. *Rev Neurol* 36:1083-1093
  289. Pöppel E (1994) *Temporal mechanisms in perception*. Academic Press, San Diego, CA, US
  290. Baars BJ (1993) How does a serial, integrated and very limited stream of consciousness emerge from a nervous system that is mostly unconscious, distributed, parallel and of enormous capacity? *Ciba Found Symp* 174:282-290; discussion 291-303
  291. Baars BJ (1997) *In the theater of consciousness: The workspace of the mind*. Oxford University Press, USA, New York
  292. Baars BJ (2002) The conscious access hypothesis: Origins and recent evidence. *Trends Cogn Sci* 6:47-52

293. Gazzaniga MS (2011) *Who's in charge*. New York
294. American Mindfulness Research Association (AMRA). <https://goamra.org>.
295. Grossman P (2010) *Mindfulness for Psychologists: Paying Kind Attention to the Perceptible*. *Mindfulness (N Y)* 1:87-97
296. Freud S (1970) *El malestar de la cultura*. Alianza Editorial, Madrid
297. Jung CG (2008) *El yoga y occidente*. *Obras Complet*. Vol. 11
298. Jung CG (2008) *Acerca de la psicología de la meditación oriental*. *Obras Complet*. Vol. 11
299. Dawson G, Turnbull L (2006) Is mindfulness the new opiate of the masses? *Critical reflections from a Buddhist perspective*. *Psychother Aust* 12:60-4
300. Kohlenberg RJ (2006) *Mindfulness and Functional Analytic Psychotherapy*. FAP Conf.
301. Kohlenberg RJ, Tsai M (1991) *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum Press
302. Bowen S, Haworth K, Grow J, Tsai M, Kohlenberg R (2012) *Interpersonal mindfulness informed by Functional Analytic Psychotherapy: Findings from a pilot randomized trial*. *Int J Behav Consult Ther* 7:9-15
303. Safran JD, Muran JC (2005) *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Desclée de Brouwer, Bilbao
304. Andersen DT (2005) *Empathy, Psychotherapy Integration, and Meditation: A Buddhist Contribution to the Common Factors Movement*. *J Humanist Psychol* 45:483-502
305. Roemer L, Orsillo SM (2002) *Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models*. *Clin Psychol Sci Pract* 9:54-68
306. Schwartz JM (1998) *Neuroanatomical aspects of cognitive-behavioural therapy response in obsessive-compulsive disorder. An evolving perspective on brain and behaviour*. *Br J Psychiatry* 173:38-44
307. Bowen S, Chawla N, Marlatt GA (2013) *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en mindfulness*. *Guía Clínica*. Desclée de Brouwer, Bilbao
308. Kristeller JL, Hallett CB (1999) *An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder*. *J Health Psychol* 4:357-363
309. Zylowska L, Ackerman DL, Yang MH, Futrell JL, Horton NL, Hale TS, Pataki C, Smalley SL (2008) *Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility study*. *J Atten Disord* 11:737-746
310. Phang CK, Mukhtar F, Ibrahim N, Keng S-L, Mohd. Sidik S (2015) *Effects of a brief mindfulness-based intervention program for stress management among medical students: the Mindful-Gym randomized controlled study*. *Adv Heal Sci Educ*. doi: 10.1007/s10459-015-9591-3
311. Kemper KJ, Yun J (2015) *Group online mindfulness training: proof of concept*. *J Evid Based Complementary Altern Med* 20:73-5
312. Warnecke E, Quinn S, Ogden K, Towle N, Nelson MR (2011) *A randomised controlled trial of the effects of mindfulness practice on medical student stress levels*. *Med Educ* 45:381-88
313. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL (2005) *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford University Press, Oxford NY US

## Referencias bibliográficas

314. Edwards RT, Bryning L, Crane R (2014) Design of Economic Evaluations of Mindfulness-Based Interventions: Ten Methodological Questions of Which to Be Mindful. *Mindfulness* (N Y) 6:490-500
315. Abdulghani HM, Irshad M, Al Zunitan MA, et al. (2014) Prevalence of stress in junior doctors during their internship training: a cross-sectional study of three Saudi medical colleges' hospitals. *Neuropsychiatr Dis Treat* 10:1879-86
316. Erogul M, Singer G, McIntyre T, Stefanov DG (2014) Abridged mindfulness intervention to support wellness in first-year medical students. *Teach Learn Med* 26:350-6
317. Wasserman JA, Fitzgerald JE, Sunny MA, Cole M, Suminski RR, Dougherty JJ (2014) Nonmedical use of stimulants among medical students. *J Am Osteopath Assoc* 114:643-53
318. Sender Romeo R, Salamero Baró M (2007) Programa de Atención Psicológica para los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. *Educ Médica* 10:58-63
319. Sajid A, Ahmad T, Khalid T (2015) Stress in medical undergraduates; its association with academic performance. *Bangladesh J Med Sci* 14:135
320. Hren D, Marušić M, Marušić A (2011) Regression of moral reasoning during medical education: Combined design study to evaluate the effect of clinical study years. *PLoS ONE* [serial online] 6:e17406
321. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL (2002) Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 136:358-67
322. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL (2002) Do medical residents experience burnout? *Ann Intern Med* 136:129
323. Murray A, Montgomery JE, Chang H, Rogers WH, Inui T, Safran DG (2001) Doctor discontent. A comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997. *J Gen Intern Med* 16:452-59
324. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD (2006) Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med* 81:354-73
325. Smulyan L (2004) Redefining self and success: becoming teachers and doctors. *Gend Educ* 16:225-45
326. Blanch DC, Hall JA, Roter DL, Frankel RM (2008) Medical student gender and issues of confidence. *Patient Educ Couns* 72:374-81
327. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA (2010) Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA* 304:1181-90
328. Rosenthal JM, Okie S (2005) White coat, mood indigo: depression in medical school. *N Engl J Med* 353:1085-8
329. Shiralkar MT, Harris TB, Eddins-Folensbee FF, Coverdale JH (2013) A systematic review of stress-management programs for medical students. *Acad Psychiatry* 37:158-64
330. de Vibe M, Solhaug I, Tyssen R, Friberg O, Rosenvinge JH, Sørli T, Bjørndal A (2013) Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC Med Educ* 13:107
331. Greeson JM, Toohey MJ, Pearce MJ (2015) An Adapted, Four-Week Mind-Body Skills Group for Medical Students: Reducing Stress, Increasing Mindfulness, and Enhancing Self-Care. *Explor J Sci Heal* 11:186-92
332. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G (1998) Effects of mindfulness-based stress reduction on

- medical and premedical students. *J Behav Med* 21:581-99
333. Rosenzweig S, Reibel DK, Greeson JM, Brainard GC, Hojat M (2003) Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. *Teach Learn Med* 15:88-92
  334. Hassed C, de Lisle S, Sullivan G, Pier C (2009) Enhancing the health of medical students: outcomes of an integrated mindfulness and lifestyle program. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 14:387-98
  335. Jain S, Shapiro SL, Swanick S, Roesch SC, Mills PJ, Bell I, Schwartz GER (2007) A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Ann Behav Med* 33:11-21
  336. Turakitwanakan W, Mekseepralard C, Busarakumtragul P (2013) Effects of mindfulness meditation on serum cortisol of medical students. *J Med Assoc Thai* 96 Suppl 1:S90-5
  337. Kuhlmann SM, Bürger A, Esser G, Hammerle F (2015) A mindfulness-based stress prevention training for medical students (MediMind): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 16:40
  338. Bullock A, Fox F, Barnes R, Doran N, Hardyman W, Moss D, Stacey M (2013) Transitions in medicine: Trainee doctor stress and support mechanisms. *J Work Learn* 25:368-382
  339. van Dijk I, Lucassen PL, Speckens AE (2015) Mindfulness training for medical students in their clinical clerkships: two cross-sectional studies exploring interest and participation. *BMC Med Educ* 15:24
  340. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, Quill TE (2009) Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA* 302:1284-293
  341. Rappaport M (2015) Mindful rounds, narrative medicine, house calls, and other stories. En: Dobkin PL (ed) *Mindful Med. Pract. Clin. Narrat. Ther. insights*. Springer International Publishing, Cham, pp 5-11
  342. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D (2013) Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam Med* 11:412-20
  343. Irving JA, Dobkin PL, Park J (2009) Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complement Ther Clin Pract* 15:61-66
  344. Martín A, Rodríguez T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix J (2013) Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gac Sanit* 27:521-28
  345. Vettese LC, Toneatto T, Stea JN, Nguyen L, Wang JJ (2009) Do Mindfulness Meditation Participants Do Their Homework? And Does It Make a Difference? A Review of the Empirical Evidence. *J Cogn Psychother* 23:198-225
  346. Dobkin PL, Hutchinson TA (2013) Teaching mindfulness in medical school: where are we now and where are we going? *Med Educ* 47:768-79
  347. Cohen JS, Miller LJ (2009) Interpersonal mindfulness training for well-being: A pilot study with psychology graduate students. *Teach Coll Rec* 111:2760-774
  348. Beckman HB, Wendland M, Mooney C, Krasner MS, Quill TE, Suchman AL, Epstein RM (2012) The Impact of a Program in Mindful Communication on Primary Care Physicians. *Acad Med* 87:815-819



## Referencias bibliográficas

349. Outram S, Kelly B (2014) «You teach us to listen,... but you don't teach us about suffering»: self-care and resilience strategies in medical school curricula. *Perspect Med Educ* 3:371-8
350. Gilbert P (2007) Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship. En: Gilbert P, Leahy RL (eds) *Ther. Relatsh. Cogn. Behav. Psychother.* Routledge, pp 106-142
351. Wexler J (2006) The relationship between therapist mindfulness and the therapeutic alliance. *Diss Abstr Int Sect B Sci Eng* 67:2848
352. Grepmaier L, Mitterlehner F, Loew T, Bachler E, Rother W, Nickel M (2007) Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychother Psychosom* 76:332-38
353. Robins CJ (2002) Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cogn Behav Pract* 9:50-57
354. Warde CM, Vermillion M, Uijtdehaage S (2014) A medical student leadership course led to teamwork, advocacy, and mindfulness. *Fam Med* 46:459-62
355. Epstein RM, Krasner MS (2013) Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. *Acad Med* 88:301-3
356. Bruce N, Bruce NG, Shapiro SL, Constantino MJ, Manber R (2010) Psychotherapist mindfulness and the psychotherapy process. *Psychotherapy (Chic)* 47:83-97
357. Dobkin PL, Laliberté V (2014) Being a mindful clinical teacher: Can mindfulness enhance education in a clinical setting? *Med Teach*. doi: 10.3109/0142159X.2014.887834
358. Luchterhand C, Rakei D, Haq C, Grant L, Byars-Winston A, Tyska S, Engles K (2015) Creating a culture of mindfulness in medicine. *Wis Med J* 114:105-109
359. Sibinga EMS, Wu AW (2010) Clinician mindfulness and patient safety. *JAMA* 304:2532-2533
360. Fernando A, Consedine N, Hill AG (2014) Mindfulness for surgeons. *ANZ J Surg* 84:722-4
361. Esquerda M, Pifarré J, Viñas J, Yuguero O, Revuelta T, Viñas JO (2011) Avaluació de la competència ètica en estudiants de Medicina: Relació entre sensibilitat ètica, raonament moral i empatia. *Inst. Recer. Biomèdica*
362. González-Blasco P, Moreto G, Janaudis MA, Benedetto MA, Delgado-Marroquin MT, Altisent R (2013) Educar las emociones para promover la formación ética. *Pers Y BIOÉTICA* 17:28-48
363. Feito L (2013) Bioética narrativa. *Butlletí del Com. Bioètica Catalunya* 9:
364. Guillemin M, McDougall R, Gillam L (2009) Developing «ethical mindfulness» in continuing professional development in healthcare: use of a personal narrative approach. *Camb Q Healthc Ethics* 18:197-208
365. Guillemin M, Gillam L (2015) Emotions, Narratives, and Ethical Mindfulness. ... *Med. J. Assoc.* ... 90:
366. Frolic A (2011) Who are we when we are doing what we are doing?: the case for mindful embodiment in ethics case consultation. *Bioethics* 25:370-382
367. Scheper-Hughes N, Lock MM (1987) The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Med Anthropol Q* 1:6-41
368. Hyland T (2013) Moral Education, Mindfulness, and Social Engagement: Fostering Social Capital Through Therapeutic Buddhist Practice. *SAGE Open* 3:
369. Gerhardt S (2010) *The selfish society*. Simon & Schuster, London
370. Hanh TN (1988) *The Heart of Understanding: Commentaries on the Prajnaparamita Heart*

Sutra. Parallax Press, Berkeley

371. Monteiro L, Nuttall S, Musten F (2010) Five skilful habits: An ethics-based mindfulness intervention. *Couns Spiritualité* 29:91-104
372. Ruedy NE, Schweitzer ME (2010) In the Moment: The Effect of Mindfulness on Ethical Decision Making. *J Bus Ethics* 95:73-87
373. Hunt G (2004) A sense of life: the future of industrial-style health care. *Nurs Ethics* 11:189-202
374. Keown D (2005) End of life: The Buddhist view. *Lancet* 366:952-955
375. Burks DJ, Kobus AM (2012) The legacy of altruism in health care: the promotion of empathy, prosociality and humanism. *Med Educ* 46:317-25
376. Germer C (2009) The mindful path to self-compassion.
377. Wise EH, Hersh MA, Gibson CM (2012) Ethics, self-care and well-being for psychologists: Reenvisioning the stress-distress continuum. *Prof Psychol Res Pract* 43:487-494
378. Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C (2005) Positive psychology progress. *Am Psychol* 60:410-421
379. Farber BA (1983) The effects of psychotherapeutic practice upon psychotherapists. *Psychother Theory, Res Pract* 20:174-182
380. Guy JD (2010) *La vida personal del psicoterapeuta*. Paidós, Barcelona
381. Jung CG (1954) *The practice of psychotherapy: essays on the psychology of the transference and other subjects*. Pantheon Books, New York
382. Farber BA (1985) The genesis, development, and implications of psychological-mindedness in psychotherapists. *Psychother Theory, Res Pract Train* 22:170-177
383. Freudenberger HJ, Robbins A (1979) The hazards of being a psychoanalyst. *Psychoanal Rev* 66:275-96
384. Henry WE (1966) Some observations on the lives of healers. *Hum Dev* 9:47-56
385. Chessick RD (1978) The sad soul of the psychiatrist. *Bull Menninger Clin* 42:1-9
386. Guggenbühl-Craig A (1979) *Power in the helping professions*. Spring Publications, Irving, Tx
387. Christopher JC, Chrisman JA, Trotter-Mathison MJ, Schure MB, Dahlen P, Christopher SB (2011) Perceptions of the Long-Term Influence of Mindfulness Training on Counselors and Psychotherapists: A Qualitative Inquiry. *J Humanist Psychol* 51:318-349
388. Christopher JC, Christopher SE, Dunnagan T, Schure M (2006) Teaching Self-Care Through Mindfulness Practices: The Application of Yoga, Meditation, and Qigong to Counselor Training. *J Humanist Psychol* 46:494-509
389. Fulton PR (2009) Mindfulness-based intervention in an individual clinical setting: What difference mindfulness makes behind closed doors. En: Didonna F (ed) *Clin. Handb. Mindfulness*. Springer, New York, pp 407-416
390. Aggs C, Bambling M (2010) Teaching mindfulness to psychotherapists in clinical practice: The Mindful Therapy Programme. *Couns Psychother Res* 10:278-286
391. Wang SJ (2007) Mindfulness meditation: Its personal and professional impact on psychotherapists. ProQuest Information & Learning
392. Dunn R, Callahan JL, Swift JK, Ivanovic M (2012) Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychother Res* 1-8

## Referencias bibliográficas

393. Stanley S, Reitzel LR, Wingate LR, Cukrowicz KC, Lima EN, Joiner TE (2006) Mindfulness: A Primrose Path for Therapists Using Manualized Treatments? *J Cogn Psychother* 20:327-35
394. Gelso CJ, J.A. H (2007) Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities. Erlbaum, Mahwah NJ US
395. Zanetich KM (2012) Mindfulness and countertransference management in therapist trainees. *ETD Collect Fordham Univ* 1 - 136
396. Davis D (2012) Relations among meditation experience, mindfulness, differentiation of self, and countertransference management. *Diss Abstr Int* 73:647
397. Petrowski K, Pokorny D, Nowacki K, Buchheim A (2012) The therapist's attachment representation and the patient's attachment to the therapist. *Psychother Res* 1-10
398. Coderch J (2012) Realidad, interacción y cambio psíquico. *Ágora Relacional*, Madrid
399. Germer CK (2005) Mindfulness: What Is It? What Does It Matter? En: Germer CK, Siegel RD, Fulton PR (eds) *Mindfulness Psychother*. The Guilford Press, New York, pp 21-45
400. Shapiro SL, Carlson LE (2009) The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions. American Psychological Association (APA), Washington
401. Crane RS, Kuyken W, Williams JMG, Hastings RP, Cooper L, Fennell MJ V (2012) Competence in teaching mindfulness-based courses: Concepts, development and assessment. *Mindfulness (N Y)* 3:76-84
402. Woods SL (2009) Training professionals in mindfulness: The heart of teaching. En: Didonna F (ed) *Clin. Handb. Mindfulness*. Springer, New York, pp 463-475
403. Onwuegbuzie A, Leech N (2006) Linking research questions to mixed methods data analysis procedures. *Qual Rep* 11:474-498
404. Miró, M., Cebolla A (2007) Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión. *Rev Psicoter XVII*:133-155
405. Cebolla i Martí A, Miró Barrachina MT (2008) Efectos de la terapia cognitiva basada en la atención plena: Una aproximación cualitativa. *Apunt Psicol* 26:257-268
406. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R (1983) A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 24:385-396
407. Cohen S, Janicki-Deverts D (2012) Who's Stressed? Distributions of Psychological Stress in the United States in Probability Samples from 1983, 2006, and 2009. *J Appl Soc Psychol* 42:1320-1334
408. Remor E, Carrobbles JA (2001) Versión española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad estrés* 7:195-201
409. Remor E (2006) Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol* 9:86-93
410. Trujillo HM, González-Cabrera JM (2007) Propiedades psicométricas de la versión española de la «Escala de Estrés Percibido» (EEP). *Psicol Conduct Rev Int Psicol Clínica la Salud* 15:457-477
411. González MT, Landero R (2007) Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *Span J Psychol* 10:199-206
412. Derogatis LR (2002) SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Manual.
413. Garcia-Campayo J, Navarro-Gil M, Andrés E, Montero-Marin J, López-Artal L, Demarzo MMP

- (2014) Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health Qual Life Outcomes* 12:4
414. Yárnoz-Yaben S, Comino P (2011) Evaluación del apego adulto : análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Rev Acción Psicológica* 8:67-85
415. Gosling SD, Rentfrow PJ, Swann WB (2003) A very brief measure of the Big-Five personality domains. *J Res Pers* 37:504-528
416. Dematteis MB (2009) Estudio de la calidad psicométrica de una escala breve para evaluar la personalidad. *Anu Proy e Inf Investig Becarios Investig* 6:223-230
417. Cronbach LJ (1957) The two disciplines of scientific psychology. *Am Psychol* 12:671-684
418. Labbe EE (2011) *Psychology moment by moment: A guide to enhancing your clinical practice with mindfulness and meditation*. New Harbinger Publications, Oakland CA
419. Liben S (2015) Growth and freedom in five chapters. En: Dobkin PL (ed) *Mindful Med. Pract. Clin. Narrat. Ther. Insights*. Springer International Publishing, Cham, pp 139-143
420. de Torrijos FA (2005) Programa de Reducción de Estrés Basado en Atención Plena (REBAP). CDs 1,2, 3 y 4.
421. Wilson KG, Luciano MC (2011) *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*, 5.ª ed. Pirámide, Madrid
422. Lunson L (2006) *Leonard Cohen: I'm your man*. Lions Gate Films, US
423. Demme J (2005) *Neil Young: Heart of Gold*. Paramount Pictures, US
424. Takahashi B (2009) *Zen: la vida de Dogen*. Kadokawa Pictures, Japón
425. Besson L (2005) *Angel-A*. Europacorp / TF1 Films Productions, Francia
426. Enomiya-Lassalle HM (2006) *Zen y Mística Cristiana*. Zendo Betania, Brihuega
427. Dalai L, Hopkins J (2002) *Acerca de la muerte*. RBA, Barcelona
428. Laenen JH (2006) *La mística judía. Una introducción*. Trotta, Madrid
429. Rumi (2006) *Poemas Sufies*. Hiperión, Madrid
430. Platon (1983) *El Banquete*. Fedon. Fedro. Orbis, Barcelona
431. Searle JR (2004) *Mind: A brief introduction*. New York
432. Pöppel E (1988) *Mindworks: Time and conscious experience*. Harcourt, Boston
433. Neff K (2011) *Self-compassion*, 1.ª ed. William Morrow, New York
434. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura UNESCO (2005) Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. En: UNESCO (ed) *Actas la Conf. Gen. 33ª Reun. Vol. 1. Resoluciones*. pp 80-86
435. World Medical Association (2013) World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA JAMA Publi*:E1 - E4
436. Surrey JL (2005) Relational psychotherapy, relational mindfulness. En: Germer CK, Siegal RD, Fulton PR (eds) *Mindfulness Psychother*. Guilford Press, pp 91-110
437. Reed DA, Shanafelt TD, Satele DW, et al. (2011) Relationship of pass/fail grading and curriculum structure with well-being among preclinical medical students: a multi-institutional study. *Acad Med* 86:1367-73
438. Salanova Soria M, Martínez Martínez IM, Bresó Esteve E, Llorens Gumbau S, Grau Gumbau

## Referencias bibliográficas

- R (2005) Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: Facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. [Psychological well-being among university students: Facilitators and obstacles of academic performance.]. *An Psicol* 21:170-180
439. Carlotto MS, Câmara SG (2006) Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory - Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários Brasileiros. *Psico-USF (Impresso)* 11:167-173
440. Schaufeli WB, Martinez IM, Marques Pinto A, Salanova M, Bakker AB (2002) Burnout and Engagement in University Students: A Cross-National Study. *J Cross Cult Psychol* 33:464-81
441. Bodenlos JS, Wells SY, Noonan M, Mayrsohn A (2015) Facets of Dispositional Mindfulness and Health Among College Students. *J Altern Complement Med* 21:645-52
442. Baer RA, Carmody J, Hunsinger M (2012) Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program. *J Clin Psychol* 68:755-65
443. Derogatis LR (1993) BSI Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring, and Procedure Manual (4th Ed.).
444. Walsh JJ, Balint MG, Smolira SJ DR, Fredericksen LK, Madsen S (2009) Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Pers Individ Dif* 46:94-99
445. Pepping CA, Davis PJ, O'Donovan A (2013) Individual differences in attachment and dispositional mindfulness: The mediating role of emotion regulation. *Pers Individ Dif* 54:453-456
446. Birnie K, Speca M, Carlson LE (2010) Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress Heal* 26:359-371
447. Galantino M Lou, Baime M, Maguire M, Szapary PO, Farrar JT (2005) Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program: mindfulness in practice. *Stress Heal* 21:255-261
448. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD (2007) How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med* 22:177-183
449. Carver CS, Scheier MF (2014) *Teorías de la personalidad*, 7ª ed. Pearson Educación, México
450. Van Dam NT, Earleywine M, Danoff-Burg S (2009) Differential item function across meditators and non-meditators on the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Pers Individ Dif* 47:516-521

# **ANEXOS**



## 32. CUESTIONARIOS UTILIZADOS

### 32.1 Cuestionario de Datos Sociodemogràfics y otros aspectos docentes

<b>N. IDENTIFICACIO:</b>	<b>DATA:</b>	<b>GE</b>
1. <i>Edat:</i>	<i>Curs:</i>	
2. <i>Sexe: Dona</i> <input type="checkbox"/> <i>Home</i> <input type="checkbox"/>		
3. <i>Durant el curs vius</i> <i>a- amb els pares: sí</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <input type="checkbox"/> <i>b- altres familiars: sí</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <input type="checkbox"/> <i>c- en una residència: sí</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <input type="checkbox"/> <i>d- en parella: sí</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <input type="checkbox"/> <i>e- en un pis d'estudiants: sí</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <input type="checkbox"/>		
4. <i>Tens germans? sí</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <input type="checkbox"/> <i>En cas afirmatiu: quants?</i> <i>Lloc que ocupes</i>		
5. <i>Tens antecedents familiars de metges en la família: sí</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <input type="checkbox"/> <i>En cas afirmatiu, quin parentiu?</i>		
6. <i>Estudis previs: Selectivitat</i> <input type="checkbox"/> <i>Altres</i> <input type="checkbox"/> <i>Especificar</i>		
7. <i>Per què vas escollir estudiar medicina?:</i>		
8. <i>En quina època de la vida vas prendre aquesta decisió?:</i>		
9. <i>T'hagués agradat estudiar una altra carrera? Quina?</i> <i>Perquè?</i>		
10. <i>Quina especialitat t'agradaria exercir?:</i>		
11. <i>Has fet pràctiques? sí</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <input type="checkbox"/> <i>En cas afirmatiu, quines?</i>		
12. <i>Finançament estudis (es pot marcar més d'una opció)</i> <i>a- pares</i> <input type="checkbox"/> <i>b- beca</i> <input type="checkbox"/> <i>c- treball propi</i> <input type="checkbox"/> <i>d- altres</i> <input type="checkbox"/>		
13. <i>Indica la sèrie de TV de temàtica relacionada amb la medicina que més t'ha agradat :</i>		
14. <i>Has fet tasques de voluntariat?: sí</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <input type="checkbox"/> <i>En cas afirmatiu, on?</i>		
15. <i>Tens coneixements de mindfulness, meditació, ioga o similars? sí</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <input type="checkbox"/> <i>En cas afirmatiu, quins?</i>		
16. <i>Què t'ha portat a inscriure't en aquest curs?</i>		
17. <i>Identifica 3 objectius que t'agradaria treballar durant aquest curs</i> 1: 2: 3:		



**32.2 Escala de Estrés Percibido PSS**

**Marca la opción que mejor se adecue a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes.**

**Durante el último mes:**

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
E1. ¿Con qué frecuencia has estado afectado (a) por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
E2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
E3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso (a) o estresado (a) (lleno de tensión)?	0	1	2	3	4
E4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
E5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	0	1	2	3	4
E6. ¿Con qué frecuencia has estado seguro(a) sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	0	1	2	3	4
E7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	0	1	2	3	4
E8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
E9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	0	1	2	3	4
E10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	0	1	2	3	4
E11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadada porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
E12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	0	1	2	3	4
E13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	0	1	2	3	4
E 14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4

### 32.3 Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R

Lea atentamente esta lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy

#### HASTA QUÉ PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SÍNTOMA

0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente

#### RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA ELEGIDA

1	Dolores de cabeza .....	0	1	2	3	4
2	Nerviosismo o agitación interior .....	0	1	2	3	4
3	Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente .....	0	1	2	3	4
4	Sensaciones de desmayo o mareo .....	0	1	2	3	4
5	Pérdida de deseo o de placer sexual .....	0	1	2	3	4
6	Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas .....	0	1	2	3	4
7	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos .....	0	1	2	3	4
8	La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás .....	0	1	2	3	4
9	La dificultad para recordar las cosas .....	0	1	2	3	4
10	Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización .....	0	1	2	3	4
11	Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado .....	0	1	2	3	4
12	Dolores en el corazón o en el pecho .....	0	1	2	3	4
13	Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle .....	0	1	2	3	4
14	Sentirse bajo de energías o decaído .....	0	1	2	3	4
15	Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida .....	0	1	2	3	4
16	Oír voces que otras personas no oyen .....	0	1	2	3	4
17	Temblores .....	0	1	2	3	4
18	La idea de que uno no se puede fiar de la gente .....	0	1	2	3	4
19	Falta de apetito .....	0	1	2	3	4
20	Llorar fácilmente .....	0	1	2	3	4
21	Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto .....	0	1	2	3	4
22	La sensación de estar atrapado o como encerrado .....	0	1	2	3	4
23	Tener miedo de repente y sin razón .....	0	1	2	3	4
24	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar .....	0	1	2	3	4
25	Miedo a salir de casa solo .....	0	1	2	3	4
26	Culparse a sí mismo de todo lo que pasa .....	0	1	2	3	4
27	Dolores en la parte baja de la espalda .....	0	1	2	3	4
28	Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas .....	0	1	2	3	4
29	Sentirse solo .....	0	1	2	3	4
30	Sentirse triste .....	0	1	2	3	4
31	Preocuparse demasiado por todo .....	0	1	2	3	4
32	No sentir interés por nada .....	0	1	2	3	4
33	Sentirse temeroso .....	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad .....	0	1	2	3	4
35	La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando .....	0	1	2	3	4
36	La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso .....	0	1	2	3	4
37	La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta .....	0	1	2	3	4
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien .....	0	1	2	3	4
39	Que su corazón palpite o vaya muy deprisa .....	0	1	2	3	4
40	Náuseas o malestar en el estómago .....	0	1	2	3	4
41	Sentirse inferior a los demás .....	0	1	2	3	4
42	Dolores musculares .....	0	1	2	3	4
43	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted .....	0	1	2	3	4
44	Dificultad para conciliar el sueño .....	0	1	2	3	4
45	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace .....	0	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA ELEGIDA

46	Dificultad en tomar decisiones.....	0	1	2	3	4
47	Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes .....	0	1	2	3	4
48	Ahogos o dificultad para respirar.....	0	1	2	3	4
49	Escalofríos, sentir calor o frío de repente .....	0	1	2	3	4
50	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.....	0	1	2	3	4
51	Que se le quede la mente en blanco .....	0	1	2	3	4
52	Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo .....	0	1	2	3	4
53	Sentir un nudo en la garganta.....	0	1	2	3	4
54	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.....	0	1	2	3	4
55	Tener dificultades para concentrarse.....	0	1	2	3	4
56	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo .....	0	1	2	3	4
57	Sentirse tenso o con los nervios de punta .....	0	1	2	3	4
58	Pesadez en los brazos o en las piernas .....	0	1	2	3	4
59	Ideas sobre la muerte o el hecho de morir .....	0	1	2	3	4
60	El comer demasiado .....	0	1	2	3	4
61	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.....	0	1	2	3	4
62	Tener pensamientos que no son suyos .....	0	1	2	3	4
63	Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien .....	0	1	2	3	4
64	Despertarse de madrugada .....	0	1	2	3	4
65	Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse...)	0	1	2	3	4
66	Sueño inquieto o perturbado .....	0	1	2	3	4
67	Tener ganas de romper o estrellar algo .....	0	1	2	3	4
68	Tener ideas o creencias que los demás no comparten.....	0	1	2	3	4
69	Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas .....	0	1	2	3	4
70	Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc. ....	0	1	2	3	4
71	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.. .....	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror o pánico .....	0	1	2	3	4
73	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público .....	0	1	2	3	4
74	Tener discusiones frecuentes.....	0	1	2	3	4
75	Sentirse nervioso cuando se queda solo .....	0	1	2	3	4
76	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos .....	0	1	2	3	4
77	Sentirse solo aunque esté con más gente .....	0	1	2	3	4
78	Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.....	0	1	2	3	4
79	La sensación de ser inútil o no valer nada. ....	0	1	2	3	4
80	Presentimientos de que va a pasar algo malo .....	0	1	2	3	4
81	Gritar o tirar cosas .....	0	1	2	3	4
82	Tener miedo de desmayarse en público .....	0	1	2	3	4
83	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ud. si se lo permitiera .	0	1	2	3	4
84	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante .....	0	1	2	3	4
85	La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores.....	0	1	2	3	4
86	Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo .....	0	1	2	3	4
87	La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo .....	0	1	2	3	4
88	Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie .....	0	1	2	3	4
89	Sentimientos de culpabilidad .....	0	1	2	3	4
90	La idea de que algo anda mal en su mente .....	0	1	2	3	4

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE QUE HA VALORADO TODAS LAS FRASES.

### 32.4 Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness (FFMO)

Por favor califique cada una de las siguientes frases utilizando la escala que se presenta a continuación. Escriba el número, en el espacio en blanco delante de la frase, que mejor describe su propia opinión de lo que en general es cierto para usted.

1	2	3	4	5
nunca o muy rara vez es verdad	rara vez es verdad	algunas veces es verdad	a menudo es verdad	muy a menudo o siempre es verdad

- \_\_\_\_\_ 1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse
- \_\_\_\_\_ 2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos
- \_\_\_\_\_ 3. Me critico a mi mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas
- \_\_\_\_\_ 4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos
- \_\_\_\_\_ 5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente
- \_\_\_\_\_ 6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento/a las sensaciones del agua en mi cuerpo
- \_\_\_\_\_ 7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas
- \_\_\_\_\_ 8. No presto atención en lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo
- \_\_\_\_\_ 9. Observo mis sentimientos, sin perderme en ellos
- \_\_\_\_\_ 10. Me digo a mi mismo/a que no debería sentirme como me siento
- \_\_\_\_\_ 11. Noto cómo la comida y la bebida afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones
- \_\_\_\_\_ 12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que pienso
- \_\_\_\_\_ 13. Me distraigo fácilmente
- \_\_\_\_\_ 14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así
- \_\_\_\_\_ 15. Presto atención a las sensaciones, como el viento en mi pelo o el sol en mi cara
- \_\_\_\_\_ 16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento
- \_\_\_\_\_ 17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos
- \_\_\_\_\_ 18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que está sucediendo en el presente
- \_\_\_\_\_ 19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape
- \_\_\_\_\_ 20. Presto atención a sonidos, como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan
- \_\_\_\_\_ 21. En situaciones difíciles, puedo hacer una pausa sin reaccionar inmediatamente
- \_\_\_\_\_ 22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo, es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas

POR FAVOR, DÉ LA VUELTA A LA HOJA

## Anexos

1	2	3	4	5
nunca o muy rara vez es verdad	rara vez es verdad	algunas veces es verdad	a menudo es verdad	muy a menudo o siempre es verdad

- \_\_\_\_\_ 23. Parece que "funciono en piloto automático", sin prestar atención a lo que hago
- \_\_\_\_\_ 24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo
- \_\_\_\_\_ 25. Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso
- \_\_\_\_\_ 26. Percibo el olor y el aroma de las cosas
- \_\_\_\_\_ 27. Incluso cuando estoy muy enfadado/a, encuentro una forma de expresarlo con palabras
- \_\_\_\_\_ 28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas
- \_\_\_\_\_ 29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de notarlas solamente, sin reaccionar
- \_\_\_\_\_ 30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentir las
- \_\_\_\_\_ 31. Me doy cuenta de elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras
- \_\_\_\_\_ 32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras
- \_\_\_\_\_ 33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, sólo lo noto y los dejes marchar
- \_\_\_\_\_ 34. Hago trabajos o tareas automáticamente sin ser consciente de lo que hago
- \_\_\_\_\_ 35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno/a o malo/a, dependiendo de su contenido
- \_\_\_\_\_ 36. Presto atención a cómo mis emociones afectar a mis pensamientos y a mi conducta.
- \_\_\_\_\_ 37. Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle
- \_\_\_\_\_ 38. Me sorprende haciendo cosas sin prestar atención
- \_\_\_\_\_ 39. Me critico cuando tengo ideas irracionales

### 32.5 Escala de Autocompasión (SCL)

¿CÓMO ACTÚO HABITUALMENTE HACIA MÍ MISMO EN MOMENTOS DIFÍCILES?

Lea cada frase cuidadosamente antes de contestar. A la izquierda de cada frase, indique la frecuencia con que se comporta de la manera indicada, utilizando la siguiente escala:

Casi					Casi
Nunca					Siempre
1	2	3	4	5	

\_\_\_\_\_ 1. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.

\_\_\_\_\_ 2. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal.

\_\_\_\_\_ 3. Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de lo que a todo el mundo le toca vivir

\_\_\_\_\_ 4. Cuando pienso en mis deficiencias, tiendo a sentirme más separado/a y aislado/a del resto del mundo.

\_\_\_\_\_ 5. Trato de ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento malestar emocional.

\_\_\_\_\_ 6. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia.

\_\_\_\_\_ 7. Cuando estoy desanimado y triste, me acuerdo de que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo.

\_\_\_\_\_ 8. Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a.

\_\_\_\_\_ 9. Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio.

\_\_\_\_\_ 10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.

\_\_\_\_\_ 11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

\_\_\_\_\_ 12. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.

\_\_\_\_\_ 13. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que, probablemente, la mayoría de la gente es más feliz que yo.

\_\_\_\_\_ 14. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.

## Anexos

- \_\_\_\_\_ 15. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.
- \_\_\_\_\_ 16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente.
- \_\_\_\_\_ 17. Cuando fallo en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.
- \_\_\_\_\_ 18. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que otras personas lo tienen más fácil.
- \_\_\_\_\_ 19. Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.
- \_\_\_\_\_ 20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.
- \_\_\_\_\_ 21. Puedo ser un poco insensible hacia mí mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.
- \_\_\_\_\_ 22. Cuando me siento deprimido/a trato de observar mis sentimientos con curiosidad y apertura de mente.
- \_\_\_\_\_ 23. Soy tolerante con mis propios defectos e imperfecciones o debilidades.
- \_\_\_\_\_ 24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a hacer una montaña de un grano de arena.
- \_\_\_\_\_ 25. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.
- \_\_\_\_\_ 26. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

### **32.6 Cuestionario de Relación (RQ)**

Seguidamente aparecen varios párrafos referidos a nuestra forma de relacionarnos con los demás. Por favor, rodee con un círculo el párrafo que mejor se adecue a su forma de relacionarse afectivamente de entre los cuatro siguientes:

A. Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo/a tanto en las situaciones en que tengo que confiar en los demás como en aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar sólo/a o de que los demás no me acepten no me trastorna.

B. Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí.

C. Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancias de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/ a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos.

D. Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a los otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás.

POR FAVOR, DÉ LA VUELTA A LA HOJA



## Anexos

Ahora, por favor, deberá rodear con un círculo el número que refleje mejor su grado de acuerdo con la idea que se exprese en cada párrafo, según la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6	7
Total desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni desacuerdo, ni acuerdo	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

A. Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo/a tanto en las situaciones en las que tengo que confiar en los demás como en aquellas en que los otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar solo/a o de que los demás no me acepten no me trastorna.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

B. Me siento bien cuando no tengo relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

C. Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancia de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos/as.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

D. Me relaciono mal cuando no me acerco emocionalmente a los otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

### 32.7 Cuestionario de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)

**TECA** Nombre

Sexo  V  M Edad  /  /  Fecha  /  /

Las siguientes frases se refieren a sus sentimientos y pensamientos en una variedad de situaciones. Indique cómo le describe cada situación eligiendo la puntuación de 1 a 5 como se indica a la derecha. Cuando haya elegido su respuesta, **rodee con un círculo el número** correspondiente. Lea cada frase cuidadosamente antes de responder. Conteste honestamente con lo que más se identifique, ya que no hay respuestas correctas o incorrectas. No deje ninguna frase sin contestar.

① Totalmente en desacuerdo  
 ② Algo en desacuerdo  
 ③ Neutro  
 ④ Algo de acuerdo  
 ⑤ Totalmente de acuerdo

1	Me resulta fácil darme cuenta de las intenciones de los que me rodean.	1	2	3	4	5
2	Me siento bien si los demás se divierten.	1	2	3	4	5
3	No me pongo triste sólo porque un amigo lo esté.	1	2	3	4	5
4	Si un amigo consigue un trabajo muy deseado, me entusiasmo con él.	1	2	3	4	5
5	Me afectan demasiado los programas de sucesos.	1	2	3	4	5
6	Antes de tomar una decisión intento tener en cuenta todos los puntos de vista.	1	2	3	4	5
7	Rara vez reconozco cómo se siente una persona con sólo mirarla.	1	2	3	4	5
8	Me afecta poco escuchar desgracias sobre personas desconocidas.	1	2	3	4	5
9	Me hace ilusión ver que un amigo nuevo se encuentra a gusto en nuestro grupo.	1	2	3	4	5
10	Me es difícil entender cómo se siente una persona ante una situación que no he vivido.	1	2	3	4	5
11	Cuando un amigo se ha portado mal conmigo intento entender sus motivos.	1	2	3	4	5
12	Salvo que se trate de algo muy grave, me cuesta llorar con lo que les sucede a otros.	1	2	3	4	5
13	Reconozco fácilmente cuándo alguien está de mal humor.	1	2	3	4	5
14	No siempre me doy cuenta cuando la persona que tengo al lado se siente mal.	1	2	3	4	5
15	Intento ponerme en el lugar de los demás para saber cómo actuarán.	1	2	3	4	5
16	Cuando a alguien le sucede algo bueno siento alegría.	1	2	3	4	5
17	Si tengo una opinión formada no presto mucha atención a los argumentos de los demás.	1	2	3	4	5
18	A veces sufro más con las desgracias de los demás que ellos mismos.	1	2	3	4	5
19	Me siento feliz sólo con ver felices a otras personas.	1	2	3	4	5
20	Cuando alguien tiene un problema intento imaginarme cómo me sentiría si estuviera en su piel.	1	2	3	4	5
21	No siento especial alegría si alguien me cuenta que ha tenido un golpe de suerte.	1	2	3	4	5
22	Cuando veo que alguien recibe un regalo no puedo reprimir una sonrisa.	1	2	3	4	5
23	No puedo evitar llorar con los testimonios de personas desconocidas.	1	2	3	4	5
24	Cuando conozco gente nueva me doy cuenta de la impresión que se han llevado de mí.	1	2	3	4	5
25	Cuando mis amigos me cuentan que les va bien, no le doy mucha importancia.	1	2	3	4	5
26	Encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otras personas.	1	2	3	4	5
27	Entender cómo se siente otra persona es algo muy fácil para mí.	1	2	3	4	5
28	No soy de esas personas que se deprimen con los problemas ajenos.	1	2	3	4	5
29	Intento comprender mejor a mis amigos mirando las situaciones desde su perspectiva.	1	2	3	4	5
30	Me considero una persona fría porque no me conmuevo fácilmente.	1	2	3	4	5
31	Me doy cuenta cuando las personas cercanas a mí están especialmente contentas sin que me hayan contado el motivo.	1	2	3	4	5
32	Me resulta difícil ponerme en el lugar de personas con las que no estoy de acuerdo.	1	2	3	4	5
33	Me doy cuenta cuando alguien intenta esconder sus verdaderos sentimientos.	1	2	3	4	5

**32.8 Cuestionario de Burnout Maslach Inventory Student Survey (MBI-SS)**

Nº IDENTIF.:

FECHA:

**(MBI-SS)**

Los siguientes ítems están relacionados con sentimientos, creencias y conductas relacionadas con tu experiencia como “estudiante” en la Universidad. Por favor contesta a cada uno de ellos teniendo en cuenta la siguiente escala de respuesta que va de 0 (nunca has experimentado ese sentimiento o creencia) a 6 (siempre lo experimentas).

Ninguna vez	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastante veces	Casi siempre	Siempre

¿Con qué frecuencia?

1. Estoy emocionalmente “agotado” por hacer esta carrera	
2. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en la Universidad	
3. Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mis estudios	
4. Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen relacionados con mis estudios	
5. Creo que contribuyo efectivamente durante las clases en la Universidad	
6. En mi opinión soy un buen estudiante	
7. Me estimula conseguir objetivos en mis estudios	
8. Dudo de la trascendencia y valor de mis estudios	
9. Durante las clases, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas	
10. Estudiar o ir a clase todo el día es una tensión para mí	
11. Me encuentro “consumido” al final de un día en la Universidad	
12. Estoy “quemado” de estudiar	
13. He perdido interés en la carrera desde que empecé en la Universidad	
14. He perdido entusiasmo por mi carrera	
15. He aprendido muchas cosas interesantes durante mi carrera	

### 32.9 Ten-Item Personality Inventory (TIPI)

A continuación encontrará una serie de rasgos de personalidad que pueden o no resultar de aplicación para Ud. Escriba, en cada espacio en blanco, el número que mejor refleja su grado conformidad o de disconformidad con el enunciado. Usted debe evaluar el grado en que cada par de rasgos de cada línea le son de aplicación.

Use la escala siguiente:

1	2	3	4	5	6	7
Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo

Me veo a mí mismo/a como:

- \_\_\_\_\_ 1. Extrovertido, entusiasta
- \_\_\_\_\_ 2. Crítico, peleador
- \_\_\_\_\_ 3. Confiante, controlado
- \_\_\_\_\_ 4. Nervioso, se altera fácilmente
- \_\_\_\_\_ 5. Abierto a nuevas experiencias, con múltiples intereses
- \_\_\_\_\_ 6. Reservado, callado
- \_\_\_\_\_ 7. Comprensivo, afectuoso
- \_\_\_\_\_ 8. Desorganizado, descuidado
- \_\_\_\_\_ 9. Calmo, emocionalmente estable
- \_\_\_\_\_ 10. Convencional, poco creativo

**32.10 Cuestionario Cualitativo (CC)**

1.- ¿Qué te ha parecido el Taller?

2.- ¿Qué dificultades encontraste al inicio?

3.- ¿Cuándo empezaste a tener claro su sentido?

4.- ¿Has notado cambios en tu estado de ánimo?      En caso afirmativo ¿cuáles?

5.- ¿Has notado cambios en tu forma de pensar?      En caso afirmativo ¿cuáles?

6.- ¿Has notado algún cambio en la relación con los demás?  
En caso afirmativo ¿cuáles?

7.- ¿Qué habilidades crees que has aprendido? ¿Piensas que son aplicables en tu futura práctica médica?

8.- ¿Para qué crees que te sirve meditar?

9.- ¿Has practicado entre semana los ejercicios propuestos?  
En caso afirmativo ¿con que frecuencia?

10.- ¿Vas a seguir meditando?      ¿Con que frecuencia?

11.- ¿Qué papel le vas a dar a la meditación en tu vida?

12.- ¿Harías algún cambio sobre el programa?      En caso afirmativo ¿cuáles?

15.- ¿Estarías interesado/a en una continuación de este taller, para profundizar más, o en participar en actividades que puedan organizarse relacionadas con Mindfulness?  
En caso afirmativo, ¿qué te gustaría?

16.- Manifiesta, por favor, cualquier tipo de opinión o sugerencia sobre el Taller y tu experiencia

*T'agraeixo, de tot cor, la teva confiança, col·laboració i participació. Pere Oró*

### **32.11 Consentimiento Informado para Participantes en la Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es facilitar a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su papel en ella.

La presente investigación es conducida por Pere Oró Palau, psicólogo colegiado nº 4246. El Sr. Oró está realizando la Tesis Doctoral en la Universitat de Lleida. La finalidad de este estudio es comprobar la efectividad de un programa de intervención basado en Mindfulness en relación con el manejo de la ansiedad y el estrés en estudiantes universitarios.

Si usted accede a participar en este estudio, mantendrá una reunión inicial, se le pedirá rellenar diferentes cuestionarios antes, durante y después de la aplicación del Programa, deberá participar en las sesiones presenciales y realizar las tareas para casa que se le indiquen después de cada sesión presencial. El programa tendrá una duración aproximada de 12 semanas.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y será usada con fines exclusivamente científicos, sin que en ningún momento pueda revelarse la identidad nominal de los participantes, de acuerdo con la Ley Orgánica de Tratamiento de Datos de Carácter Personal 15/1999 (LORTAD).

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma, aunque le rogamos encarecidamente que intente llegar al final del programa, pues otras personas interesadas en participar han debido renunciar para que usted pueda realizarlo. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Le estamos muy agradecidos por su participación y colaboración.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Pere Oró Palau, psicólogo colegiado nº 4246. He sido informado de que la finalidad de este estudio es comprobar la efectividad de un programa de intervención basado en Mindfulness y su relación con el manejo de la ansiedad y el estrés en estudiantes universitarios.

Me han indicado también que mantendré una reunión inicial, se me pedirá rellenar diferentes cuestionarios antes, durante y después de la aplicación del Programa, deberé participar en las sesiones presenciales y realizar las tareas para casa que se me indiquen después de cada sesión presencial. El programa tendrá una duración aproximada de 12 semanas.

Conozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con Pere Oró Palau al teléfono 656351958.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar con Pere Oró Palau al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante  
Fecha

Firma del Participante

### 33. PRUEBAS DE NORMALIDAD DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS

#### MEDIDAS

#### 33.1 Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para Grupo Experimental (GE) puntuaciones pre

VARIABLES	N	VALORES PRE			
		PRUEBA DE NORMALIDAD de Shapiro-Wilk			
		Estadístico	Grad Libertad	Significación	Distrib. normal <sup>o</sup>
PSS estrés percibido	43	0,96	43	0,135	sí
SCL-90 –R Somatización	43	0,962	43	0,158	sí
SCL-90 –R Obsesión-compulsión	43	0,962	43	0,165	sí
SCL-90 –R Sensibilidad interpersonal	43	0,892	43	0,001	no
SCL-90 –R Depresión	43	0,933	43	0,015	no
SCL-90 –R Ansiedad	43	0,941	43	0,029	no
SCL-90 –R Hostilidad	43	0,831	43	0,000	no
SCL-90 –R Ansiedad fóbica	43	0,666	43	0,000	no
SCL-90 –R Ideación paranoide	43	0,882	43	0,000	no
SCL-90 –R Psicoticismo	43	0,834	43	0,000	no
SCL-90 –R Ítems adicionales	43	0,955	43	0,089	sí
SCL-90 –R GSI Índice severidad global	43	0,955	43	0,089	sí
SCL-90 –R PST Total síntomas positivos	43	0,962	43	0,160	sí
SCL-90 –R PSDI Índice malestar positivo	43	0,955	43	0,088	sí
FFMQ observar	43	0,968	43	0,278	sí
FFMQ describir	43	0,973	43	0,413	sí
FFMQ actuar con consciencia	43	0,972	43	0,376	sí
FFMQ no juzgar	43	0,977	43	0,548	sí
FFMQ no reactividad	43	0,974	43	0,441	sí
FFMQ Total	43	0,97	43	0,310	sí
SCS bondad hacia uno mismo	43	0,979	43	0,605	sí
SCS humanidad compartida	43	0,964	43	0,196	sí
SCS mindfulness	43	0,959	43	0,127	sí
SCS autocrítica / autojuicio	43	0,975	43	0,453	sí
SCS aislamiento	43	0,957	43	0,105	sí
SCS ensimismamiento	43	0,973	43	0,399	sí
SCS Total	43	0,951	43	0,064	sí
RQ apego seguro cuantitativo	43	0,865	43	0,000	no
RQ apego rechazante	43	0,932	43	0,013	no
RQ apego preocupado	43	0,903	43	0,001	no
RQ apego temeroso	43	0,875	43	0,000	no
RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad	43	0,961	43	0,146	sí
RQ modelo de los otros / (-) evitación	43	0,879	43	0,000	no
TECA Adopción de perspectivas	43	0,945	43	0,039	no
TECA Comprensión emocional	43	0,967	43	0,250	sí
TECA Estrés empático	43	0,968	43	0,259	sí
TECA Alegría Empática	43	0,951	43	0,065	sí
TECA Total	43	0,975	43	0,448	sí
MBI-SS Agotamiento	43	0,967	43	0,252	sí
MBI-SS Cinismo	43	0,765	43	0,000	no
MBI-SS Eficacia académica	43	0,97	43	0,317	sí
MBI-SS Total	43	0,895	43	0,001	no
TIPI Extraversión, energía	43	0,96	43	0,142	sí
TIPI Afabilidad	43	0,933	43	0,015	no
TIPI Responsabilidad	43	0,939	43	0,024	no
TIPI Estabilidad emocional	43	0,941	43	0,027	no
TIPI Apertura a la experiencia	43	0,902	43	0,001	no

<sup>o</sup> probabilidad <0,05



### 33.2 Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para Grupo Control (GC) puntuaciones pre

VARIABLES	N	VALORES PRE			
		PRUEBA DE NORMALIDAD de Kolmogorov-Smirnov*			
		Estadístico	Grad Libertad	Significación	Distrib. normal <sup>o</sup>
PSS estrés percibido	75	0,103	75	0,048	no
SCL-90 –R Somatización	75	0,146	75	0,000	no
SCL-90 –R Obsesión-compulsión	75	0,151	75	0,000	no
SCL-90 –R Sensibilidad interpersonal	75	0,165	75	0,000	no
SCL-90 –R Depresión	75	0,139	75	0,001	no
SCL-90 –R Ansiedad	75	0,088	75	0,200	sí
SCL-90 –R Hostilidad	75	0,19	75	0,000	no
SCL-90 –R Ansiedad fóbica	75	0,233	75	0,000	no
SCL-90 –R Ideación paranoide	75	0,152	75	0,000	no
SCL-90 –R Psicoticismo	75	0,166	75	0,000	no
SCL-90 –R Ítems adicionales	75	0,11	75	0,024	no
SCL-90 –R GSI Índice severidad global	75	0,113	75	0,018	no
SCL-90 –R PST Total síntomas positivos	75	0,093	75	0,181	sí
SCL-90 –R PSDI Índice malestar positivo	75	0,156	75	0,000	no
FFMQ observar	75	0,11	75	0,026	no
FFMQ describir	75	0,067	75	0,200	sí
FFMQ actuar con consciencia	75	0,069	75	0,200	sí
FFMQ no juzgar	75	0,065	75	0,200	sí
FFMQ no reactividad	75	0,073	75	0,200	sí
FFMQ Total	75	0,074	75	0,200	sí
SCS bondad hacia uno mismo	75	0,093	75	0,175	sí
SCS humanidad compartida	75	0,124	75	0,006	no
SCS mindfulness	75	0,137	75	0,001	no
SCS autocrítica / autojuicio	75	0,121	75	0,009	no
SCS aislamiento	75	0,096	75	0,081	sí
SCS ensimismamiento	75	0,102	75	0,049	no
SCS Total	75	0,099	75	0,068	sí
RQ apego seguro cuantitativo	75	0,099	75	0,068	sí
RQ apego rechazante	75	0,135	75	0,002	no
RQ apego preocupado	75	0,16	75	0,000	no
RQ apego temeroso	75	0,258	75	0,000	no
RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad	75	0,107	75	0,034	no
RQ modelo de los otros / (-) evitación	75	0,136	75	0,001	no
TECA Adopción de perspectivas	75	0,176	75	0,000	no
TECA Comprensión emocional	75	0,079	75	0,200	sí
TECA Estrés empático	75	0,1	75	0,063	sí
TECA Alegría Empática	75	0,113	75	0,019	no
TECA Total	75	0,167	75	0,000	no
MBI-SS Agotamiento	75	0,132	75	0,003	no
MBI-SS Cinismo	75	0,158	75	0,000	no
MBI-SS Eficacia académica	75	0,101	75	0,054	sí
MBI-SS Total	75	0,086	75	0,200	sí
TIPI Extraversión, energía	75	0,127	75	0,005	no
TIPI Afabilidad	75	0,15	75	0,000	no
TIPI Responsabilidad	75	0,139	75	0,001	no
TIPI Estabilidad emocional	75	0,109	75	0,027	no
TIPI Apertura a la experiencia	75	0,146	75	0,000	no

\* Corrección de la significación de Lilliefors

<sup>o</sup> probabilidad <0,05

### 33.3 Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para Grupo Experimental (GE) puntuaciones post

VARIABLES	N	VALORES POST			
		PRUEBA DE NORMALIDAD de Shapiro-Wilk			
		Estadístico	Grad Libertad	Significación	Distrib. normal <sup>ø</sup>
PSS estrés percibido	43	0,983	43	0,779	sí
SCL-90 –R Somatización	43	0,904	43	0,002	no
SCL-90 –R Obsesión-compulsión	43	0,947	43	0,045	no
SCL-90 –R Sensibilidad interpersonal	43	0,949	43	0,056	sí
SCL-90 –R Depresión	43	0,957	43	0,109	sí
SCL-90 –R Ansiedad	43	0,891	43	0,001	no
SCL-90 –R Hostilidad	43	0,904	43	0,002	no
SCL-90 –R Ansiedad fóbica	43	0,746	43	0,000	no
SCL-90 –R Ideación paranoide	43	0,92	43	0,005	no
SCL-90 –R Psicoficismo	43	0,906	43	0,002	no
SCL-90 –R Ítems adicionales	43	0,94	43	0,025	no
SCL-90 –R GSI Índice severidad global	43	0,945	43	0,038	no
SCL-90 –R PST Total síntomas positivos	43	0,961	43	0,153	sí
SCL-90 –R PSDI Índice malestar positivo	43	0,939	43	0,023	no
FFMQ observar	43	0,978	43	0,572	sí
FFMQ describir	43	0,97	43	0,315	sí
FFMQ actuar con consciencia	43	0,965	43	0,203	sí
FFMQ no juzgar	43	0,957	43	0,105	sí
FFMQ no reactividad	43	0,958	43	0,113	sí
FFMQ Total	43	0,981	43	0,698	sí
SCS bondad hacia uno mismo	43	0,968	43	0,266	sí
SCS humanidad compartida	43	0,961	43	0,154	sí
SCS mindfulness	43	0,975	43	0,457	sí
SCS autocrítica / autojuicio	43	0,965	43	0,213	sí
SCS aislamiento	43	0,962	43	0,158	sí
SCS ensimismamiento	43	0,945	43	0,040	no
SCS Total	43	0,978	43	0,575	sí
RQ apego seguro cuantitativo	43	0,823	43	0,000	no
RQ apego rechazante	43	0,941	43	0,028	no
RQ apego preocupado	43	0,89	43	0,001	no
RQ apego temeroso	43	0,822	43	0,000	no
RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad	43	0,939	43	0,024	no
RQ modelo de los otros / (-) evitación	43	0,956	43	0,103	sí
TECA Adopción de perspectivas	43	0,965	43	0,210	sí
TECA Comprensión emocional	43	0,959	43	0,127	sí
TECA Estrés empático	43	0,97	43	0,322	sí
TECA Alegría Empática	43	0,966	43	0,224	sí
TECA Total	43	0,97	43	0,327	sí
MBI-SS Agotamiento	43	0,968	43	0,259	sí
MBI-SS Cinismo	43	0,866	43	0,000	no
MBI-SS Eficacia académica	43	0,944	43	0,035	no
MBI-SS Total	43	0,951	43	0,068	sí
TIPI Extraversión, energía	43	0,947	43	0,047	no
TIPI Afabilidad	43	0,94	43	0,026	no
TIPI Responsabilidad	43	0,931	43	0,013	no
TIPI Estabilidad emocional	43	0,937	43	0,020	no
TIPI Apertura a la experiencia	43	0,921	43	0,006	no

<sup>ø</sup> probabilidad <0,05

### 33.4 Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para Grupo Control (GC) puntuaciones post

VARIABLES	N	VALORES POST			
		PRUEBA DENORMALIDAD de Kolmogorov-Smirnov*			
		Estadístico	Grad Libertad	Significación	Distrib. normal <sup>o</sup>
PSS estrés percibido	75	0,119	75	0,010	no
SCL-90 –R Somatización	75	0,099	75	0,064	no
SCL-90 –R Obsesión-compulsión	75	0,103	75	0,049	no
SCL-90 –R Sensibilidad interpersonal	75	0,135	75	0,002	no
SCL-90 –R Depresión	75	0,116	75	0,014	no
SCL-90 –R Ansiedad	75	0,137	75	0,001	no
SCL-90 –R Hostilidad	75	0,201	75	0,000	no
SCL-90 –R Ansiedad fóbica	75	0,231	75	0,000	no
SCL-90 –R Ideación paranoide	75	0,12	75	0,009	no
SCL-90 –R Psicoticismo	75	0,184	75	0,000	no
SCL-90 –R Ítems adicionales	75	0,125	75	0,006	no
SCL-90 –R GSI Índice severidad global	75	0,1	75	0,059	sí
SCL-90 –R PST Total síntomas positivos	75	0,097	75	0,079	sí
SCL-90 –R PSDI Índice malestar positivo	75	0,087	75	0,200	sí
FFMQ observar	75	0,08	75	0,200	sí
FFMQ describir	75	0,097	75	0,079	sí
FFMQ actuar con consciencia	75	0,083	75	0,200	sí
FFMQ no juzgar	75	0,098	75	0,069	sí
FFMQ no reactividad	75	0,07	75	0,200	sí
FFMQ Total	75	0,077	75	0,200	sí
SCS bondad hacia uno mismo	75	0,112	75	0,022	no
SCS humanidad compartida	75	0,092	75	0,193	sí
SCS mindfulness	75	0,115	75	0,016	no
SCS autocrítica / autojuicio	75	0,08	75	0,200	sí
SCS aislamiento	75	0,119	75	0,010	no
SCS ensimismamiento	75	0,116	75	0,014	no
SCS Total	75	0,208	75	0,000	no
RQ apego seguro cuantitativo	75	0,219	75	0,000	no
RQ apego rechazante	75	0,172	75	0,000	no
RQ apego preocupado	75	0,221	75	0,000	no
RQ apego temeroso	75	0,26	75	0,000	no
RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad	75	0,135	75	0,002	no
RQ modelo de los otros / (-) evitación	75	0,084	75	0,200	sí
TECA Adopción de perspectivas	75	0,083	75	0,200	sí
TECA Comprensión emocional	75	0,127	75	0,004	no
TECA Estrés empático	75	0,114	75	0,017	no
TECA Alegría Empática	75	0,108	75	0,030	no
TECA Total	75	0,079	75	0,200	sí
MBL-SS Agotamiento	75	0,12	75	0,009	no
MBL-SS Cinismo	75	0,135	75	0,002	no
MBL-SS Eficacia académica	75	0,127	75	0,004	no
MBL-SS Total	75	0,083	75	0,200	sí
TIPI Extraversión, energía	75	0,123	75	0,006	no
TIPI Afabilidad	75	0,104	75	0,045	no
TIPI Responsabilidad	75	0,114	75	0,016	no
TIPI Estabilidad emocional	75	0,111	75	0,023	no
TIPI Apertura a la experiencia	75	0,111	75	0,024	no

\* Corrección de la significación de Lilliefors

<sup>o</sup> probabilidad <0,05

### **33.5 Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para Grupo Experimental (GE) diferencia entre puntuaciones pre y post**

VARIABLES	DIFERENCIA ENTRE PUNTUACIONES PRE Y POST GE				
	N	Estadístico	Grad Libertad	Significación	Distrib. normal <sup>º</sup>
PSS estrés percibido	43	0,966	43	0,227	sí
SCL-90 –R Somatización	43	0,968	43	0,279	sí
SCL-90 –R Obsesión-compulsión	43	0,972	43	0,358	sí
SCL-90 –R Sensibilidad interpersonal	43	0,952	43	0,073	sí
SCL-90 –R Depresión	43	0,941	43	0,029	no
SCL-90 –R Ansiedad	43	0,949	43	0,056	sí
SCL-90 –R Hostilidad	43	0,924	43	0,007	no
SCL-90 –R Ansiedad fóbica	43	0,861	43	0,000	no
SCL-90 –R Ideación paranoide	43	0,94	43	0,027	no
SCL-90 –R Psicoticismo	43	0,911	43	0,003	no
SCL-90 –R Ítems adicionales	43	0,979	43	0,618	sí
SCL-90 –R GSI Índice severidad global	43	0,956	43	0,097	sí
SCL-90 –R PST Total síntomas positivos	43	0,987	43	0,912	sí
SCL-90 –R PSDI Índice malestar positivo	43	0,956	43	0,095	sí
FFMQ observar	43	0,94	43	0,025	no
FFMQ describir	43	0,976	43	0,512	sí
FFMQ actuar con consciencia	43	0,978	43	0,575	sí
FFMQ no juzgar	43	0,969	43	0,299	sí
FFMQ no reactividad	43	0,93	43	0,012	no
FFMQ Total	43	0,908	43	0,002	no
SCS bondad hacia uno mismo	43	0,951	43	0,065	sí
SCS humanidad compartida	43	0,935	43	0,018	no
SCS mindfulness	43	0,945	43	0,038	no
SCS autocrítica / autojuicio	43	0,964	43	0,201	sí
SCS aislamiento	43	0,971	43	0,339	sí
SCS ensimismamiento	43	0,98	43	0,629	sí
SCS Total	43	0,938	43	0,022	no
RQ apego seguro cuantitativo	43	0,921	43	0,006	no
RQ apego rechazante	43	0,932	43	0,013	no
RQ apego preocupado	43	0,92	43	0,005	no
RQ apego temeroso	43	0,915	43	0,004	no
RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad	43	0,908	43	0,002	no
RQ modelo de los otros / (-) evitación	43	0,933	43	0,015	no
TECA Adopción de perspectivas	43	0,975	43	0,465	sí
TECA Comprensión emocional	43	0,974	43	0,439	sí
TECA Estrés empático	43	0,967	43	0,258	sí
TECA Alegría Empática	43	0,955	43	0,089	sí
TECA Total	43	0,984	43	0,804	sí
MBI-SS Agotamiento	43	0,97	43	0,316	sí
MBI-SS Cinismo	43	0,947	43	0,046	no
MBI-SS Eficacia académica	43	0,963	43	0,179	sí
MBI-SS Total	43	0,985	43	0,825	sí
TIPI Extraversión, energía	43	0,946	43	0,043	no
TIPI Afabilidad	43	0,881	43	0,000	no
TIPI Responsabilidad	43	0,973	43	0,402	sí
TIPI Estabilidad emocional	43	0,935	43	0,017	no
TIPI Apertura a la experiencia	43	0,897	43	0,001	no

<sup>º</sup> probabilidad <0,05

### 33.6 Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para Grupo Control GC) diferencia entre puntuaciones pre y post

VARIABLES	DIFERENCIA ENTRE PUNTUACIONES PRE Y POST GC				
	N	PRUEBA DE NORMALIDAD de Kolmogorov-Smirnov*			
		Estadístico	Grad Libertad	Significación	Distrib. normal <sup>o</sup>
PSS estrés percibido	75	0,12	75	0,009	no
SCL-90 –R Somatización	75	0,108	75	0,029	no
SCL-90 –R Obsesión-compulsión	75	0,087	75	0,200	sí
SCL-90 –R Sensibilidad interpersonal	75	0,1	75	0,063	sí
SCL-90 –R Depresión	75	0,133	75	0,002	no
SCL-90 –R Ansiedad	75	0,16	75	0,000	no
SCL-90 –R Hostilidad	75	0,193	75	0,000	no
SCL-90 –R Ansiedad fóbica	75	0,2	75	0,000	no
SCL-90 –R Ideación paranoide	75	0,116	75	0,014	no
SCL-90 –R Psicoticismo	75	0,164	75	0,000	no
SCL-90 –R Ítems adicionales	75	0,118	75	0,012	no
SCL-90 –R GSI Índice severidad global	75	0,14	75	0,001	no
SCL-90 –R PST Total síntomas positivos	75	0,093	75	0,175	sí
SCL-90 –R PSDI Índice malestar positivo	75	0,165	75	0,000	no
FFMQ observar	75	0,146	75	0,000	no
FFMQ describir	75	0,097	75	0,075	sí
FFMQ actuar con consciencia	75	0,123	75	0,007	no
FFMQ no juzgar	75	0,079	75	0,200	sí
FFMQ no reactividad	75	0,096	75	0,083	sí
FFMQ Total	75	0,056	75	0,200	sí
SCS bondad hacia uno mismo	75	0,104	75	0,044	no
SCS humanidad compartida	75	0,124	75	0,006	no
SCS mindfulness	75	0,127	75	0,005	no
SCS autocrítica / autojuicio	75	0,095	75	0,093	sí
SCS aislamiento	75	0,125	75	0,005	no
SCS ensimismamiento	75	0,119	75	0,010	no
SCS Total	75	0,235	75	0,000	no
RQ apego seguro cuantitativo	75	0,233	75	0,000	no
RQ apego rechazante	75	0,164	75	0,000	no
RQ apego preocupado	75	0,153	75	0,000	no
RQ apego temeroso	75	0,184	75	0,000	no
RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad	75	0,14	75	0,001	no
RQ modelo de los otros / (-) evitación	75	0,114	75	0,018	no
TECA Adopción de perspectivas	75	0,132	75	0,002	no
TECA Comprensión emocional	75	0,116	75	0,013	no
TECA Estrés empático	75	0,109	75	0,028	no
TECA Alegría Empática	75	0,1	75	0,059	sí
TECA Total	75	0,098	75	0,071	sí
MBI-SS Agotamiento	75	0,095	75	0,091	sí
MBI-SS Cinismo	75	0,145	75	0,000	no
MBI-SS Eficacia académica	75	0,082	75	0,200	sí
MBI-SS Total	75	0,077	75	0,200	sí
TIPI Extraversión, energía	75	0,202	75	0,000	no
TIPI Afabilidad	75	0,156	75	0,000	no
TIPI Responsabilidad	75	0,131	75	0,003	no
TIPI Estabilidad emocional	75	0,122	75	0,008	no
TIPI Apertura a la experiencia	75	0,156	75	0,000	no

\* Corrección de la significación de Lilliefors

<sup>o</sup> probabilidad <0,05



**35. DIFERENCIAS PRETEST ENTRE GE Y GC**

VARIABLES	VALORES							
	Pre GE		Pre GC		Igual Va <sup>1</sup>	Prueba utilizada	t / z <sup>2</sup>	Probab.
N	Media (DT)	N	Media (DT)					
PSS estrés percibido	43	24,00 (8,06)	75	23,59 (6,88)	sí	U	-0,51	0,61
SCL-90 –R Somatización	43	1,12 (0,61)	75	0,97 (0,74)	sí	U	-1,57	0,117
SCL-90 –R Obsesión-compulsión	43	1,37 (0,67)	75	1,27 (0,63)	sí	U	-0,73	0,466
SCL-90 –R Sensibilidad interpersonal	43	1,03 (0,81)	75	1,01 (0,75)	sí	U	-0,05	0,962
SCL-90 –R Depresión	43	1,14 (0,80)	75	1,08 (0,68)	sí	U	-0,22	0,829
SCL-90 –R Ansiedad	43	0,95 (0,67)	75	0,91 (0,57)	sí	U	-0,12	0,906
SCL-90 –R Hostilidad	43	0,76 (0,61)	75	0,77 (0,66)	sí	U	-0,47	0,64
SCL-90 –R Ansiedad fóbica	43	0,30 (0,46)	75	0,37 (0,50)	sí	U	-0,87	0,386
SCL-90 –R Ideación paranoide	43	0,84 (0,79)	75	0,93 (0,70)	sí	U	-1,09	0,277
SCL-90 –R Psicoticismo	43	0,60 (0,58)	75	0,54 (0,55)	sí	U	-0,71	0,476
SCL-90 –R Ítems adicionales	43	1,25 (0,66)	75	1,09 (0,76)	sí	U	-1,33	0,183
SCL-90 –R GSI Índice severidad global	43	0,97 (0,53)	75	0,91 (0,52)	sí	U	-0,64	0,522
SCL-90 –R PST Total síntomas positivos	43	45,19 (16,61)	75	44,3 (17,89)	sí	T	0,26	0,8
SCL-90 –R PSDI Índice malestar positivo	43	1,83 (0,44)	75	1,77 (0,51)	sí	U	-1,07	0,287
FFMQ observar	43	22,02 (5,21)	75	24,79 (7,61)	sí	U	-2,02	0,044 *
FFMQ describir	43	25,93 (6,92)	75	27,51 (6,48)	sí	T	-1,24	0,22
FFMQ actuar con consciencia	43	26,40 (5,25)	75	27,11 (5,82)	sí	T	-0,66	0,51
FFMQ no juzgar	43	27,84 (6,76)	75	27,27 (5,91)	sí	T	0,48	0,63
FFMQ no reactividad	43	22,16 (4,30)	75	20,60 (4,02)	sí	T	1,98	0,05
FFMQ Total	43	124,35 (18,17)	75	127,27 (14,02)	sí	T	-0,97	0,33
SCS bondad hacia uno mismo	43	3,23 (0,82)	75	2,85 (0,81)	sí	T	2,42	0,02 *
SCS humanidad compartida	43	3,04 (0,75)	75	2,88 (0,83)	sí	U	-1,05	0,292
SCS mindfulness	43	3,54 (0,80)	75	3,11 (0,79)	sí	U	-2,36	0,019 *
SCS autocrítica / autojuicio	43	2,95 (0,71)	75	3,19 (0,84)	sí	U	-1,08	0,28
SCS aislamiento	43	2,70 (0,96)	75	2,86 (0,95)	sí	T	-0,87	0,38
SCS ensimismamiento	43	2,84 (0,92)	75	3,23 (0,80)	sí	U	-2,21	0,027 *
SCS Total	43	3,21 (0,58)	75	2,92 (0,62)	sí	T	2,52	0,01 *
RQ apego seguro cuantitativo	43	5,00 (1,65)	75	5,15 (1,46)	sí	U	-0,15	0,884
RQ apego rechazante	43	4,14 (1,49)	75	4,25 (1,58)	sí	U	-0,26	0,797
RQ apego preocupado	43	3,23 (1,77)	75	3,69 (1,61)	sí	U	-1,48	0,138
RQ apego temeroso	43	3,02 (1,75)	75	2,96 (1,86)	sí	U	-0,37	0,711
RQ modelo de sí mismo / (-) ansiedad	43	2,88 (4,93)	75	2,75 (4,14)	sí	U	-0,34	0,737
RQ modelo de los otros / (-) evitación	43	1,07 (2,80)	75	1,63 (3,54)	sí	U	-0,56	0,579
TECA Adopción de perspectivas	43	27,23 (2,99)	75	26,31 (4,22)	sí	U	-1,50	0,133
TECA Comprensión emocional	43	28,98 (3,17)	75	29,07 (3,50)	sí	T	-0,14	0,89
TECA Estrés empático	43	21,86 (3,31)	75	21,21 (3,24)	sí	T	1,04	0,3
TECA Alegría Empática	43	29,56 (2,49)	75	28,72 (3,51)	sí	U	-1,51	0,132
TECA Total	43	107,63 (6,60)	75	105,31 (9,28)	sí	U	-1,52	0,128
MBI-SS Agotamiento	43	2,26 (1,06)	75	2,55 (1,18)	sí	U	-1,09	0,276
MBI-SS Cinismo	43	1,05 (1,11)	75	0,94 (0,85)	sí	U	-0,18	0,855
MBI-SS Eficacia académica	43	4,41 (0,60)	75	3,94 (0,89)	no	T	3,43	0,001 ***
MBI-SS Total	43	4,89 (2,15)	75	5,54 (2,37)	sí	U	-1,71	0,088
TIPI Extraversión, energía	43	4,79 (1,25)	75	4,75 (1,44)	sí	U	-0,19	0,853
TIPI Afabilidad	43	5,10 (0,83)	75	5,13 (1,01)	sí	U	-0,18	0,861
TIPI Responsabilidad	43	4,92 (1,17)	75	5,07 (1,17)	sí	U	-0,79	0,432
TIPI Estabilidad emocional	43	4,87 (1,39)	75	4,25 (1,35)	sí	U	-2,31	0,021 *
TIPI Apertura a la experiencia	43	5,39 (0,78)	75	5,27 (1,05)	sí	U	-0,48	0,634

Leyenda: <sup>1</sup> Igual varianza según Prueba de Levene. <sup>2</sup> estadístico t de Student o estadístico z para U de Mann-Whitney, según prueba utilizada T o U  
\* (probabilidad < 0,05) \*\* (probabilidad < 0,01) \*\*\* (probabilidad < 0,005) \*\*\*\*(probabilidad < 0,001) \*\*\*\*\* (probabilidad < 0,0005)