



Original

Promoción del mindfulness en la formación de psicoterapeutas a nivel universitario: un estudio piloto



Andrés E. Zerpa^{a,b,*}, María Teresa Miró^a, Emiliano Díez^{b,c}, y María A. Alonso^{a,b,c}

^a Facultad de Psicología y Logopedia, Universidad de La Laguna, Tenerife, España

^b Instituto de Neurociencia (IUNE), Universidad de La Laguna, Tenerife, España

^c Instituto de Integración en la Comunidad (INICO), Universidad de Salamanca, Salamanca, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de junio de 2023

Aceptado el 29 de noviembre de 2023

On-line el 9 de enero de 2024

Palabras clave:

Mindfulness

Terapeutas en formación

Intervención en mindfulness

auto cuidado

R E S U M E N

Para responder a las demandas externas e internas de una sesión terapéutica, los psicoterapeutas deben llevar a cabo un monitoreo de su atención. Las investigaciones muestran que la práctica en mindfulness resulta beneficiosa para promover esta capacidad, así como actuar de agente protector ante los estados adversos. Sin embargo, es escasa su práctica en la formación de psicoterapeutas. El objetivo del presente estudio piloto es explorar la influencia de un entrenamiento en mindfulness sobre el estrés, la ansiedad y la depresión, y en el constructo mindfulness de psicoterapeutas en formación. Analizando además su viabilidad como enseñanza dentro de la formación de estos profesionales. Cincuenta y un estudiantes universitarios han participado en este estudio piloto, divididos en grupo experimental y grupo control. Para el estudio se ha tenido en cuenta una medida pre-entrenamiento y post-entrenamiento en mindfulness. Ambos grupos, previo al entrenamiento, han contestado a una batería de cuestionarios relacionados con estados adversos y mindfulness. Posteriormente, el grupo experimental ha realizado entrenamiento en mindfulness a lo largo de nueve semanas. Finalmente, ambos grupos han respondido nuevamente a la batería de cuestionarios. Los resultados muestran que, el grupo que realizó el entrenamiento en mindfulness ha disminuido la sintomatología adversa y ha aumentado las puntuaciones en mindfulness en comparación con el grupo control. Estos hallazgos ponen de manifiesto, no sólo que la práctica del mindfulness es viable dentro de la formación académica de los futuros terapeutas, sino que es una herramienta útil que permite el desarrollo intrapersonal, así como las habilidades necesarias para afrontar y desarrollar la práctica profesional manera óptima.

© 2023 Universidad de País Vasco. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Promoting mindfulness in training psychotherapists in a university setting: A pilot study

A B S T R A C T

To respond to external and internal demands in a therapeutic session, psychotherapists must carry out attention monitoring. Research shows that mindfulness practice is beneficial in promoting this ability and acting as a protective agent against adverse states. However, its implementation in psychotherapist training is limited. The aim of this pilot study was to explore the influence of mindfulness training on stress, anxiety, depression, and the mindfulness construct in trainee psychotherapists, while also examining its feasibility as part of their training. Fifty-one university students participated in the study, divided into an experimental group and a control group. Pre-training and post-training measures of mindfulness were considered. Both groups completed a battery of questionnaires related to adverse states and mindfulness before the training. Subsequently, the experimental group underwent nine weeks of mindfulness training. After the training, both groups completed the questionnaire battery again. The results showed

Keywords:

Mindfulness

Therapist training

Mindfulness intervention

Self-care

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: azerpape@ull.edu.es (A.E. Zerpa).

that the group that underwent mindfulness training exhibited a decrease in adverse symptoms and an increase in mindfulness scores compared to the control group. These findings highlight not only the viability of incorporating mindfulness practice into the academic training of future therapists but also its utility as a tool for personal development and the necessary skills to effectively face and develop their professional practice.

© 2023 Universidad de País Vasco. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Durante las sesiones terapéuticas, se debe llevar a cabo un proceso de monitoreo de la capacidad atencional por parte de los psicoterapeutas. Esta necesidad surge debido a que el proceso terapéutico implica, por un lado, la comprensión del discurso explícito, hablado, del cliente/paciente tal y como indican [Rice y Greenberg \(1984\)](#) al introducir el análisis intensivo del proceso psicoterapéutico. Por otro lado, y simultáneamente, también requiere percatarse de las expresiones, gestos o movimientos no-verbales que pueden contradecir, negar o matizar lo expresado en el plano lingüístico ([Bruce et al., 2010](#); [Baer, 2003](#)). Además, se espera que el terapeuta tome nota de sus propias reacciones y respuestas al discurso del paciente ([Sternberg, 2000](#)). De esta manera, el proceso de darse cuenta de hacia dónde se dirige la atención momento a momento resulta esencial en el trabajo terapéutico ([Kabat-Zinn, 1990](#)). Estos aspectos han sido reconocidos también por [Geller y Greenberg \(2012\)](#) al introducir el concepto de “presencia terapéutica” como el elemento central que el terapeuta aporta a la sesión y se define como el estado de estar completamente implicado con la totalidad de uno mismo en el encuentro con el cliente en múltiples niveles: físico, emocional, cognitivo y espiritual.

Para cultivar esta capacidad atencional, se recomienda a los terapeutas la práctica del mindfulness. [Lutz et al. \(2008\)](#) ponen de manifiesto que, con esta práctica, se cultivan tres habilidades de regulación atencional: la capacidad de estar vigilante y supervisar o monitorear que la atención sigue centrada sobre el objeto elegido; la habilidad para desengancharse de la distracción sin reaccionar ni implicarse emocionalmente, y la habilidad para redirigir la atención y regresar al objeto elegido. A medida que el entrenamiento progresa y la habilidad para supervisar la atención se encuentra más desarrollada, el objetivo de la meditación cambia: ahora se trata de permanecer en un estado de supervisión de la atención, sin centrarse en objetos específicos, sino abierto a lo que va ocurriendo en la experiencia momento a momento. [Lutz et al. \(2008\)](#) han denominado a esta forma de práctica “monitorización abierta”. Así, el mindfulness se presenta como una forma intencional de regular la atención en el momento presente, adoptando una actitud de aceptación, y curiosidad desprejuiciada hacia la experiencia propia ([Bishop et al., 2004](#)). En este estudio piloto, se explora (a) la viabilidad de un entrenamiento basado en mindfulness en el contexto de una asignatura del Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad de La Laguna, así como sus efectos en (b) mindfulness, y la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión. Tradicionalmente, la formación de psicoterapeutas se ha llevado a cabo en los hospitales, como parte del currículum de los Psicólogos Clínicos y Psiquiatras Internos Residentes ([Jones y Simpson, 1960](#); [Kane y Harper, 1992](#); [Melcop et al., 2019](#)). También, se ha desarrollado en instituciones privadas especializadas en modelos concretos de tratamiento psicológico. Sin embargo, durante los últimos años, ante el aumento de la demanda de formación en psicoterapia, las universidades han asumido el reto de ofrecer este tipo de formación en el marco de postgrados o másteres “profesionalizantes” como el que se aborda en este estudio.

[Grepmair, Mitterlehner, Loew, Bachler et al. \(2007\)](#) realizan una de las demostraciones más interesantes sobre el potencial del

mindfulness en la formación de psicoterapeutas, en el marco de la formación hospitalaria de psiquiatras residentes. En este estudio diseñan un protocolo donde los terapeutas en formación se asignan a dos grupos: uno que practica una versión Zen del mindfulness y otro que no realiza práctica. Ambos grupos tienen la tarea de tratar pacientes como parte de su formación, quienes, a su vez, deben cumplimentar cuestionarios como parte del protocolo. Como medidas de resultados utilizan las opiniones de los pacientes sobre su evolución terapéutica después de nueve semanas de intervención; estas opiniones se recopilan mediante cuestionarios que abordan la clarificación de la experiencia, toma de perspectiva, solución de problemas, etc. Además, se emplea también un listado estandarizado de síntomas (SCL/90). Los resultados indican que los pacientes tratados por el grupo de psicoterapeutas que practican mindfulness muestran una mayor reducción de síntomas que los tratados por los terapeutas que no entrenan su atención de manera formal. De este modo concluyen que la promoción del mindfulness en los terapeutas en formación puede ser una influencia positiva para mejorar el curso y los resultados del tratamiento. Aunque estos resultados son replicados en un segundo estudio, se ha señalado que estos datos resultan poco generalizables debido al carácter intensivo del entrenamiento hospitalario ([Grepmair, Mitterlehner, Loew, y Nickel, 2007](#)).

La idea de que el entrenamiento en mindfulness para los terapeutas en formación puede tener un impacto positivo en su trabajo cuenta con considerable apoyo, no sólo empírico sino también conceptual. La investigación sobre la eficacia de la psicoterapia ha mostrado, en sucesivas ocasiones, que una buena relación terapéutica es la variable más claramente relacionada con el éxito terapéutico ([Norcross y Lambert, 2011, 2019](#)). En este sentido el mindfulness contribuye a fomentar una buena relación terapéutica en la medida en que contribuye a incrementar la sintonización con uno mismo y con los demás ([Bruce et al., 2010](#)). Según [Siegel \(2007\)](#) la sintonización empática es una cualidad fundamental del apego seguro en la infancia y ha propuesto concebir la sintonización empática con la propia experiencia, que se produce con la práctica del mindfulness, como la formación de una relación de apego seguro con uno mismo. Esta forma de entender el mindfulness resulta interesante dadas las conexiones entre el apego seguro y la salud. Por su parte, [Fauth et al. \(2007\)](#) señalan que el mindfulness ayuda a que los terapeutas sostengan la atención, de manera no prejuiciosa, sobre la experiencia inmediata y las reacciones del paciente en la sesión. [Ivanovic et al. \(2015\)](#) realizan un estudio con terapeutas en formación en el que informan de cambios significativos en el mindfulness como estado después de un programa de entrenamiento estandarizado breve (cinco sesiones). Sin embargo, los pacientes tratados por los terapeutas de este estudio no distinguen entre el grupo que practica y el que no practica en relación con la presencia terapéutica, ni respecto a la eficacia de las sesiones. Es posible pensar que un entrenamiento tan breve puede ser suficiente para que los estudiantes universitarios se familiaricen con la terminología, lo cual quedaría reflejado en los cuestionarios sobre el mindfulness; pero puede que no sea suficiente para consolidar cambios detectables en las actitudes en la sesión terapéutica.

Independientemente de cómo afecte al resultado terapéutico, la práctica del mindfulness también se ha investigado desde el

punto de vista del cuidado personal de los psicoterapeutas. Numerosos estudios, tanto cuantitativos como cualitativos, indican que el mindfulness se relaciona con un incremento de la satisfacción laboral, la conexión social, la compasión, la salud y el bienestar, así como con una reducción del desgaste laboral, el estrés, la ansiedad, la depresión y el afecto negativo en los psicoterapeutas (Aggs y Bambling, 2010; Keane, 2014; Shapiro et al., 2007). También se han reportado mejoras en variables atencionales medidas por medio de pruebas de ejecución, así como en los autoinformes de las sesiones terapéuticas (Aggs y Bambling, 2010).

Profundizar en el entrenamiento en mindfulness en la formación de psicoterapeutas resulta interesante, ya que contribuye a conocer mejor los procesos atencionales en el trabajo terapéutico en el tiempo real, y a facilitar una buena relación terapéutica. Esta visión resulta transversal a los distintos modelos de tratamiento psicológico: en lugar de poner el énfasis en unas técnicas u otras, se enfatiza lo que es común a todos los modelos de tratamiento psicológico. De hecho, se ha llegado a proponer que el mindfulness fuera un factor común en los tratamientos psicológicos (Miró, 2017). El objetivo del presente estudio piloto es explorar la viabilidad y los efectos sobre el estrés, la ansiedad y la depresión, y el mindfulness de un entrenamiento en mindfulness de nueve semanas en estudiantes del máster de Psicología General Sanitaria.

Método

Participantes

Para este estudio se ha contado con una muestra total de 51 estudiantes universitarios, procedentes de las titulaciones del Grado de Psicología y el Máster General Sanitario de la Universidad de La Laguna. El grupo experimental, formado por alumnado del máster, ha contado con 24 participantes ($M=27.25$, $DT=7.07$) de los cuales el 91.67% son mujeres. Los 27 participantes restantes, alumnado de grado, conforman el grupo control ($M=21.33$, $DT=1.44$) donde el 92.60% de la muestra han sido mujeres. La Tabla 1 recoge las características de los participantes del presente estudio piloto. Ninguno de los participantes ha tenido experiencia previa en la práctica del mindfulness.

Instrumentos

Como materiales para el presente estudio se han utilizado tres instrumentos estandarizados y un auto-registro semanal para recoger la información relevante relacionada con el entrenamiento que realiza el grupo experimental en casa. Los instrumentos estandarizados son la *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21), el *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) y el *State Mindfulness Scale* (SMS).

La *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21), es una escala conformada por 21 ítems que mide los constructos de *depresión*, *ansiedad* y *estrés* por medio de tres escalas de siete ítems cada una (Lovibond y Lovibond, 1995; versión en castellano Ruiz et al., 2017). Para su administración se instruye al participante a que se sitúe en un estado mental previo (ej.: cómo estaba la semana anterior) a la realización del cuestionario para seguidamente, puntuar cada uno de los ítems del cuestionario en una escala Likert de cuatro puntos en función de la frecuencia con la que ha ocurrido cada una de las afirmaciones que se le presentan, (desde 0 = no me ha ocurrido a 3 = me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo). La suma total de los ítems es un indicador general de los síntomas emocionales del participante, donde a mayor puntuación mayor es el grado de sintomatología presente.

El *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) es una prueba disposicional que identifica las cinco facetas características del mindfulness: *observar* (atender a las experiencias internas y

externas), *describir* (etiquetar las experiencias internas con palabras), *actuar con conciencia* (atender a la activación propia en el momento presente), *no enjuiciamiento* (adoptar una postura no valorativa hacia los pensamientos y sentimientos internos) y *no reactividad* (permitir que los pensamientos y sentimientos internos vayan y vengan, sin dejarse atrapar por ellos ni dejarse llevar por ellos) (Baer et al., 2006). Para este estudio se ha hecho uso de la versión reducida en castellano (Cebolla et al., 2012) compuesta por 20 ítems de los 39 originales, que mantiene las cinco facetas identificadas por los autores. Los ítems de esta escala presentan descripciones sobre determinados estados mentales (p. ej. *me digo a mí mismo/a que no debería pensar como pienso, observo mis sentimientos sin perderme en ellos, etc.*) que el participante puntúa a partir de una escala tipo Likert de cinco puntos, en función de la frecuencia con la que le ocurren (desde 1 = nunca o muy raramente verdad a 5 = muy a menudo o siempre verdad). La puntuación global obtenida en la escala suele tomarse como indicativo del nivel de atención plena que presenta el participante.

El *State Mindfulness Scale* (SMS) es una escala que mide el estado corporal y mental en el momento presente (Tanay y Bernstein, 2013; versión en castellano Ullrich-French et al., 2017). Está compuesta por 23 ítems que miden mindfulness como estado a partir de dos subdimensiones: *estado consciente de la mente* y *estado consciente del cuerpo*. El participante ha de escribir una oración sobre lo que ha estado haciendo en los últimos 15 minutos para, partiendo de ello, puntuar cada uno de los ítems que se le presentan mediante una escala Likert de cinco puntos, (desde 1 = en absoluto a 5 = muy bien). A mayor puntuación total, mayor es el nivel del “Mindfulness Estado”. Estudios transversales han demostrado que la escala presenta evidencia convergente, discriminación, así como, validez convergente incremental con respecto a otros instrumentos de medida del mindfulness.

Diseño

Se ha utilizado un diseño cuasiexperimental pre-test y post-test con entrenamiento en mindfulness. El presente estudio no cuenta con una aleatorización previa de los participantes que se designan por conveniencia a cada grupo.

Procedimiento

Se han realizado dos sesiones experimentales separadas. En la primera sesión, y previo al entrenamiento en mindfulness del grupo experimental, todos los participantes firman el consentimiento informado. Seguidamente, se recaba información relacionada con sus datos personales (edad, sexo, titulación, idioma nativo y otros idiomas); posteriormente, se solicita que respondan a una batería en línea de cuestionarios estandarizados: DASS-21, FFMQ y SMS, que se presentan en el mismo orden para todos los participantes del estudio. Los cuestionarios se implementan en la plataforma Qualtrics. Finalizada esta primera sesión, comienza el entrenamiento en mindfulness, donde el grupo experimental recibe la intervención en el marco de la asignatura “Intervención en Psicología de la Salud: Trastornos mentales” del Máster de Psicología General Sanitaria en la que los contenidos curriculares de la asignatura, centrados en los enfoques cognitivo-conductuales para el tratamiento de la ansiedad y depresión, se combinan con el entrenamiento en mindfulness. Las sesiones se inspiran en un enfoque basado en la integración del mindfulness con terapia cognitivo conductual (Cayoun et al., 2019). Las clases tienen una duración de cuatro horas, las dos primeras tratan los contenidos teóricos de la materia, y las dos últimas se dedican al entrenamiento en mindfulness y se realizan en un aula con ventilación, iluminación y acústica adecuadas.

Estas sesiones han sido dirigidas por la profesora de la asignatura, experta en mindfulness, con una frecuencia de una vez

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de la muestra por grupo

| | Grupo Experimental (n = 24) | | Grupo Control (n = 27) | | Total (N = 51) | |
|----------------|--------------------------------|-------|---------------------------|-------|-------------------|-------|
| | M | DT | M | DT | M | DT |
| Edad | 27.25 | 7.07 | 21.33 | 1.44 | 24.1 | 5.74 |
| | n | % | n | % | N | % |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 2 | 8.33 | 2 | 7.40 | 4 | 7.84 |
| Femenino | 22 | 91.67 | 25 | 92.60 | 47 | 92.16 |
| Lengua materna | | | | | | |
| Español | 23 | 95.83 | 26 | 96.30 | 49 | 96 |
| Otra | 1 | 4.17 | 1 | 3.70 | 2 | 4 |
| Bilingüismo | 2 | 8.33 | 7 | 25.92 | 9 | 17.65 |

Tabla 2
Sesiones terapéuticas

| Sesiones | Título |
|----------|---|
| Sesión 1 | Orientación general al entrenamiento y contrato terapéutico |
| Sesión 2 | Relajación muscular progresiva |
| Sesión 3 | Atención Plena en la respiración |
| Sesión 4 | Habitar el cuerpo |
| Sesión 5 | Habitar el cuerpo bilateral |
| Sesión 6 | Atención Plena al sonido |
| Sesión 7 | Atención Plena a los contenidos mentales |
| Sesión 8 | Atención Plena a los sentimientos interpersonales |

por semana. Posteriormente, se graban y ponen a disposición del alumnado para que continúen el entrenamiento en casa, de manera autónoma, a lo largo de la semana, con una frecuencia recomendada de dos veces al día. El alumnado realiza, además, un registro diario del entrenamiento por escrito donde se detalla el momento del día en el que lleva a cabo la práctica (mañana y/o tarde), su duración y, a modo de valoración subjetiva, la ratio de eficacia y la dificultad de la misma; es decir, cuánto les cuesta ignorar las distracciones externas e internas y centrar su atención en el momento presente. Para ello puntúan cada práctica del 1 (*nada*) al 10 (*siempre*). Los contenidos de las distintas sesiones se presentan en la **Tabla 2** (ver material suplementario para información más detallada de cada sesión).

El entrenamiento ha sido diseñado para abarcar un total de 16 horas presenciales. Aunque inicialmente el programa consta de ocho sesiones, se realizan nueve dado que es necesario repetir la sesión 5 debido a fallos en la grabación. Transcurridas las nueve semanas de entrenamiento para el grupo experimental y el mismo intervalo para el grupo control sin entrenamiento o actividad suplementaria, todos los participantes contestan nuevamente a la batería de cuestionarios online para dar así por completada la recogida de datos. Teniendo en cuenta que la muestra que participa en el estudio piloto son estudiantes universitarios inmersos en un curso académico, para evitar una contaminación de los resultados, las medidas previas y posteriores al entrenamiento en mindfulness se toman en el primer cuatrimestre antes de los periodos vacacionales y de exámenes. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de la Laguna (CEIBA2023-3315).

Análisis de datos

La fiabilidad y consistencia interna de cada escala se evalúan con el coeficiente alfa de Cronbach, el coeficiente Omega de McDonald’s, la fiabilidad compuesta (tomando como valores de referencia: > .70 aceptable, > .80 bueno y > .90 excelente) y la varianza promedio extraída (valores >= 50% aceptable). Para analizar los efectos de la intervención sobre los constructos evaluados se han realizado análisis de varianza de medidas repetidas tomando como factor entre-sujetos el grupo (control versus intervención) y el momento de evaluación (pre versus post) como factor intrasujetos. Antes de

realizar los ANOVA se verifican los supuestos de normalidad de residuos y homogeneidad de varianzas (test de Levene). La normalidad de las distribuciones se ha verificado mediante pruebas Shapiro-Wilk y por exploración visual de gráficos Q-Q de residuos para cada medida en función del grupo y momento de evaluación. Siempre que se constata alguna violación de supuestos, el ANOVA se realiza también con métodos robustos y sólo en esos casos se reportan los resultados de ambos análisis. Se reportan los tamaños de efecto η_p^2 con valores superiores a .06 que se interpretan como tamaño de efecto medio y mayores a .15 como un tamaño de efecto grande (Cohen, 1988; Richardson, 2011). Se toma como nivel de significación un $\alpha = .05$. Todos los análisis se llevan a cabo mediante R (R Core team, 2020).

Resultados

La **Tabla 3** muestra distintos índices de consistencia interna de los instrumentos de medida utilizados y sus subescalas. En general la consistencia interna se mueve en valores de buena a excelente en todas las escalas tal y como muestran los valores de alfa de Cronbach y omega de McDonald. La consistencia interna teniendo en cuenta las cargas factoriales de los ítems (fiabilidad compuesta) también alcanza, en general, valores de aceptables a excelentes, excepto en el caso de la medida pre-intervención con el FFMQ. La varianza media extractada muestra índices aceptables de validez convergente en la mayor parte de las subescalas (mayor o igual al 50%) excepto en algunos momentos de medida para algunas subescalas (valor mínimo de 38%).

Se realiza un análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA) para el tratamiento estadístico de los datos de los constructos evaluados con el grupo (experimental vs control) como factor entre-participantes y el momento del test (pre vs post entrenamiento) como factor intra-participantes. En la **Tabla 4** se presentan las medias y desviaciones típicas de ambos grupos en las diferentes subescalas según el momento del entrenamiento.

DASS-21

El análisis del constructo de *ansiedad* muestra diferencias en función del momento del test $F(1, 46) = 3.80, MCE = 0.12, p = .057, \eta_p^2 = .076, F_{robusta} = 1.57, p = .22$. Por lo que respecta a la variable grupo (control vs experimental) se ha encontrado un efecto marginal, $F(1, 46) = 3.68, MCE = 0.51, p = .06, \eta_p^2 = .074, F_{robusta} = 8.13, p < .01$, siendo el grupo experimental ($M = 3.2$) el que presenta una menor ansiedad comparado con el control ($M = 5.16$). La interacción no ha resultado significativa ($F < 1; F_{robusta} < 1$). El constructo de *estrés* muestra diferencias significativas para el momento del test $F(1, 46) = 5.97, MCE = 0.16, p < .05, \eta_p^2 = .11$. En promedio, el *estrés* post-test ($M = 6.95$) es menor que el pre-test ($M = 8.35$). Ni la variable grupo ni la interacción resultan significativas ($F < 1$). Por lo que respecta al constructo de *depresión*, se han encontrado

Tabla 3

Alfa de Cronbach (α), Omega de McDonald (ω), fiabilidad compuesta (CR) y varianza media extractada (AVE) de las escalas y subescalas en los dos momentos de evaluación

| | A | | ω | | CR | | AVE | |
|--------------------|-----|------|----------|------|-----|------|-----|------|
| | PRE | POST | PRE | POST | PRE | POST | PRE | POST |
| DASS-21 | .92 | .92 | .93 | .93 | .92 | .93 | 39% | 40% |
| Ansiedad | .85 | .87 | .86 | .87 | .86 | .87 | 47% | 50% |
| Estrés | .79 | .84 | .81 | .85 | .82 | .84 | 41% | 46% |
| Depresión | .88 | .79 | .89 | .80 | .89 | .80 | 53% | 38% |
| FFMQ | .80 | .85 | .70 | .84 | .45 | .77 | 21% | 24% |
| Observar | .74 | .87 | .76 | .87 | .76 | .87 | 46% | 63% |
| Describir | .73 | .71 | .79 | .74 | .74 | .75 | 55% | 43% |
| Actuar | .88 | .87 | .89 | .87 | .89 | .86 | 67% | 63% |
| No Juzgar | .80 | .87 | .82 | .87 | .82 | .88 | 54% | 64% |
| No Reactividad | .74 | .61 | .75 | .68 | .75 | .70 | 44% | 39% |
| SMS | .96 | .92 | .96 | .93 | .96 | .93 | 53% | 40% |
| Estado de la Mente | .95 | .90 | .95 | .90 | .95 | .91 | 56% | 41% |
| Estado de Cuerpo | .88 | .74 | .90 | .78 | .90 | .80 | 60% | 41% |

Tabla 4

Estadísticos descriptivos según momento del entrenamiento

| | Grupo Experimental | | | | Grupo Control | | | |
|--------------------|--------------------|-------|--------------------|-------|-------------------|-------|--------------------|-------|
| | Pre-entrenamiento | | Post-entrenamiento | | Pre-entrenamiento | | Post-entrenamiento | |
| | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT |
| DASS-21 | | | | | | | | |
| Ansiedad | 3.58 | 3.88 | 2.83 | 3.00 | 5.75 | 4.19 | 4.58 | 4.46 |
| Estrés | 8.08 | 3.56 | 6.54 | 3.56 | 8.62 | 4.29 | 7.37 | 4.50 |
| Depresión | 2.54 | 2.64 | 2.08 | 2.33 | 5.17 | 4.53 | 3.83 | 2.88 |
| FFMQ | | | | | | | | |
| Observar | 13.08 | 3.10 | 14.54 | 2.59 | 13.46 | 4.43 | 13.67 | 4.90 |
| Describir | 11.33 | 2.18 | 11.21 | 2.02 | 11.79 | 1.67 | 12.04 | 1.92 |
| Actuar | 13.50 | 3.99 | 14.50 | 3.50 | 14.08 | 3.92 | 13.21 | 3.44 |
| No Juzgar | 14.13 | 3.93 | 9.50 | 3.50 | 13.54 | 3.81 | 10.79 | 3.44 |
| No Reactividad | 11.67 | 2.53 | 9.96 | 2.61 | 11.25 | 3.15 | 11.04 | 2.39 |
| SMS | | | | | | | | |
| Estado de la Mente | 45.08 | 14.27 | 57.83 | 12.25 | 53.00 | 16.61 | 52.67 | 15.19 |
| Estado de Cuerpo | 16.13 | 5.53 | 22.08 | 4.22 | 17.83 | 6.92 | 18.71 | 7.05 |

diferencias significativas en la variable de grupo $F(1, 46)=7.90$, $MCe=0.30$, $p=.007$, $\eta_p^2=.15$, $F_{robusta}=9.14$, $p<.01$, observándose mayores puntuaciones en *depresión* en el grupo control ($M=3.43$) que el experimental ($M=2.31$) ($p=.007$). Ni el momento del test $F(1, 46)=3.16$, $MCe=0.12$, $p=.082$, $\eta_p^2=.06$, $F_{robusta}<1$, ni la interacción ($F<1$, $F_{robusta}<1$) resultan significativas.

FFMQ

Los análisis en el factor *observar* no muestran diferencias significativas en las variables momento del test o grupo ($F<1$). La interacción tampoco ha resultado significativa ($F<1$). En el factor *describir* no se obtienen diferencias significativas en las variables momento del test o grupo ($F<1$, $F_{robusta}<1$). La interacción tampoco resulta significativa ($F<1$). En el factor de *actuar* no se encuentran diferencias significativas en los efectos principales, momento del test o grupo ($F<1$). La interacción resulta significativa $F(1, 46)=4.33$, $MCe=0.31$, $p<.05$, $\eta_p^2=.09$ (Figura 1).

En el factor de *no juzgar* se obtienen diferencias significativas en la variable momento del test $F(1, 46)=18.60$, $MCe=0.24$, $p=.001$, $\eta_p^2=.29$. No se han encontrado diferencias significativas en la variable grupo ($F<1$). La interacción grupo por momento del test resulta significativa $F(1, 46)=8.26$, $MCe=0.24$, $p=.001$, $\eta_p^2=.15$. Los contrastes a posterior revelan diferencias en el grupo experimental entre el momento pre-test ($M=14.13$) y post-test ($M=9.50$) ($p=.001$), así como diferencias en el momento post-test, entre grupo experimental ($M=9.50$) y grupo control ($M=10.79$) ($p=.004$) (Figura 2).

En el factor de *no reactividad* sobre la experiencia interna se encuentran diferencias significativas en el momento del test $F(1, 46)=6.87$, $MCe=0.20$, $p<.05$, $\eta_p^2=.13$, siendo la puntuación pre-entrenamiento ($M=11.46$) mayor que la post-entrenamiento

($M=10.50$) ($p=.011$). Ni la variable grupo ($F<1$), ni de la interacción ($F<1$) resultan significativas.

SMS

En la medida del *mindfulness como estado de la mente* se obtuvo una diferencia significativa en momento del test $F(1, 46)=8.15$, $MCe=0.43$, $p=.006$, $\eta_p^2=.15$. No se observan diferencias significativas en la variable grupo ($F<1$). La interacción resulta significativa $F(1, 46)=4.25$, $MCe=0.43$, $p=.003$, $\eta_p^2=.18$. Los contrastes a posterior muestran diferencias en el grupo experimental entre la medida pre-test ($M=45.08$) y post-test ($M=57.83$) ($p=.001$) (Figura 3).

En la medida del *mindfulness como estado del cuerpo* se han encontrado diferencias significativas en el momento del test $F(1, 46)=12.91$, $MCe=0.57$, $p=.001$, $\eta_p^2=.22$. No se obtienen diferencias significativas en la variable el grupo ($F<1$). Sin embargo, la interacción entre grupo y momento del test sí resulta significativa $F(1, 46)=8.01$, $MCe=0.57$, $p=.007$, $\eta_p^2=.15$. Los contrastes a posterior muestran diferencias en el grupo experimental entre la medida pre-test ($M=16.13$) y post-test ($M=22.08$) ($p=.0001$), y diferencias en el momento post-test entre el grupo control ($M=18.71$) y el grupo experimental ($M=22.08$) ($p=.04$) (Figura 4).

Discusión

El presente estudio piloto tiene por finalidad explorar los efectos del entrenamiento en *mindfulness* sobre los síntomas de estrés, ansiedad, depresión, así como facetas y estados del *mindfulness* en estudiantes de máster de Psicología General Sanitaria y futuros terapeutas. Por lo que respecta a los constructos del DASS-21

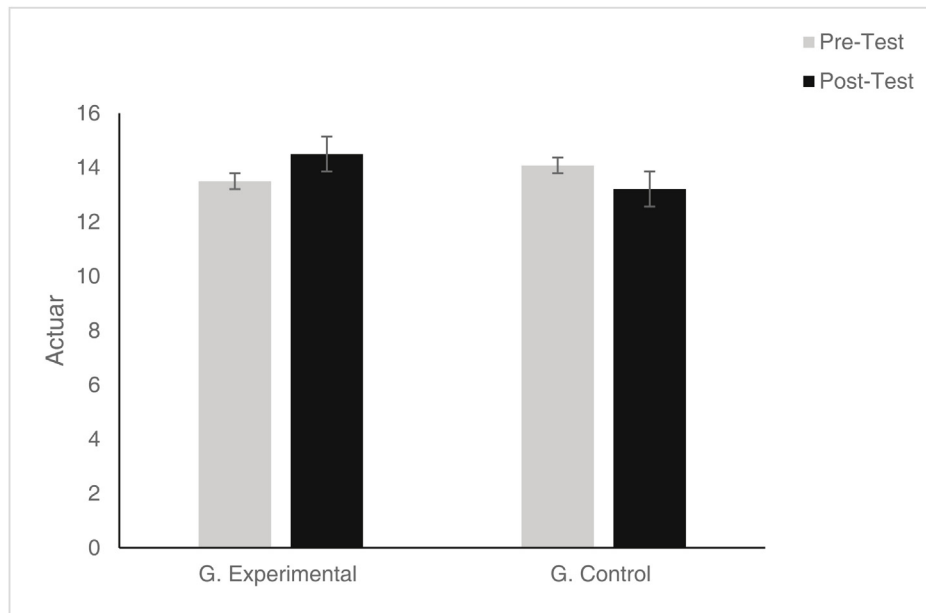


Figura 1. Puntuaciones medias en el factor de actuar en función del momento del test y del tipo de grupo.

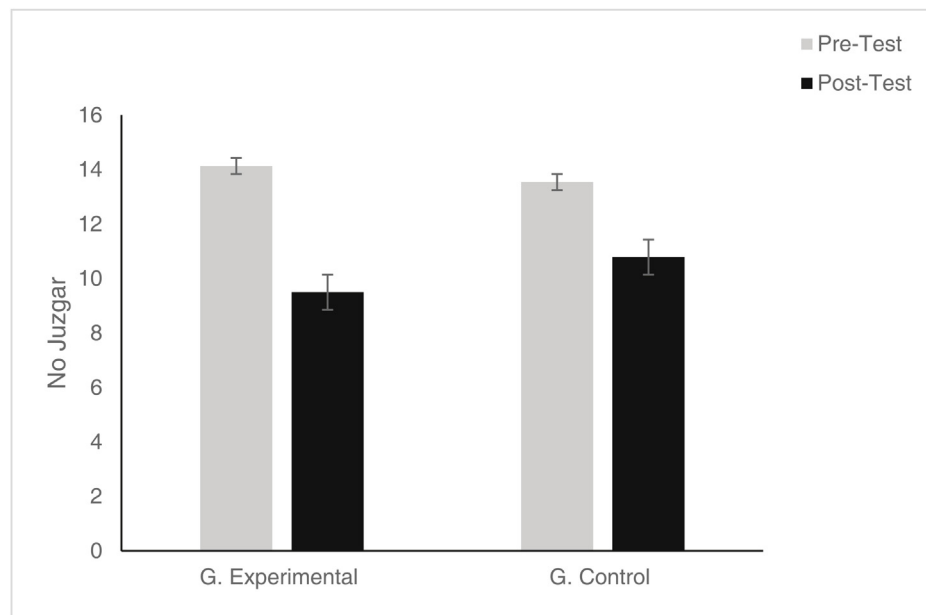


Figura 2. Puntuaciones medias en el factor no juzgar en función del momento del test y del tipo de grupo.

los resultados han mostrado una menor ansiedad y depresión del grupo experimental comparado con el control, y un menor estrés en la condición post-test que en el pre-test. Además, el entrenamiento de futuros terapeutas ha conducido a un incremento en las puntuaciones en el factor actuar con conciencia, así como en el factor de no hacer juicios, cuyos resultados muestran la adopción de una postura no evaluativa hacia pensamientos y sentimientos en comparación con el control después del entrenamiento en mindfulness; no se encuentran diferencias en los factores observar, ni describir o etiquetar las experiencias internas con palabras. En el factor de no reactividad ante la experiencia interna, que permite que los pensamientos y sentimientos fluyan, se observa una disminución en las puntuaciones en el grupo experimental después del entrenamiento en mindfulness.

En cuanto a los dos factores de la escala SMS, tanto el factor mindfulness estado de la mente, que se centra en los procesos internos, como el factor mindfulness estado del cuerpo, que se centra en el cuerpo, el grupo experimental también muestra un incremento en sus puntuaciones respecto al control después de las sesiones de práctica en mindfulness. Las investigaciones indican que mindfulness es una herramienta con capacidad para generar no solo una disminución de estados negativos, como el estrés, la ansiedad o la depresión (Bruce et al., 2002; Rosenzweig et al., 2003; Shapiro et al., 1998), sino que también promueve la regulación emocional (Concoran et al., 2010; Hoffman et al., 2010), la reducción de estados reactivos (Chang et al., 2004; Ortner et al., 2007; Siegel, 2007) o la mejora de la flexibilidad cognitiva (Moore y Malinowski, 2009; Siegel, 2007).

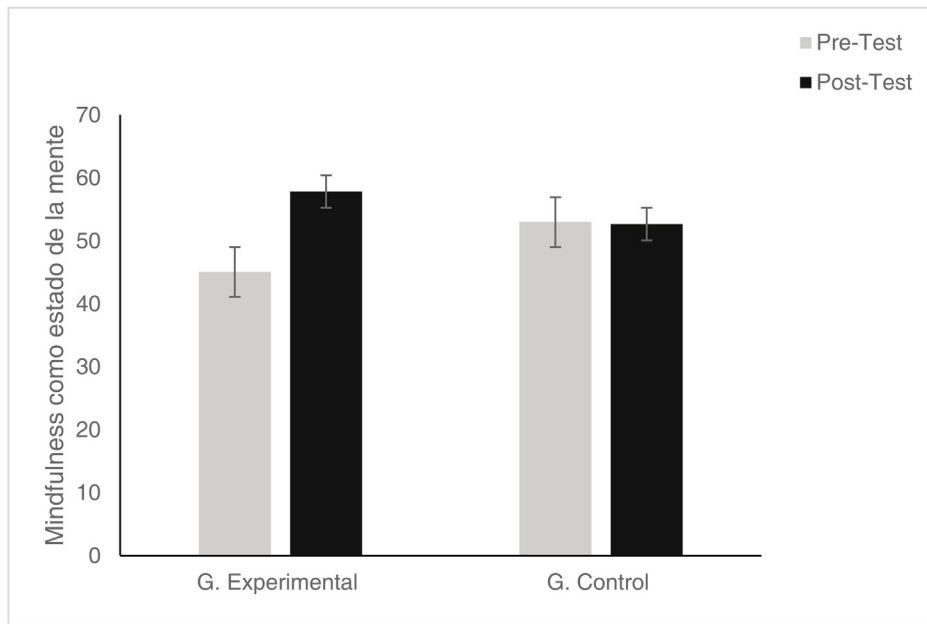


Figura 3. Puntuaciones medias en *mindfulness como estado de la mente* en función del momento del test y del tipo de grupo.

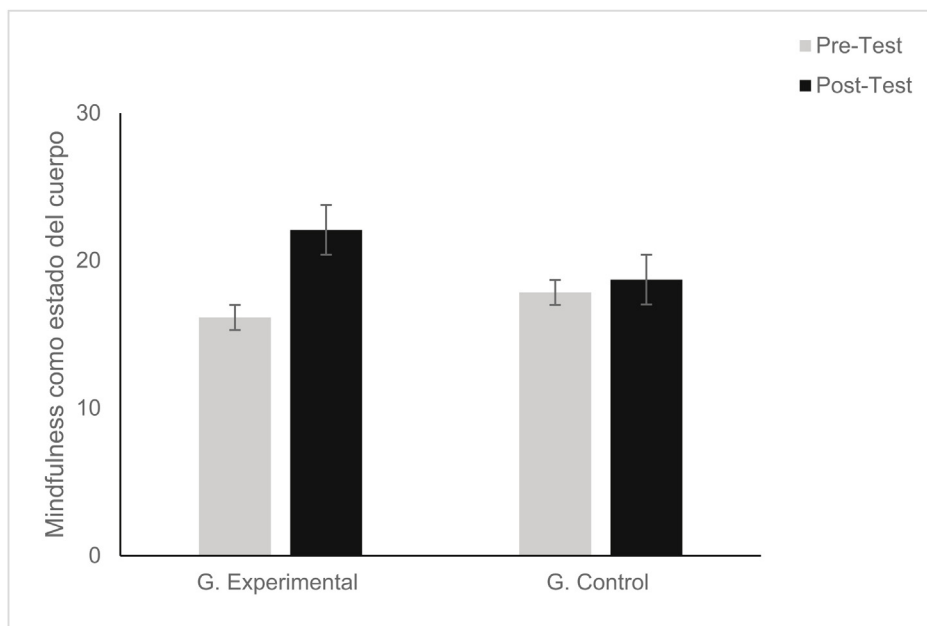


Figura 4. Puntuaciones medias en *mindfulness como estado del cuerpo* en función del momento del test y del tipo de grupo.

En el presente estudio piloto con estudiantes del máster General Sanitario, y futuros terapeutas, se observa una disminución en los síntomas de depresión que van en esa línea (Shapiro et al., 2007). Sin embargo, no se ha hallado una disminución significativa en los síntomas de estrés y ansiedad, algo que sí se encuentra en estudiantes de medicina después de ocho semanas de entrenamiento en mindfulness (Shapiro et al., 1998). Esta ausencia de efectos puede deberse, por un lado, a la variabilidad en las horas de práctica que realiza el alumnado del máster cuyo rango ha sido de 3.7 h a 42.97 h totales de práctica. Por otro, al enfoque que se ha empleado para el entrenamiento, ya que este estudio piloto ha utilizado una práctica general basada en una intervención en mindfulness (MBIs) (Regehr et al., 2013). Se ha priorizado un acercamiento genérico con el objetivo de que los terapeutas en formación puedan familiari-

zarse con dicha práctica, sin abordar la sintomatología negativa. En contraposición, cuando se utiliza mindfulness como parte de un tratamiento psicológico, las intervenciones suelen ser más específicas y están enfocadas a solventar estos estados negativos. Por ejemplo, el estrés, en la intervención en reducción del estrés basado en mindfulness (*Mindfulness-Based Stress Reduction* o MBSR) (Kabat-Zinn, 2013), o la depresión, en la terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión (*Mindfulness-based cognitive therapy for depression* o MBCT) (Segal et al., 2002; 2018) o la terapia basada en la aceptación y mindfulness para los trastornos de ansiedad (*Mindfulness and acceptance-based treatments for anxiety disorders*) (Roemer et al., 2013). En todos estos casos, el entrenamiento en mindfulness se acompaña con psicoeducación sobre el trastorno objetivo del tratamiento. En lo referente al aumento de las puntuaciones en

mindfulness, las dos pruebas que se utilizan para medir la efectividad del entrenamiento muestran cambios entre las fases pre y post entrenamiento.

En relación con el FFMQ, los factores de actuar con consciencia y no juzgar han resultado significativos, así como los dos constructos del SMS, mindfulness como estado consciente de la mente y mindfulness como estado consciente del cuerpo que han experimentado cambios significativos después del entrenamiento. Estos cambios apuntan a que el entrenamiento parece estar asociado a la capacidad de actuar con consciencia y sin juzgar, factores que constituyen la espina dorsal del constructo del mindfulness, puesto que el mindfulness es una práctica que se centra en el momento, donde se espera que un individuo sea capaz de dirigir la atención al presente, de manera intencionada, para que sea consciente de lo que sucede, pero sin prejuzgar estas experiencias (Bishop et al., 2004). Los resultados en el FFMQ reflejan que aquellas personas que llevan a cabo la práctica en mindfulness son capaces de atender de manera plena a las experiencias que tienen lugar tanto de manera externa en el entorno, como de forma interna, a sentimientos y pensamientos que tienen lugar (actuar con consciencia), sin detenerse a analizarlos y generar juicios de valor sobre dichas experiencias (no juzgar).

Estos hallazgos también se ven respaldados por los resultados que se obtienen en las dos facetas que evalúa el SMS. El factor mindfulness como estado del cuerpo analiza la capacidad del individuo de atender y ser capaz de identificar aquellas sensaciones que se producen en su cuerpo. Los resultados del entrenamiento muestran que aquellas personas que llevan a cabo la práctica son capaces de detectar y ser conscientes de las sensaciones que surgen en el momento y en el lugar en el que se encuentran. Por otro lado, el factor mindfulness como estado de la mente analiza la capacidad que tiene una persona para ser capaz de observar y darse cuenta de lo que hay en su mente en el momento presente. En otras palabras, aquellas personas que han llevado a cabo el entrenamiento han sido capaces de darse cuenta de los pensamientos que vienen a su mente en el momento presente. Estos resultados son coherentes con la literatura previa que pone de manifiesto la capacidad del mindfulness para generar efectos positivos (Brown y Ryan, 2003; Shapiro et al., 2006).

Hay que recordar que las sesiones de terapia son espacios íntimos, de gran carga emocional, donde se establecen vínculos y se generan conflictos inter e intrapersonales. En ellas, los psicoterapeutas deben estar en una constante supervisión de su atención para responder de manera óptima a las demandas de la terapia. Se ha observado que esta labor genera un desgaste psicológico que es significativamente amplio en un porcentaje de los profesionales de la salud mental (Coster y Schwebel, 1997; Guy et al., 1989) debido a los altos niveles de estrés a los que tienen que hacer frente, cuyos efectos adversos abarcan un amplio rango, desde depresión, fatiga emocional y ansiedad (Radeke y Mahoney, 2000), hasta insatisfacción laboral (Blegen, 1993) y disminución de la eficacia profesional (Klein, 1996; Renjilian et al., 1998). Los terapeutas jóvenes o noveles son más susceptibles a estos efectos adversos (Skovholt y Ronnestad, 2003; Vander-Kolk, 1982; Vredenburg et al., 1999). Es por ello por lo que los resultados que se han obtenido en este estudio piloto resultan alentadores, pues el hecho de encontrar cambios significativos como consecuencia del entrenamiento en mindfulness demuestra la viabilidad y practicidad de esta técnica dentro de la formación de los futuros psicoterapeutas.

Introducir la educación en mindfulness en los jóvenes profesionales de la salud mental como parte de su formación puede garantizar que estos sean capaces de gestionar de manera óptima el estrés emocional y la ansiedad. Las investigaciones apuntan a que aquellos profesionales con altos rasgos en mindfulness, como resultado de un entrenamiento en el mismo, son capaces de hacer frente a contextos desbordantes de manera menos reactiva al contar con

las habilidades que les permiten actuar de manera constructiva y consciente (Barnes et al., 2007; Davis y Hayes, 2011; Dekeyser et al., 2008; Hafenbrack et al., 2020; Wachs y Cordova, 2007). Ello promueve no solo una disminución de los estados adversos (estrés, ansiedad, depresión) (e.g. Shapiro et al., 2007), sino también otras habilidades fundamentales para la terapia como pueden ser la empatía (Anderson, 2005; Lesh, 1970; Shapiro et al., 1998; Wang, 2007), la compasión (Shapiro et al., 2005, 2007); y dentro del ámbito de la psicoterapia, una mejor capacidad de asesoramiento (Newsome et al., 2006) así como un sentimiento de bienestar general con la profesión (Birnbaum, 2008).

El objetivo de este estudio piloto ha sido mostrar la viabilidad de la práctica del mindfulness en la formación de psicoterapeutas. Diversos estudios encuentran que el mindfulness es beneficioso no solo en los entornos educativos (Dunning et al., 2019; Jalón et al., 2022; Jansen et al., 2016; Martínez-Rubio et al., 2022; Villalba et al., 2022), sino también en otras profesiones relacionadas con la salud y la atención médica (Cohen-Katz et al., 2005; Grepmaier, Mitterlehner, Loew, Bachler et al., 2007; Rosenzweig et al., 2003). Por lo tanto, tiene sentido incorporar el entrenamiento del mindfulness en la educación en psicoterapia. Además, es interesante destacar que la mayoría de las investigaciones se han centrado en intervenciones y programas de entrenamiento del mindfulness con el objetivo de reducir los síntomas adversos una vez que el profesional ya ha sido afectado. Sin embargo, faltan estudios con enfoque preventivo (Shapiro et al., 2007) que proporcionen a los profesionales, como los psicoterapeutas en formación, las herramientas adecuadas para enfrentar de manera óptima los estados adversos que son comunes en su profesión.

Si bien este estudio hace interesantes aportaciones sobre la inclusión de la práctica del mindfulness en la formación de psicoterapeutas, hay que mencionar las limitaciones que presenta. Para que la práctica en mindfulness resulte beneficiosa se requiere de tiempo para internalizarse y convertirse en un hábito. El entrenamiento en el presente estudio se realiza dentro del calendario académico de la asignatura, lo que ha obligado a recoger las medidas pretest y posttest dentro de las semanas de docencia, perdiendo la posibilidad de hacer un seguimiento a largo plazo y por tanto de estudiar la internalización del entrenamiento. Otra limitación está en los tamaños del efecto encontrados, que son en algunos casos tamaños medios (.06), pero que pueden ser mayores si se incrementa el número de participantes. Pese a estas limitaciones, el estudio pone de manifiesto la viabilidad de la práctica en mindfulness en la formación de psicoterapeutas. Es por ello que se invita a otros investigadores a replicar estos resultados con un mayor número de participantes, así como profundizar en la viabilidad y aplicación de las enseñanzas en mindfulness incorporando nuevas medidas tanto temporales como otras que permitan medir el impacto del entrenamiento en mindfulness en el desempeño de la actividad terapéutica.

Considerando la demanda actual de psicoterapeutas, así como los estados negativos inherentes a la profesión y la alta vulnerabilidad que podrían experimentar los terapeutas noveles, y teniendo en cuenta los resultados del presente estudio piloto, la práctica en mindfulness debería ser promovida como parte del currículo de formación de psicoterapeutas. Este estudio resalta los diversos beneficios de la práctica del mindfulness y su viabilidad en la formación de psicoterapeutas, sugiriendo que es una herramienta valiosa tanto para el desarrollo intrapersonal como para el desarrollo de las habilidades necesarias para la práctica profesional.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado parcialmente por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (PID2020-115861GB-I00).

Referencias

- Aggs, C., y Bambling, M. (2010). Teaching mindfulness to psychotherapists in clinical practice: The mindful therapy programme. *Counselling & Psychotherapy Research, 10*(4), 278–286. <https://doi.org/10.1080/14733145.2010.485690>
- Anderson, D. T. (2005). Empathy, psychotherapy integration, and meditation: A Buddhist contribution to the common factors movement. *Journal of Humanistic Psychology, 45*(4), 483–502. <https://doi.org/10.1177/0022167805280264>
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice, 10*(2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Smith, G. T., y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 15*(3), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Barnes, S., Brown, K. W., Krusemark, E., Campbell, W. K., y Rogge, R. D. (2007). The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of Marital and Family Therapy, 33*(4), 482–500. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00033.x>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Birnbaum, L. (2008). The use of mindfulness training to create an “accompanying place” for social work students. *Social Work Education, 27*(8), 837–852. <https://doi.org/10.1080/02615470701538330>
- Blegen, M. A. (1993). Nurses’ job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *Nursing Research, 42*(1), 36–41. <https://doi.org/10.1097/00006199-199301000-00007>
- Bruce, N., Manber, R., Shapiro, S. L., y Constantino, M. J. (2010). Psychotherapist mindfulness and the psychotherapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(1), 83–97. <https://doi.org/10.1037/a0018842>
- Bruce, A., Young, L., Turner, L., Vander Wal, R., y Linden, W. (2002). Meditation-based stress reduction: holistic practice in nursing education. En L. E. Young y V. E. Hayes (Eds.), *Transforming health promotion practice: concepts, issues and applications* (pp. 241–252). Davis.
- Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Cayoun, B. A., Francis, S. E., y Shires, A. G. (2019). *The clinical handbook of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy, a step-by-step guide for therapists*. Wiley-Blackwell.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillén, V., Baños, R., y Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry, 26*(2), 118–126. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>
- Chang, V. Y., Palesh, O., Caldwell, R., Glasgow, N., Abramson, M., Luskin, F., Gill, M., Burke, A., y Koopman, C. (2004). The effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy, and positive states of mind. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 20*(3), 141–147. <https://doi.org/10.1002/smi.1011>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Publishers.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., Kimmel, S., y Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice, 19*(1), 26–35.
- Concoran, K. M., Farb, N., Anderson, A., y Segal, Z. V. (2010). Mindfulness and emotion regulation: outcomes and possible mediating mechanisms. En A. M. Kring y D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 339–355). Guilford Press.
- Coster, J. S., y Schwebel, M. (1997). Well-functioning in professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 28*(1), 5–13. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.28.1.5>
- Davis, D. M., y Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy, 48*(2), 198–208. <https://doi.org/10.1037/a0022062>
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leyson, S., y Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behavior. *Personality and Individual Differences, 44*(5), 1235–1245. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.1>
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., y Dalgleish, T. (2019). Research Review: the effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents – a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 60*(3), 244–258. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12980>
- Fauth, J., Gates, S., Vinca, M. A., Boles, S., y Hayes, J. A. (2007). Big ideas for psychotherapy training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*(4), 384–391. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.4.384>
- Geller, S. M., y Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective psychotherapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13485-000>
- Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., y Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*(6), 332–338. <https://doi.org/10.1159/000107560>
- Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., y Nickel, M. (2007). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training: Preliminary study. *European Psychiatry, 22*(8), 485–489. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.02.004>
- Guy, J. D., Poelstra, P. L., y Stark, M. J. (1989). *Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practicing psychotherapy*. *Professional Psychology: Research and Practice, 20*(1), 48–50.
- Hafenbrack, A. C., Cameron, L. D., Spreitzer, G. M., Zhang, C., Noval, L. J., y Shaffakat, S. (2020). Helping people by being in the present: Mindfulness increases prosocial behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 159*, 21–38. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2019.08.005>
- Hoffman, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Ivanovic, M., Swift, J. K., Callahan, J. L., y Dunn, R. (2015). A multi-site pre/post study of mindfulness training for psychotherapists: The impact on session presence and effectiveness. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 29*(4), 331–342. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.29.4>
- Jalón, C., Montero-Marín, J., Modrego-Alarcón, M., Gascón, S., Navarro-Gil, M., Barceló-Soler, A., Delgado-Suárez, I., y García-Campayo, J. (2022). Implementing a training program to promote mindful, empathic, and pro-environmental attitudes in the classroom: A controlled exploratory study with elementary school students. *Current Psychology, 41*(7), 4422–4430. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00962-3>
- Jansen, P., Schulz, A., y Nottberg, C. (2016). Influence of mindfulness-based interventions on executive functions in childhood: A systematic review. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 48*(4), 206–216. <https://doi.org/10.1026/0049-8637/a000160>
- Jones, R. K., y Simpson, W. S. (1960). The growth of a psychotherapy program. *Psychiatric Services, 11*(6), 22–24. <https://doi.org/10.1176/ps.11.6.22>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. Delta.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living, revised edition: How to cope with stress. In pain and illness using mindfulness meditation*. Piaktus.
- Kane, F. J., Jr., y Harper, R. G. (1992). Psychotherapy: Past training and current practice. *General Hospital Psychiatry, 14*(2), 131–134. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(92\)90038-C](https://doi.org/10.1016/0163-8343(92)90038-C)
- Keane, A. (2014). The influence of psychotherapist mindfulness practice on psychotherapeutic work: A mixed-methods study. *Mindfulness, 5*(6), 689–703. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0223-9>
- Klein, G. (1996). *The effect of acute stressors on decision making*. pp. 49–88. En J. Driskell y E. Salas (Eds.), *Stress and human performance*. Erlbaum.
- Lesh, T. V. (1970). Zen meditation and the development of empathy in counsellors. *The Journal of Humanistic Psychology, 10*(1), 39–74. <https://doi.org/10.1177/002216787001000105>
- Lovibond, S. H., y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd edition). Psychology Foundation of Australia.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., y Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences, 12*(4), 163–169. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.01.005>
- Martínez-Rubio, D., Navarrete, J., y Montero-Marín, J. (2022). Feasibility, effectiveness, and mechanisms of a brief mindfulness-and compassion-based program to reduce stress in university students: A pilot randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(1), 154. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010154>
- Melcop, N., von Werder, T., Sarubin, N., y Benecke, A. (2019). The role of psychotherapy in the German health care system. *Clinical Psychology in Europe, 1*(4), 1–12. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.34304>
- Miró, M. T. (2017). Mindfulness y el problema de la integración de las psicoterapias. *Revista de Psicoterapia, 28*(108), 39–58. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i108.199>
- Moore, A., y Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition, 18*(1), 176–186. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.12.008>
- Newsome, S., Christopher, J. C., Dahlen, P., y Christopher, S. (2006). Teaching counsellors self-care through mindfulness practices. *Teachers College Record, 108*(9), 1881–1990. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9620.2006.00766.x>
- Norcross, J. C., y Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy, 48*(1), 4–8. <https://doi.org/10.1037/a0022180>
- Norcross, J. C., y Lambert, M. J. (2019). (3rd edition). *Psychotherapy relationships that work* (Vol. I) Oxford University Press.
- Ortner, C. N. M., Kilner, S. J., y Zelazo, P. D. (2007). Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motivation and Emotion, 31*, 271–283. <https://doi.org/10.1007/s11031-007-9076-7>
- Radeke, J. T., y Mahoney, M. J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*(1), 82–84. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.31.1.82>

- Core Team, R. (2020). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing.
- Regehr, C., Glancy, D., y Pitts, A. (2013). Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.026>
- Renjilian, D. A., Baum, R. E., y Landry, S. L. (1998). Psychotherapist burnout: Can college students see the signs? *Journal of College Student Psychotherapy*, 13(1), 39–48. https://doi.org/10.1300/J035v13n01_04
- Rice, L., y Greenberg, L. (1984). *Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process*. The Guilford Press.
- Richardson, J. T. E. (2011). Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. *Educational Research Review*, 6(2), 135–147. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2010.12.001>
- Roemer, L., Williston, S. K., Eustis, E. H., y Orsillo, S. M. (2013). Mindfulness and acceptance-based behavioral therapies for anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 15(11), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0410-3>
- Rosenzweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., y Hojat, M. (2003). Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. *Teaching and Learning in Medicine*, 15(2), 88–92. https://doi.org/10.1207/S15328015TLM1502_03
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., y Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 97–105.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Segal, Z., Williams, M., y Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., y Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., y Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581–599. <https://doi.org/10.1023/A:1018700829825>
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., y Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164–176. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.2.164>
- Shapiro, S. L., Carlson, L., Astin, J., y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain: reflection and attunement in the cultivation of well-being*. Norton.
- Skovholt, T. M., y Ronnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Career Development*, 30, 45–58. <https://doi.org/10.1177/089484530303000103>
- Sternberg, R. J. (2000). Images of mindfulness. *Journal of Social Issues*, 56(1), 11–26. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00149>
- Tanay, G., y Bernstein, A. (2013). State Mindfulness Scale (SMS): Development and initial validation. *Psychological Assessment*, 25(4), 1286. <https://doi.org/10.1037/a0034044>
- Ullrich-French, S., González Hernández, J., y Hidalgo Montesinos, M. D. (2017). Validity evidence for the adaptation of the State Mindfulness Scale for Physical Activity (SMS-PA) in Spanish youth. *Psicothema*, 29(1), 119–125. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.204>
- Vander-Kolk, C. J. (1982). Physiological arousal of beginning counselors in relation to disabled and non-disabled clients. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 13(1), 37–39. <https://doi.org/10.1891/0047-2220.13.1.37>
- Villalba, M. J. A., Rubio, D. A., y Díaz, M. A. P. (2022). Meta-análisis multinivel de los programas escolares de intervención basados en mindfulness en España. *Revista de Psicodidáctica*, 27(2), 109–117. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2022.04.005>
- Vredenburg, L. D., Carozzi, A. F., y Stein, L. B. (1999). Burnout in counseling psychologists: Type of practice setting and pertinent demographics. *Counseling Psychology Quarterly*, 12(3), 293–302. <https://doi.org/10.1080/09515079908254099>
- Wachs, K., y Cordova, J. V. (2007). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 464–481. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00032.x>
- Wang, S. J. (2007). *Mindfulness meditation: Its personal and professional impact on psychotherapists*. *Dissertation Abstracts International: Section B: Science and Engineering*, 67, 4122.