

María Beltrán Ruiz

Eficacia de un programa de seis
semanas de Terapia de
Compasión Basada en los Estilos
de Apego (ABCT) para la
prevención de síntomas de
malestar psicológico en alumnado
universitario

Director/es

García Campayo, Javier
Puebla Guedea, Marta

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE SEIS SEMANAS
DE TERAPIA DE COMPASIÓN BASADA EN LOS
ESTILOS DE APEGO (ABCT) PARA LA
PREVENCIÓN DE SÍNTOMAS DE MALESTAR
PSICOLÓGICO EN ALUMNADO UNIVERSITARIO

Autor

María Beltrán Ruiz

Director/es

García Campayo, Javier
Puebla Guedea, Marta

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

Programa de Doctorado en Psicología

2024



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

2024

Programa de Doctorado en Psicología

**Eficacia de un programa de seis semanas de Terapia de
Compasión Basada en los Estilos de Apego (ABCT) para la
prevención de síntomas de malestar psicológico en alumnado
universitario**

Un estudio controlado aleatorizado

MARÍA BELTRÁN RUIZ

Directores:

Javier García Campayo

Marta Puebla Guedea

Tutora:

María Teresa Navarro Gil

Dr. Javier García Campayo

Catedrático de Psiquiatría en la Universidad de Zaragoza

CERTIFICA QUE:

la investigación que se expone en el presente trabajo:

“Eficacia de un programa de seis semanas de Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego (ABCT) para la prevención de síntomas de malestar psicológico en alumnado universitario.”

que ha sido presentada por la doctoranda María Beltrán Ruiz, para optar al título de Doctora por la Universidad de Zaragoza, ha sido realizada bajo mi dirección y he supervisado todas las etapas, reflejando con toda fidelidad los resultados obtenidos.

Después de una exhaustiva revisión de esta memoria, considero que está en condiciones de ser presentada, defendida en acto público y juzgada por el Tribunal designado para tal fin.

Lo que firmo en Zaragoza, a 24 de enero de 2024

Fdo. Dr. Javier García Campayo

Dra. Marta Puebla Guedea

Profesora Ayudante Doctor del Departamento de Psicología y Sociología, en la Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, de la Universidad de Zaragoza.

CERTIFICA QUE:

la investigación que se expone en el presente trabajo:

“Eficacia de un programa de seis semanas de Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego (ABCT) para la prevención de síntomas de malestar psicológico en alumnado universitario.”

que ha sido presentada por la doctoranda María Beltrán Ruiz, para optar al título de Doctora por la Universidad de Zaragoza, ha sido realizada bajo mi dirección y he supervisado todas las etapas, reflejando con toda fidelidad los resultados obtenidos.

Después de una exhaustiva revisión de esta memoria, considero que está en condiciones de ser presentada, defendida en acto público y juzgada por el Tribunal designado para tal fin.

Lo que firmo en Zaragoza, a 24 de enero de 2024

Fdo. Dra. Marta Puebla Guedea

Y abrazarme muy fuerte y recordar que soy mi amiga
y que si no fuera por mí ¿por quién sería?
que es una suerte, poder sentirme mía

(Belén Aguilera, *Mía*)

AGRADECIMIENTOS

A Javier, por ser el mejor jefe, compañero y amigo. Por tener esa forma de hacer siempre las cosas más fáciles. Sin él este camino nunca hubiera estado bajo mis pies.

A Marta, por ser mi directora pero, sobre todo, por ser mi amiga. Por enseñarme tanto sobre la amistad y sobre el amor. Por hacer de Jaca también mi casa. Porque “tiene la vida más vida si la tengo cerca”.

A Paola, por ese café que nos tomamos en la plaza Sinués en el que me contó cómo iban a ser mis prácticas en una unidad de investigación y de allí a donde estoy ahora, gracias a ella.

A Mayte, por ser una de las personas que más se ha implicado en este proceso, sin ni siquiera pedírselo. Por darme apoyo muchas veces cuando más lo necesitaba.

A Yolanda, por aconsejarme siempre, por estar para la ocasión más seria y para la más festiva siempre al pie del cañón.

A todas y cada una de las personas que he conocido en este camino y que me han acogido y acompañado.

A los compañeros de aventuras de la Unidad de Investigación de Arrabal, del Máster de Mindfulness y de la Universidad de Zaragoza que con su apoyo y ejemplo me han ayudado a llegar hasta aquí.

A las y los estudiantes universitarios que participaron en este estudio, por hacerlo posible.

A mis amigas, por ser la risa que calma el ruido, la comprensión ante la duda y el error, por perdonar y ser perdonadas, por vivir y amar tan fuerte que me hacen sentir la persona más afortunada.

A Carolina y María, por acompañarme hasta la vida adulta de la mano, porque espero que siempre nos miremos y recordemos haber visto todo el camino, y estar orgullosas de donde hemos llegado, sea donde sea ese lugar donde encontremos la felicidad.

A mi familia, por ser la raíz.

A Carlos, por ser casa, ser mi compañero, la risa, la calma, el amor y el ejemplo de constancia. Es él el que ha hecho esto conmigo, apoyándome incondicionalmente. A toda la familia y amigos que le acompañan, y que ahora siento que me acompañan un poco a mí también.

A mi hermano, por ser tan parte de mí que me duele su dolor, y me ilumina su felicidad. Por una vida llena de aventuras, risas y lo que venga, pero siempre juntos.

A mis padres, por crearme de la nada, por dejarme ser, quererme y apoyarme siempre incondicionalmente. Sin ellos ni yo, ni nada de esto, estaríamos sucediendo.

Y por último, gracias a mí, por el esfuerzo que ha costado sacar adelante esta tesis. Por los sacrificios que he tenido que hacer por ella, y por todas las horas de sueño y de vida que me ha quitado. Hoy merecen la pena.

A la niña de 9 años, que no hacía los deberes y que fingía que le dolía la barriga para escaparse de clase.

A la de 15, que tenía otras preocupaciones más importantes que estudiar o pensar en el futuro.

A aquella de 20, que pensó tantas veces en dejar la carrera y que ha llorado tanto de frustración y de impotencia. Esa que en parte ha motivado este trabajo.

Gracias a mí por todas esas veces que no me sentí capaz, que pensé que no lo iba a conseguir nunca, pero me abrace, me acepte, y lo hice.

Gracias.

ÍNDICE:

ÍNDICE DE FIGURAS	15
ÍNDICE DE TABLAS.....	17
GLOSARIO DE TERMINOS	21
RESUMEN.....	23
ABSTRACT	25
1 INTRODUCCIÓN.....	27
2 SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA.....	31
2.1 Salud mental	31
2.2 Los desafíos de la etapa universitaria	34
2.3 Factores de protección psicológica en la etapa universitaria.....	39
2.4 Principales problemas de salud mental en el alumnado universitario	43
2.4.1 Estrés en la población universitaria.....	46
2.4.2 Depresión en la población universitaria	48
2.4.3 Ansiedad en la población universitaria.....	49
2.4.4 Burnout en la población universitaria.....	51
2.5 Programas o intervenciones para potenciar la salud mental en estudiantes de universidad.....	53
3 MINDFULNESS Y COMPASIÓN.....	59
3.1 Terapias de tercera generación.....	59
3.2 Mindfulness	62
3.2.1 Definición y origen.....	62
3.2.2 Elementos fundamentales	65
3.2.3 Mecanismos de acción.....	66
3.2.4 Intervenciones basadas en mindfulness y su efectividad.....	69
3.2.5 Eficacia de las IMB	72
3.2.6 Relación entre mindfulness y compasión	74
3.3 Compasión	76
3.3.1 Antecedentes históricos	76
3.3.2 Definición y modelos teóricos.....	78
3.3.3 Conceptos relacionados con la compasión	86
3.3.4 La medición de la compasión	89

3.3.5	La eficacia general de la compasión.....	91
3.3.6	Principales programas de compasión	93
3.3.7	Terapia de compasión basada en los estilos de apego.....	99
4	MINDFULNESS Y COMPASIÓN EN EL ALUMNADO UNIVERSITARIO .	109
4.1	Eficacia de intervenciones de mindfulness para el alumnado universitario ..	109
4.2	Intervenciones de compasión en las universidades y eficacia.	112
5	JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS	117
5.1	Justificación	117
5.2	Objetivos.....	118
5.3	Objetivo general.....	118
5.4	Objetivos específicos	119
5.5	Hipótesis	119
6	MÉTODO	121
6.1	Reclutamiento y selección de los participantes	121
6.2	Tamaño muestral.....	122
6.3	Diseño y condiciones experimentales.....	123
6.3.1	Condición compasión	124
6.3.2	Condición control activo, relajación.....	126
6.4	Procedimiento	128
6.5	Evaluación e instrumentos de medida.....	129
6.6	Aspectos éticos	133
6.7	Análisis estadístico.....	134
7	RESULTADOS	137
7.1	Flujo de los participantes y adherencia al programa.....	137
7.2	Características sociodemográficas de la muestra.....	140
7.3	Características clínicas de la muestra	142
7.4	Características de la muestra en las variables relacionadas.....	143
7.5	Eficacia intragrupo.....	144
7.5.1	Eficacia intragrupal de las variables clínicas en la condición control	145
7.5.2	Eficacia intragrupal de las variables relacionadas con la compasión en la condición control.....	147
7.5.3	Eficacia intragrupal de las variables clínicas en la condición experimental	150

7.5.4	Eficacia intragrupal de las variables relacionadas con la compasión en la condición experimental	152
7.6	Eficacia intergrupala.....	155
7.6.1	Resultado principal.....	155
7.6.2	Resultados secundarios.....	159
8	DISCUSIÓN.....	169
8.1	Discusión sobre el cumplimiento de las hipótesis del estudio.....	169
8.1.1	Hipótesis 1	169
8.1.2	Hipótesis 2	172
8.1.3	Hipótesis 3	174
8.1.4	Hipótesis 4	176
8.1.5	Hipótesis 5	178
8.2	Consideraciones generales	180
8.2.1	Adherencia al programa y asistencia a las sesiones	181
8.2.2	Perspectiva de género	182
8.3	Fortalezas, limitaciones y recomendaciones futuras.....	184
8.3.1	Fortalezas.....	184
8.3.2	Limitaciones	185
8.3.3	Futuras líneas de investigación:.....	186
9	CONCLUSIONES.....	189
10	REFERENCIAS	192
11	ANEXOS.....	247

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	
Principales factores de riesgo/protección para la salud mental del estudiantado universitario ..	40
Figura 2	
Modelo Transaccional sobre Estrés y Afrontamiento	46
Figura 3	
Tipos de intervenciones dirigidas a estudiantes universitarios.....	54
Figura 4	
Mecanismos de acción de mindfulness.....	68
Figura 5	
Principales circuitos cerebrales según el modelo de Gilbert.	81
Figura 6	
Modelo de autocompasión de Neff	84
Figura 7	
Práctica de bondad amorosa y práctica de compasión	87
Figura 8	
Estilos de apego	103
Figura 9	
Diseño experimental.....	123
Figura 10	
Diagrama de flujo de los participantes del estudio	138
Figura 11	
Porcentajes de asistencia a las sesiones en cada uno de los grupos	139
Figura 12	
Porcentaje de cumplimentación de las evaluaciones por grupos.	139
Figura 13	
Distribución del curso académico de los participantes en cada uno de los grupos (n).....	141
Figura 14	
Evolución del resultado principal malestar psicológico en ambas condiciones.	155
Figura 15	
Evolución del resultado depresión en ambas condiciones.	159
Figura 16	
Evolución del resultado ansiedad en ambas condiciones.....	160

Figura 17	
	Evolución del resultado ansiedad en ambas condiciones..... 160
Figura 18	
	Evolución del resultado agotamiento (MBI-GS) en ambas condiciones 161
Figura 19	
	Evolución del resultado cinismo (MBI-GS) en ambas condiciones..... 161
Figura 20	
	Evolución del resultado afecto positivo (PANAS) en ambas condiciones 162
Figura 21	
	Evolución del resultado afecto positivo (PANAS) en ambas condiciones 162
Figura 22	
	Evolución del resultado afecto positivo (PANAS) en ambas condiciones 163
Figura 23	
	Evolución del resultado reevaluación (ERQ) en ambas condiciones 163
Figura 24	
	Evolución del resultado supresión (ERQ) en ambas condiciones..... 164
Figura 25	
	Evolución del resultado ratio apego seguro/ no seguro en ambas condiciones 164
Figura 26	
	Evolución del resultado ansiedad (RQ) en ambas condiciones 165
Figura 27	
	Evolución de la evitación experiencial (AAQ-II) en ambas condiciones 165
Figura 28	
	Evolución del resultado mindfulness (FFMQ-SF) en ambas condiciones..... 166
Figura 29	
	Evolución del resultado compasión por uno mismo (SOSC-S) en ambas condiciones..... 167
Figura 29	
	Evolución del resultado compasión por los otros (SOSC-O) en ambas condiciones..... 168
Figura 30	
	Evolución del resultado de la subescala comprender (SOSC-O) en ambas condiciones..... 168

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	
Principales programas de terapia cognitivo-conductual de tercera generación.....	61
Tabla 2	
Definiciones de mindfulness	63
Tabla 3	
Componentes comunes en las definiciones de mindfulness.....	65
Tabla 4	
Programas estructurados de mindfulness	70
Tabla 5	
Definiciones de compasión.....	79
Tabla 6	
Mecanismos de acción de la compasión.....	85
Tabla 7	
Contenidos del programa MSC	95
Tabla 8	
Contenidos de las sesiones del programa CBCT.....	96
Tabla 9	
Contenidos del Programa de Vida Compasiva Basado en Mindfulness	97
Tabla 10	
Pasos para el cultivo de la compasión del programa CCT	98
Tabla 11	
Modelo de ABCT de 8 semanas	105
Tabla 12	
Revisiones y metaanálisis relevantes y recientes sobre mindfulness en universitarios	110
Tabla 13	
Ejemplos de iniciativas de compasión por parte de instituciones universitarias.....	113
Tabla 14	
Publicaciones sobre intervenciones de compasión en la población universitaria	115
Tabla 15	
Criterios de inclusión y exclusión para el estudio	122

Tabla 16	
Programa de ABCT de seis semanas.....	125
Tabla 17	
Contenido del programa de relajación.....	127
Tabla 18	
Características sociodemográficas de los participantes por grupo	140
Tabla 19	
Distribución de las áreas de conocimientos de los participantes en cada uno de los grupos	142
Tabla 20	
Características clínicas basales en cada uno de los grupos	143
Tabla 21	
Características basales de la muestra en las variables relacionadas con mindfulness y compasión.....	144
Tabla 22	
Análisis intragrupo de resultados en las variables clínicas para el grupo de relajación.	146
Tabla 23	
Análisis intragrupo de resultados en las variables de mindfulness y aceptación para el grupo de relajación.	147
Tabla 24	
Análisis intragrupo de resultados en las variables de apego y compasión para el grupo de relajación.....	149
Tabla 25	
Análisis intragrupo de resultados en las variables clínicas para el grupo experimental	151
Tabla 26	
Análisis intragrupo de resultados en las variables de mindfulness y aceptación para el grupo experimental.	152
Tabla 27	
Análisis intragrupo de resultados en las variables de apego y compasión para el grupo experimental	154

Tabla 28

Comparación de resultados entre grupos para cada uno de los tiempos. Variables clínicas..... 156

Tabla 29

Comparación de resultados entre grupos para cada uno de los tiempos. Variables relacionadas con la compasión 157

GLOSARIO DE TERMINOS

ABCT: Attachment-Based Compassion Therapy (Terapia de Compasión basada en Estilos de Apego)

CCT: Compassion Cultivation Training (Entrenamiento en Cultivo de la Compasión)

CFT: Compassion Focused Therapy (Terapia Focalizada en la Compasión)

CRD: Cuaderno de recogida de datos

ECA: Estudio controlado aleatorizado

IBM: Intervención basada en mindfulness

MBCP: Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (Parto y Crianza Basados en Mindfulness)

MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Terapia Cognitiva basada en Mindfulness)

MB-EAT: Mindfulness-Based Eating (Programa de Alimentación basado en Mindfulness)

MBEC: Mindfulness-Based Elder Care (Cuidado de Ancianos/as basado en Mindfulness)

MBRP: Mindfulness-Based Relapse Prevention (Programa de Prevención de Recaídas basado en

MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction (Programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness)

MSC: Mindful-Self Compassion (Programa de Mindfulness y Autocompasión)

OMS: Organización Mundial de la Salud

RCT: Randomized Controlled Trial (Estudio Controlado Aleatorizado)

TCC: técnicas psicológicas cognitivo-conductuales (TCC)

RAE: Real Academia Española

RMP: Relajación Muscular Progresiva

SCS: Self-Compassion Scale (Escala de Autocompasión)

RESUMEN

Antecedentes: La educación universitaria es un desafío que puede llegar a afectar gravemente a la salud mental del alumnado. El estrés al que están sometidos a lo largo de su paso por la universidad puede derivar en problemas de salud mental. Las psicoterapias de "tercera ola", incluida la terapia basada en la compasión, se han utilizado para mejorar variables psicológicas, como el estrés, la ansiedad, la angustia emocional y el bienestar. En este ensayo controlado aleatorizado (ECA), planteamos la hipótesis de que la provisión de terapia de compasión basada en el apego (ABCT) sería más efectiva que un grupo de control activo basado en terapia de relajación para mejorar la angustia psicológica en estudiantes universitarios.

Método: Se realizó un ECA de dos brazos con 190 estudiantes universitarios de grado y posgrado de la Universidad de Zaragoza y la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) que residen en la comunidad autónoma de Aragón, España. Se les asignó aleatoriamente a una intervención en ABCT de seis semanas o a un programa de relajación de la misma duración. Se recogieron datos antes y después de la intervención, y se hizo un seguimiento a los seis meses después del tratamiento. El resultado primario fue la angustia psicológica después de la intervención. También se recogieron medidas de depresión, ansiedad, estrés, síntomas de burnout, afectividad, regulación emocional, estilos de apego, evitación experiencial, compasión (por los demás/uno mismo) y habilidades de atención plena.

Resultados: El programa de ABCT no mostró mejoras significativas para la variable principal de malestar psicológico en la comparación con el grupo control. Aunque sí consiguió mejoras intragrupo para el malestar tanto en la comparación pre-post, como

en el seguimiento a seis meses. También fue superior para reducir el cinismo y el afecto negativo después de la intervención, y la supresión emocional a los seis meses de seguimiento. Además, el programa de compasión consiguió aumentar la atención plena, la aceptación y la autocompasión de los estudiantes en comparación con el grupo control tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en este estudio contribuyen a un campo de conocimiento que todavía está creciendo. Este trabajo puede ser la base para realizar más estudios ECAs, y analizar en mayor profundidad el impacto de la terapia de compasión en esta población, ya que la terapia de compasión puede ser útil para prevenir problemas de salud mental en todo tipo de poblaciones, incluida la universitaria.

ABSTRACT

Background: University education is a challenge that can seriously affect the mental health of students. The stress they are subjected to throughout their time at university can lead to mental health problems. "Third wave" psychotherapies, such as compassion-based therapy, have been employed to enhance psychological factors like stress, anxiety, emotional distress, and well-being. In this randomized controlled trial (RCT), the hypothesis was proposed that the provision of Attachment-Based Compassion Therapy (ABCT) would be more effective than an active control group based on relaxation therapy in improving psychological distress in university students.

Methods: A two-arm RCT was conducted with 190 undergraduate and postgraduate university students from the University of Zaragoza and the National University of Distance Education (UNED) residing in the autonomous community of Aragón, Spain. They were randomly assigned to a six-week ABCT intervention or to a relaxation program of the same duration. Data were collected before and after the intervention and followed up six months after treatment. The primary outcome was psychological distress after the intervention. Measures of depression, anxiety, stress, burnout symptoms, affectivity, emotional regulation, attachment styles, experiential avoidance, compassion (for others/self) and mindfulness skills were also collected.

Results: The ABCT program did not show significant improvements for the main variable of psychological distress in comparison with the control group. However, it did achieve intragroup improvements for distress at both the pre-post comparison and at the six-month follow-up. It was also superior in reducing cynicism and negative affect after the intervention, and emotional suppression at six-month follow-up. Furthermore, the

compassion program succeeded in increasing students' mindfulness, acceptance, and self-compassion compared to the control group at both post-treatment and follow-up.

Conclusions: The results obtained in this study contribute to a field of knowledge that is still growing. This work can be the basis for further RCT studies, and further analyze the impact of compassion therapy in this population, since compassion therapy can be useful to prevent mental health problems in all types of populations, including the university students.

1 INTRODUCCIÓN

En el momento actual, la salud mental de la población universitaria ha emergido como un área de preocupación creciente.

En el último informe publicado por el Ministerio de Universidades de España se expone que, durante el curso 2021-2022 el total de matriculados en universidades españolas fue de 1.690.947, el porcentaje de población de 18 a 24 años que estaba matriculada en estudios universitarios es del 32,3% una cifra estable en los últimos años (Ministerio de Universidades, 2023). Un gran porcentaje de las personas jóvenes pasa por la universidad, y este es un periodo complejo que está reportando altos niveles de malestar psicológico.

El periodo de la educación superior conlleva numerosos desafíos, tanto académicos como personales, que pueden ejercer un impacto significativo en el bienestar psicológico del estudiantado. En este sentido, es esencial explorar enfoques y estrategias que promuevan y fortalezcan la salud mental de los estudiantes universitarios, permitiéndoles afrontar de manera efectiva las presiones y demandas inherentes a esta etapa vital.

Aunque los problemas de salud mental no son exclusivos de los estudiantes, la vida universitaria crea un contexto excepcional para la identificación temprana, la prevención y el tratamiento de estas afecciones. En este sentido, la educación superior no solo actúa como un microcosmos donde se manifiestan los desafíos de salud mental, sino también como un terreno fértil para intervenir proactivamente en su mitigación. La intersección entre el crecimiento individual, el estrés académico y la disponibilidad de

servicios de apoyo crea un espacio donde las estrategias de prevención y las terapias innovadoras pueden ser implementadas de manera eficaz.

Así, el énfasis en la salud mental en el ámbito universitario no debe interpretarse como un aislamiento de la problemática más amplia, sino como un reconocimiento de la posibilidad de abordarla de manera efectiva. Al identificar, prevenir y tratar los trastornos mentales en el entorno estudiantil, no solo se benefician los individuos directamente involucrados, sino que también se establece un modelo para la sociedad en general, destacando la importancia de la atención temprana y el apoyo continuo en la búsqueda del bienestar mental.

En los primeros apartados de este trabajo se abordará el marco teórico previo que es la base de esta investigación. Se revisará el concepto de salud mental, los desafíos y fortalezas que se dan en la etapa universitaria y la salud mental de las personas que se encuentran en esta etapa.

Más adelante, se detallarán de las intervenciones que ya se han llevado a cabo para mejorar el bienestar psicológico de las estudiantes y los estudiantes universitarios, y de los resultados obtenidos en las mismas. Se realizará un repaso de las terapias de tercera generación, y en concreto de la compasión y del programa de compasión basado en los estilos de apego (ABCT) y se realizará un análisis y evaluación de la aplicación de terapias psicológicas de tercera generación, en mindfulness y compasión en el contexto de la población universitaria.

Una vez finalizado el marco teórico se expondrá la justificación del estudio, los objetivos y las hipótesis. A continuación, se profundizará en el método que se ha seguido para llevar a cabo este estudio de investigación empírica, describiendo el

diseño, la muestra, el procedimiento, los instrumentos de medida, las intervenciones, el tratamiento de los datos y el análisis estadístico.

Para concluir este trabajo, se expondrán cuáles han sido los resultados obtenidos del estudio, la discusión de los mismos y se expondrán las conclusiones.

El análisis de la investigación existente y la evaluación de los resultados del estudio proporcionará una visión más clara de cómo la terapia de compasión, y concreto el programa de compasión basado en los estilos de apego, puede contribuir significativamente a abordar los desafíos de salud mental en la población universitaria.

En última instancia, este trabajo busca arrojar luz sobre la importancia de cuidar y fortalecer la salud mental en un contexto académico exigente, y cómo las terapias basadas en compasión pueden servir como recursos valiosos para promover el bienestar integral de los estudiantes.

2 SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA

La salud mental en la población universitaria es un tema de gran importancia y relevancia en la actualidad. Los años universitarios son un período de transición significativa en la vida de una persona, caracterizado por cambios académicos, personales y sociales.

Durante este tiempo, los estudiantes enfrentan desafíos y presiones que pueden tener consecuencias significativas en su bienestar mental. En este apartado, se repasará la evidencia de estos desafíos y que riesgos suponen para la salud mental. También se hará un repaso por los factores de protección que pueden ser útiles para el alumnado universitario frente al malestar psicológico. Se abordará la evidencia que recoge la prevalencia de trastornos mentales en esta población, así como cuales son los síntomas psicológicos que suelen manifestar con mayor prevalencia.

En el último apartado se realizará un repaso a las intervenciones que se han llevado a cabo, sobre todo en los últimos años, para abordar la salud mental en el contexto universitarios, para ver cuál es la evidencia obtenida de las investigaciones previas y cuáles de ellas han sido útiles.

2.1 Salud mental

La salud mental es una dimensión esencial para el bienestar humano, forma parte integral de la salud en general y va más allá de la mera ausencia de trastornos mentales. Diversas perspectivas han intentado definirla. La Organización Mundial de la Salud (2004) define salud mental como “un estado de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida,

puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 2004), en un informe de 2022 se simplifica en que la salud mental es un estado de bienestar que permite a las personas “ser más capaces de relacionarse, desenvolverse, afrontar dificultades y prosperar” (OMS, 2022., p.2).

Esta definición que aporta la OMS en 2004 contribuye al cambio progresivo que ha ido alejando la concepción de la salud mental como la ausencia de enfermedad mental, ya que la salud no puede ser entendida únicamente como la ausencia de estos trastornos o síntomas (Organización Mundial de la Salud, 2013). Galderisi et al., (2015) pretenden superar algunas restricciones que para ellos tiene el enfoque de la OMS, más basado en teorías hedónicas y eudaimonias, que alejan la definición de felicidad de una realidad vital que a veces es alegre y satisfactoria y otras es complicada y triste o aterradora, a veces puedes prosperar en la vida y a veces no, pero esto no implica la presencia o ausencia de salud mental. Propusieron una definición más abarcadora y adaptable a diversas culturas:

La salud mental es un estado dinámico de equilibrio interno que permite a las personas utilizar sus capacidades en armonía con los valores universales de la sociedad. Habilidades cognitivas y sociales básicas; capacidad para reconocer, expresar y modular las propias emociones, así como empatizar con los demás; flexibilidad y capacidad para hacer frente a eventos adversos de la vida y funcionar en roles sociales; y la relación armoniosa entre el cuerpo y la mente representan componentes importantes de la salud mental que contribuyen, en diversos grados, al estado de equilibrio interno. (Galderisi et al., 2015, pp 1-2)

Según ellos, la salud mental es un equilibrio dinámico interno que permite a las personas usar sus capacidades en consonancia con los valores universales de la sociedad. Incluye habilidades cognitivas y sociales básicas, el manejo de emociones propias y empatía, adaptabilidad ante adversidades y el equilibrio entre mente y cuerpo (Galderisi et al., 2015).

Esta visión inclusiva de la salud mental reconoce que su comprensión puede variar culturalmente y a lo largo del tiempo. Lo que es saludable en una cultura podría considerarse anormal en otra. Por lo tanto, se requiere una definición culturalmente sensible y abierta (Vaillant, 2012)

Los elementos que influyen en la salud mental y en la posible aparición de trastornos mentales no se limitan únicamente a características personales, como la habilidad para manejar nuestros comportamientos, emociones, pensamientos e interacciones con los demás. También incluyen aspectos que van más allá del propio individuo, como factores económicos, sociales, culturales, ambientales y políticos, como las políticas nacionales, los sistemas de amparo social, el nivel socioeconómico, las condiciones de trabajo y el respaldo que recibimos de nuestra comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2013).

El informe de la Comisión Lancet sobre Salud Mental Global y Desarrollo Sostenible (Collins et al., 2011) subraya que los trastornos mentales representan una carga significativa para la salud pública y la economía mundial, afectando a todas las edades y sociedades. La inversión en salud mental es crucial para el desarrollo sostenible, ya que afecta la productividad, la educación y la igualdad de género. El llamado es a mejorar la atención en salud mental, reducir el estigma y aumentar la financiación. También se

enfatisa en abordar los determinantes sociales, económicos y culturales, y en integrar la salud mental en políticas y programas de desarrollo.

Patel et al. (2007), resaltan cómo los trastornos mentales en jóvenes son una carga en términos de discapacidad, afectando la calidad de vida y el desarrollo personal. Dado que muchos de estos trastornos se inician en la adolescencia y adultez temprana, se enfatiza la importancia de abordarlos en esta etapa. Los desafíos incluyen el estigma, la falta de acceso a servicios de salud mental y la poca conciencia sobre el bienestar mental. Se insta a los formuladores de políticas y profesionales de la salud a abordar estos problemas y promover la salud mental juvenil. En resumen, es urgente priorizar y mejorar la salud mental de los jóvenes como desafío global de salud pública (Patel et al., 2007).

En conclusión, la salud mental es un componente esencial del bienestar humano y va más allá de la ausencia de trastornos mentales. Su definición va evolucionando hacia un enfoque más inclusivo y adaptable, reconociendo la influencia de factores personales y contextuales. Promover la salud mental en todas las edades y culturas es un imperativo global. La atención a la salud mental es crucial para el desarrollo sostenible, y los jóvenes necesitan especial atención debido a la carga que los trastornos mentales representan en su desarrollo.

2.2 Los desafíos de la etapa universitaria

Durante los años 70 y principios de los 80, diferentes científicos centrados en el desarrollo humano se enfocaron en analizar el tramo de vida que abarca desde el final de la adolescencia hasta los primeros pasos en la adultez. Todos coincidieron en un punto: las personas que atraviesan esta etapa se embarcan en la búsqueda de su papel en

la sociedad a través de experimentar roles (Erikson, 1968; Keniston, K., 1971; Levinson, D. J., 1978) .

En el año 2000, tomando inspiración de las teorías de estos predecesores, Jeffrey Arnett acuñó el término "adulthood emergente" para describir el período que se extiende entre los 18 y 25 años (Arnett, 2000). En esta etapa, reina la inestabilidad, los cambios y la libertad es un producto de una realidad en la que se vislumbran múltiples futuros posibles. Este autor, señala que los jóvenes en esta fase se definen por su incansable exploración de la identidad y su propensión a la búsqueda y experimentación de nuevas vivencias. A medida que se adentran en distintas opciones, van gradualmente encaminándose hacia elecciones más duraderas y arraigadas en su camino de crecimiento, y por lo tanto asumen decisiones que definirán su identidad y marcarán su futuro (Arnett, 2000, 2001, 2004).

Durante esta etapa, y más concretamente en las personas que se encuentran realizando estudios universitarios existen numerosas áreas que pueden representar un desafío y aumentar el estrés (Abelson et al., 2021; Landow, M. V., 2006). Beiter y sus colaboradores (2015) realizaron una encuesta a estudiantado universitario para ver cuáles eran sus principales fuentes de estrés, escogiendo entre aquellas que ya contaban con evidencia científica previa, los tres temas de la vida diaria que más les preocuparon fueron: el rendimiento académico, la presión por el éxito, los planes posteriores a la graduación y las posibles cargas financieras.

Recientemente Karyotaki et al., (2020) realizaron una extensa encuesta con 20.842 estudiantes universitarios en 24 universidades de 9 países. Analizaron el estrés percibido en algunas áreas de la vida como, el estado financiero, la salud, la vida

amorosa, las relaciones familiares y laborales/escolares, y los problemas experimentados por los seres queridos. El 93,7% de los estudiantes reportaron algo de estrés al menos en una de las seis áreas que los autores resaltaron como las más relevantes en esta etapa de la vida (Karyotaki et al., 2020).

Estos desafíos, que se van repitiendo en los distintos trabajos científicos, conllevan estrés y provocan que la salud mental del estudiantado resulte dañada (Abelson et al., 2021; Becerra & Becerra, 2020; Landow, M. V., 2006).

Las preocupaciones financieras para esta población son reseñables, en especial para aquellas y aquellos que tiene que cambiar su residencia para estudiar y por lo tanto, deben responsabilizarse de algunos gastos como la compra, la vivienda, las facturas, etc. (Beiter et al., 2015; Dalky & Gharaibeh, 2019). En el estudio Healthy Minds Study (HMS), una gran encuesta anual realizada en más de 530 centros universitarios desde 2007, Eisenberg et al. (2018) encontraron que los encuestados que decían tener altos niveles de estrés financiero tenían mayor número de síntomas de salud mental en comparación con los que mencionaban no encontrarse estresados por este ámbito.

También es reseñable la preocupación del estudiantado en cuanto a su futuro laboral, esto puede causar una gran incertidumbre (Beiter et al., 2015; Lin & Huang, 2014) y en algunas ocasiones, estas preocupaciones pueden verse acrecentadas por las expectativas familiares (Falsafi, 2016). Thurber y Walton (2012) descubrieron que aunque el hecho de abandonar la vivienda familiar para ir a la universidad es vivida en muchas ocasiones como algo nuevo e ilusionante, en otros casos puede producir una intensa nostalgia. Esto coincide con más estudios que reportan que los cambios de residencia, alejarse del

núcleo familiar, alterar los vínculos familiares, puede suponer una alta fuente de estrés (Beiter et al., 2015; Pedrelli et al., 2015).

En concreto, en España, Arias-de la Torre et al., (2019) encontraron en una muestra población universitaria que el malestar psicológico aumentaba conforme disminuía el apoyo familiar, y también encontraron una asociación entre la situación laboral de los con sus niveles de angustia psicológica, sobre todo para los que se encontraban en búsqueda de empleo.

Cabe resaltar que, sobre todo en los primeros años, el estudiantado puede mostrar notables dificultades en su adaptación a la universidad (Lee et al., 2009). Durante el primer año, en concreto, la prevalencia de malestar psicológico es más alta (Arias-de la Torre et al., 2019). Y es que esta etapa conlleva unos cambios evidentes en los estilos de vida, las relaciones sociales, los hábitos de sueño y de alimentación, el acercamiento a otras formas de pensar y otras culturas, entre otras (Beiter et al., 2015; Falsafi, 2016; Orzech et al., 2011; Karp et al., 1998). Por otro lado, en esta etapa puede que el estudiantado tenga que lidiar con hábitos como el consumo excesivo de alcohol, las drogas u otras conductas nocivas, que pueden estar más extendidos en su entorno e incluso pueden ser conductas altamente valoradas en su grupo de iguales, por lo que deberán decidir sobre si quieren o no adoptar estos hábitos y como llevar a cabo sus intenciones (Stone et al., 2012; Sussman & Arnett, 2014).

En cuanto al estilo de apego adulto, concepto que se comentará en profundidad más adelante, en un estudio realizado por Thompson et al. (2018) los autores encontraron que los estilos de apego ansioso y evitativo estaban relacionados con una mayor percepción de estrés entre los estudiantes encuestados, y esta relación estaba mediada

por la resiliencia. Además, el nivel que presentaba de ansiedad social del estudiantado con apego preocupado, temeroso y de rechazo es más alto que el nivel de ansiedad social de los estudiantes con apego seguro (Öztürk & Mutlu, 2010). En otro estudio Kawamoto (2020) encontró relaciones significativas entre la autoestima y el apego ansioso; en concreto, la relación positiva la autoestima y la claridad del autoconcepto de la población universitaria solo se encontró entre aquellos que puntuaban bajo en apego ansioso. Aunque estos hallazgos son solo un punto de partida para esta población, sería interesante continuar explorando más esta relación y en qué medida el estilo de apego adulto podría interferir en la salud mental del alumnado universitario.

Encontramos también reflejado en la evidencia sobre esta población una asociación entre haber sufrido algún tipo de trauma o violencia y cumplir criterios para una o más afecciones de salud mental (Eisenberg, D, 2018), manifestar síntomas de malestar psicológico (Frazier et al., 2009), e incluso un peor rendimiento académico, un menor compromiso con los estudios y mayor estrés relacionado con la universidad (Banyard et al., 2020)

Se destaca también que más de la mitad del estudiantado puede sentir soledad y aislamiento, en concreto, un 60% de los estudiantes encuestados en el HMS reportaron sentir que les faltaba compañía, que se encontraban solos o aislados de los demás (Healthy Minds Network, 2020). El sentimiento de soledad es un problema de salud mental importante que conlleva mayor riesgo de malestar psicológico tanto en la población general como en el estudiantado universitario (Beutel et al., 2017; Hefner & Eisenberg, 2009; Christiansen et al., 2021).

La discriminación también es un factor clave para la salud mental, en concreto, la población universitaria puede estar afectada por ella. Según un informe de la Universidad de Harvard (2020), se muestran disparidades en la prevalencia de los trastornos mentales, determinados segmentos específicos de la población estudiantil (determinados por género e identidad sexual, raza u origen étnico y condición de migrante), enfrentan riesgos significativamente mayores de experimentar estos trastornos. La discriminación racial o étnica tiene un impacto negativo y daña la salud mental del estudiantado (Smith, 2020). Ser estudiante transgénero o género neutro también se ha visto que conlleva más probabilidad de manifestar problemas de salud mental (C. H. Liu et al., 2019), así como mantener una orientación sexual distinta a la heterosexual (Oswalt & Wyatt, 2011).

Todos estos desafíos suponen un alto abanico de riesgos a los que las personas se enfrentan en la etapa universitaria (Ver figura 1). Durante esta etapa, sobre todo la gran mayoría que se encuentra en la adultez emergente, pueden tener mecanismos de afrontamiento menos desarrollados y menos experiencia que las personas de más edad, esto puede hacerlos más vulnerables o pueden resultar más expuestos a los efectos de estos, y otros factores, en su salud mental (Blanco et al., 2008).

2.3 Factores de protección psicológica en la etapa universitaria

Así pues, la etapa universitaria es un balcón a numerosas oportunidades pero también es una intensa fuente de desafíos que pueden poner en riesgo el bienestar psicológico del estudiantado. A continuación, se desgranaran los factores que según se ha encontrado en la evidencia científica se asocian a estados psicológicos positivos en la población universitaria (Abelson et al., 2021; Landow, M. V., 2006) (Ver figura 1).

Figura 1

Principales factores de riesgo y de protección para la salud mental del estudiantado universitario



Nota: Figura de elaboración propia a partir de los trabajos citados.

Las habilidades de afrontamiento son factores de protección muy bien establecidos y documentados, y de hecho se ha establecido que tienen la mayor influencia en la salud mental (Byrd & McKinney, 2012). En concreto, los altos niveles de flexibilidad psicológica y aceptación se correlacionan con una mejor puntuación en salud mental (Eisenberg, D, 2018). Los estudios sugieren además que una alta autoestima es también un factor protector frente a la angustia o el malestar psicológico (Arslan et al., 2010; Dixon & Kurpius, 2008). La autoestima también modula conductas preventivas, como llevar un estilo de vida más saludable (Mann et al., 2004). Velten et al. (2018)

encontraron en una muestra universitaria que los estilos de vida saludables como no fumar, actividad física frecuente, vida social activa, buenos hábitos de sueño, se asociaron con una mejor salud mental.

La capacidad para regular las emociones como predictor de una buena salud mental tiene una fuerte evidencia científica en la población general (Berking & Wupperman, 2012; Hu et al., 2014; Inwood & Ferrari, 2018; Menefee et al., 2022), sin embargo, tiene poca evidencia en la población universitaria. Encontramos algunos estudios correlacionales que presentan resultados prometedores que brindan un apoyo preliminar para vincular la inteligencia emocional y la regulación emocional con el bienestar subjetivo en una muestra de estudiantes universitarios (Carvalho et al., 2018; Extremera et al., 2020).

En general los niveles de alfabetización en salud mental que tiene el alumnado universitario son altos (Eisenberg et al., 2012). Diferentes intervenciones de alfabetización en salud mental que se han llevado a cabo en esta población se asociaron con mejoras significativas en la provisión de ayuda y las relaciones con otras personas con alguna enfermedad mental (Lo et al., 2018). Estos hallazgos son consistentes con los resultados que encontraron Kutcher et al. (2016) que afirmaron que el desconocimiento sobre salud mental promueve el mantenimiento de prejuicios y actitudes discriminatorias.

En la etapa universitaria el apoyo social es un factor clave, tanto el apoyo social de familiares o amigos es considerado un predictor de bienestar psicológico (Alsubaie et al., 2019; Hefner & Eisenberg, 2009). El alumnado que siente un mayor apoyo familiar reporta menos problemas psicológicos (Merianos et al., 2013; Mounts, 2004).

Boute et al (2007) encontraron una relación positiva significativa entre la calidad de las nuevas amistades y la adaptación a la universidad.

Se ha estudiado también, la relación entre tener unas buenas relaciones de apoyo y aspectos de la salud mental como el estigma, la comprensión de la salud mental, la actitud de ayuda hacia personas con algún problema psicológico, o la búsqueda de ayuda. La familia parece tener un papel importante en la búsqueda de ayuda psicológica (Rickwood et al., 2015), y promover un ambiente familiar saludable podría tener gran importancia en las intervenciones con este grupo poblacional (Yu et al., 2015). En cuanto a las relaciones entre iguales, promover más conversaciones sobre salud mental entre el alumnado y más conocimiento sobre los recursos de salud mental disponibles puede disminuir el estigma y mejorar su comprensión de la salud mental, el clima universitario y su comportamiento de ayuda hacia los demás (Sontag-Padilla et al., 2018). También se observa el efecto de la pareja en la búsqueda de ayuda, especialmente en hombres jóvenes (Rickwood et al., 2015).

Contar con un asesor/tutor de apoyo, se ha destacado como un factor de protección frente a problemas psicológico. Los consejeros pueden proporcionar apoyo y orientación para ayudar a los estudiantes a superar sus problemas, mejorar su salud mental y su rendimiento académico (Hurtado et al., 2011; Kahveci et al., 2008).

En contraposición con la soledad y aislamiento que se nombraba antes como uno de los factores de riesgo para la salud mental, la evidencia científica nos dice que el sentido de pertenencia resulta ser un factor de protección psicológica para la población universitaria (Gummadam et al., 2016; Hagerty et al., 1996; Sargent et al., 2002; Stebleton et al., 2014).

Formar parte de comunidades universitarias que apoyan la salud mental también va a influir positivamente en la salud mental del alumnado. Si los alumnos sienten que están en una institución en la que se prioriza y se apoya la salud mental es menos probable que desarrollen problemas psicológicos y más probable que acudan a los servicios de ayuda si los necesitan (Sontag-Padilla et al., 2016). El entorno de aprendizaje también influirá, si la universidad fomenta un clima menos competitivo entre el estudiantado esto puede influenciar positivamente en su salud mental (Posselt & Lipson, 2016). Otras políticas o iniciativas institucionales que abordan problemáticas diversas para el alumnado, como protección frente a la discriminación, o frente a la violencia, se han relacionado con una mayor protección frente a trastornos mentales (Dederichs et al., 2020; Woodford et al., 2015, 2018).

Una de las conclusiones más significativas al considerar todos estos factores es que abordar de manera simultánea las influencias tanto a nivel individual como en niveles más amplios, que influyan también en las relaciones interpersonales, la comunidad y las instituciones, brinda la ayuda más prometedora para los estudiantes (Abelson et al., 2021; Byrd & McKinney, 2012).

2.4 Principales problemas de salud mental en el alumnado universitario

Después de explorar los desafíos a los que se enfrentan el estudiantado universitario, así como los factores protectores o de riesgo que influyen en su salud mental, se va a profundizar en cual es la evidencia disponible en la literatura científica sobre el estado actual de la salud mental de esta población.

Como se señala anteriormente la incidencia creciente de trastornos de salud mental no se limita a los campus universitarios; la evidencia disponible indica tasas más altas entre

personas adolescentes y jóvenes adultas en general (Blanco et al., 2008). Si bien, la juventud es un periodo crucial para el desarrollo personal, y esto implica que los problemas de salud mental en esta etapa deben ser abordados rápidamente. Aunque no se restringen a contextos académicos, existen factores relacionados con la experiencia universitaria que pueden incidir en la salud mental del alumnado. Además, la educación superior ofrece un entorno singular para la detección, prevención y abordaje de problemas psicológicos.

Estudios recientes muestran que el estudiantado universitario comúnmente sufren problemas de salud mental (Auerbach et al., 2018; Karyotaki et al., 2020; Li et al., 2022). Keyes et al. (2012) encontraron que más de la mitad de la población universitaria pueden sufrir depresión, pánico y/o ansiedad generalizada. Los niveles de ansiedad van en aumento durante los años universitarios (Bewick et al., 2010), y las tasas de prevalencia de malestar psicológico y problemas de salud mental son significativamente más altas que las de la población general (Jackman & Sisson, 2021; Stallman, 2011) En concreto, Evans et al. (2018) informaron que los estudiantes de posgrado en los EE. UU tenían significativamente más probabilidades de experimentar ansiedad y depresión en comparación con la población general, mientras que una cuarta parte de los estudiantes de doctorado, encuestados por Byrom et al. (2020) en el Reino Unido, informaron bienestar psicológico deficiente. También se ha encontrado una alta probabilidad de sufrir trastornos psicológicos del estudiantado en universidades españolas (Rodríguez-Rodríguez et al., 2022).

Las consejerías de salud mental de las universidades han visto severamente aumentada la demanda de sus servicios de apoyo psicológico (Beiter et al., 2015; Gallagher, 2008, 2015). Las principales patologías de salud mental encontradas son la depresión y la

ansiedad (Li et al., 2022; Regehr et al., 2013), aunque algunos universitarios también refieren sentimientos de soledad, dificultades en las relaciones familiares e íntimas, y otras preocupaciones interpersonales (Conley et al., 2015).

Todos estos problemas de salud mental pueden tener impactos psicológicos y sociales, y también pueden determinar la capacidad de los estudiantes para funcionar en términos académicos (Bruffaerts et al., 2018), lo que lleva a un aumento en las tasas de abandono escolar (Dyrbye et al., 2010; Marôco et al., 2020; Sharp & Theiler, 2018). En concreto, en España el abandono de los estudios universitarios ronda el 30% (Ministerio de Universidades, 2023), tasa que es consistente en los últimos años. Las tasas altas de abandono universitario presentan un problema para el propio estudiantado y también para las instituciones involucradas (Conley et al., 2015).

Además, los problemas de salud mental tienden a empeorar con el tiempo si no se tratan (Arnett, 2000), y pueden tener resultados adversos a largo plazo en la edad adulta avanzada, incluidos problemas de salud física, relaciones interpersonales disfuncionales, y marginación del mercado laboral (Kerr & Capaldi, 2010; Scott et al., 2016).

Es sabido que los síntomas de depresión y ansiedad son considerados los más comunes entre los estudiantes universitarios, estando la tasa de prevalencia en un 33% y 39% respectivamente (Li et al., 2022). Además, la salud mental de los estudiantes universitarios se ha convertido en un creciente problema de salud pública en los campus universitarios, por lo que se necesita que la escuela y los profesionales de la salud mental desarrollen estrategias específicas para afrontar el estrés para los estudiantes universitarios (C. H. Liu et al., 2019). En suma, hay un creciente problema de estrés y

burnout y los síntomas de ansiedad y depresión se pueden predisponer al alumnado a ello (Eisenberg et al., 2009; Lin & Huang, 2014).

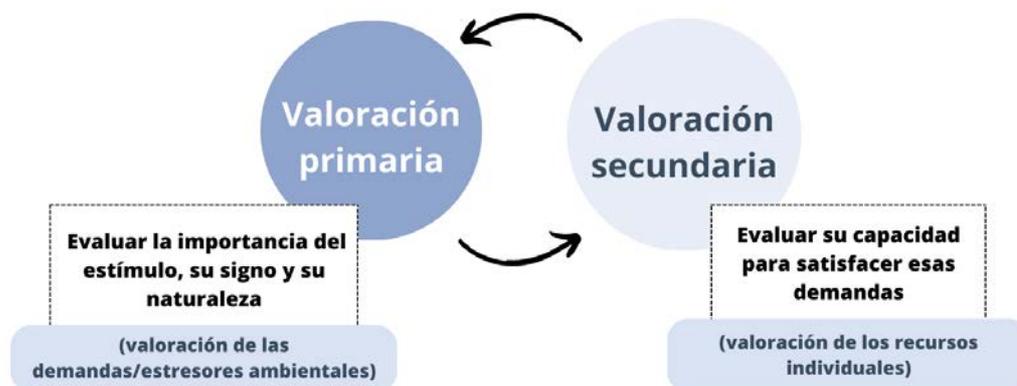
2.4.1 Estrés en la población universitaria

En el apartado anterior ya se expuso el amplio número de factores estresantes a los que se enfrenta el alumnado universitario y que pueden influir en su bienestar psicológico. Aun con todo, la existencia de situaciones adversas no es siempre sinónimo de una vivencia de estrés en las personas, de acuerdo con el Modelo Transaccional sobre Estrés y Afrontamiento, desarrollado por Lazarus et al. (1984, 1986) ningún estímulo es estresante en sí mismo, sino que se clasificara como estresante o no estresante según un proceso de doble valoración, donde entrar en juego la valoración primaria y la valoración secundaria (ver figura 2).

Por lo tanto, según estos autores, la percepción de una realidad como estresante para la persona está determinada por la percepción de que esta realidad excede la capacidad del individuo para afrontarla, contando con los recursos disponibles (Lazarus & Folkman, 1984, 1986).

Figura 2

Modelo Transaccional sobre Estrés y Afrontamiento



Nota: Figura de elaboración propia a partir de los trabajos citados.

Varios autores han llevado a cabo investigaciones que señalan niveles altos de estrés en el alumnado universitario (Bayram & Bilgel, 2008; Dalky & Gharaibeh, 2019; Hyun et al., 2006; Sarokhani et al., 2013; Shamsuddin et al., 2013). Se ha sugerido que ciertas cantidades de estrés pueden contribuir a mantener la salud de los estudiantes y promover una motivación adecuada para el aprendizaje, lo que resulta en un mejor desempeño y rendimiento académico (Bamber & Schneider, 2016; Kang et al., 2009). Esta perspectiva no es nueva, ya que autores influyentes como Yerkes y Dodson (1908) quienes demostraron que en breves periodos de tiempo, el estrés era beneficioso para algunos aspectos como el desempeño o la adquisición de hábitos. Sin embargo, si el estrés se mantiene en niveles elevados y por largos periodos de tiempo puede tener consecuencias negativas en el estudiantado, y presentar un gran obstáculo para su éxito académico (Bamber & Schneider, 2016; Kang et al., 2009; Vaez & Laflamme, 2008), se ha asociado en gran medida con una mayor probabilidad de tendencias suicidas (C. H. Liu et al., 2019), y también se ha definido como un buen predictor de que puedan sufrir burnout (Lin & Huang, 2014).

Las consecuencias del estrés no solo tienen que ver con el ámbito académico, si no que están de sobra documentadas otras consecuencias sobre otras áreas como la salud física, la depresión o la calidad de vida (Macgeorge et al., 2005; Ribeiro et al., 2018; Schneiderman et al., 2005).

Toda esta evidencia sobre los altos niveles de estrés en la población universitaria impulsa la aparición de toda una serie de intervenciones, que como veremos más adelante, están centradas en disminuir el estrés de esta población.

2.4.2 Depresión en la población universitaria

La depresión es un problema de salud mental muy común, pero es grave y puede interferir en el día a día de las personas que la sufren. Este trastorno incluye síntomas como menor afecto positivo, pérdida de interés o placer en las actividades habituales, aumento o pérdida de apetito y peso, mayor lentitud, insomnio, sentimientos de culpa, sensación de no servir para nada, concentración disminuida o ideas suicidas (American Psychiatric Association, 2013).

El trabajo de revisión sistemática de Ibrahim et al. (2013) encontró tasas de prevalencia del 10% al 85% en la población universitaria, con una media ponderada del 30,6%. En un trabajo más reciente, Li et al. (2022) encontraron que la tasa de prevalencia de depresión en esta población se situaba en un 33,9%. Estas tasas superan la tasa de la población general que se sitúa en 28,4% (Hu et al., 2022). La sintomatología depresiva lleva años siendo estando muy extendida entre la población universitaria y siendo una fuente de preocupación en el mundo académico (Garlow et al., 2008).

Esta condición supone consecuencias importantes para el alumnado, ya que la investigación muestra que los niveles altos de depresión correlacionan con peores resultados académicos, niveles más elevados de burnout y mayor probabilidad de abandonar los estudios (Eisenberg et al., 2009; Hysenbegasi et al., 2005; Shin et al., 2013).

Los niveles más altos de depresión correlacionan con una mayor desesperanza y niveles más bajos de calidad de vida (Farabaugh et al., 2012), así como un peor estado de salud general, asociándose con comportamientos poco saludables como fumar, seguir malos

hábitos de sueño, no seguir las prescripciones medicas o llevar vida sedentaria (Doom & Haeffel, 2013; Kenney & Holahan, 2008).

Por otro lado, la sintomatología depresiva está asociada a una probabilidad incrementada de que se presente ideación suicida (Farabaugh et al., 2012). El suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años (World Health Organization, 2019). Estudios como el de metaanálisis de Mortier et al. (2018) muestran alta prevalencia de pensamientos, ideaciones o tentativas entre los estudiantes, los porcentajes fueron un 10,6% para el último año, y un 22,3% a lo largo de toda la vida. Esto se suma a que solo una pequeña parte de los estudiantes que la presenta, o que presenta depresión, de grave a severa, recibe tratamiento psicológico (Garlow et al., 2008). Estos datos son un gran motivo de preocupación.

2.4.3 Ansiedad en la población universitaria

El estrés puede ser una reacción adaptativa en ciertas circunstancias, ya que puede ayudar a prepararse para enfrentar un desafío o un peligro real, pero si el estrés es demasiado alto o se dilata en el tiempo, puede conducir a la ansiedad (Hughes, 2005; Lazarus & Folkman, 1986). La ansiedad es un estado de nerviosismo ante la anticipación de una catástrofe o peligro inminente, Es una sensación de inquietud, o preocupación que puede manifestarse de diferentes formas, como pensamientos intrusivos, tensión muscular, agitación, sudoración, palpitaciones y dificultad para concentrarse (Taylor & Arnow, 1988).

En la década de 1950, se comenzó a investigar la ansiedad en el entorno universitario. Los primeros estudios revelaron que los estudiantes que experimentaban altos niveles de ansiedad tenían un rendimiento académico inferior en comparación con sus

compañeros. En otras palabras, les costaba más completar sus tareas y obtenían calificaciones más bajas (Head & Lindsey, 1983).

Según Hughes (2005) la ansiedad afecta negativamente al rendimiento académico al fomentar estrategias de afrontamiento ineficaces. Además, la ansiedad puede tener repercusiones en la salud física y mental al debilitar el sistema inmunológico, elevar la presión arterial y estar relacionada con problemas como el agotamiento, la depresión y la autoestima. Este autor también señala que la ansiedad puede influir en los comportamientos de la persona que están relacionados con la salud al incentivar la búsqueda de alivio a corto plazo en lugar de poner atención en el autocuidado a largo plazo (Hughes, 2005).

La severidad de los niveles de ansiedad en el alumnado universitario oscila de moderados a severos (Dalky & Gharaibeh, 2019; Shamsuddin et al., 2013). Ahmed et al. (2023) en una revisión sistémica y metaanálisis reciente informan que la media ponderada de la tasa de prevalencia de ansiedad es de un 39,65%, lo que señala que alrededor de un tercio del alumnado universitario experimenta niveles elevados de ansiedad no especificada. La investigación reciente se ha centrado en determinar la prevalencia de la ansiedad según el género y el año académico de los estudiantes, con el objetivo de mejorar la detección y la intervención temprana de los síntomas. Respecto al género, los resultados son ambiguos, con algunos estudios que sugieren mayores niveles de ansiedad en mujeres (Bayram & Bilgel, 2008; Dyrbye et al., 2006; Shamsuddin et al., 2013), y otros en hombres (Dalky & Gharaibeh, 2019). También existen resultados dispares en relación con el momento temporal de la carrera en el que aparecen los síntomas más graves, ya que algunos estudios los encuentran en los primeros años de la carrera (Bayram & Bilgel, 2008) y otros en los últimos (Beiter

et al., 2015). Por último, resalta un estudio longitudinal muestra un deterioro del bienestar psicológico a lo largo de la carrera, con niveles más altos de ansiedad en el primer trimestre del segundo año y en el último año (Bewick et al., 2010); mientras que los niveles de depresión aumentaron constantemente con el tiempo, alcanzando su punto más alto al final del último año; aunque es importante destacar que los síntomas de ansiedad superaron significativamente a los síntomas de depresión en todos los momentos estudiados (Bewick et al., 2010). A continuación, procedemos a analizar de manera más detallada el impacto del burnout en el alumnado universitario.

2.4.4 Burnout en la población universitaria

El *burnout* o síndrome de estar quemado es definido en primer lugar por (Maslach, 1982, 1993), este síndrome tendría lugar en el entorno laboral, y es una respuesta a situaciones de estrés prolongadas de carácter interpersonal y que se caracterizaba por tres dimensiones, que son las que todavía a día de hoy se utilizan:

- a) el **agotamiento emocional**, que se refiere a la sensación de estar sobrepasado y de carecer de recursos suficientes para afrontar la situación (factor de estrés)
- b) la **despersonalización**, que hace alusión al desapego emocional y desadaptativo hacia los clientes o usuarios (factor interpersonal). Esta dimensión cambió posteriormente y paso a llamarse “**cinismo**”, ya que incluía también actitudes negativas hacía el propio trabajo (Maslach et al., 1997).
- c) la **reducción del logro personal**, que se entiende como la sensación de que las contribuciones son ineficaces e improductivas (factor de autoevaluación)

En la investigación reciente se han incluido nuevas contribuciones, principalmente dos. En primer lugar, se enmarca el burnout dentro de un binomio, y se define su opuesto como el *engagement* (Maslach et al., 2001). El *engagement* se define como el “estado mental positivo, satisfactorio y relacionado con el trabajo que se caracteriza por el vigor, la dedicación y la absorción” (Schaufeli, Martínez, et al., 2002). En segundo lugar, se abre el síndrome a todo tipo de profesionales y también a muestras de personas en formación (Maslach et al., 2001). El estudiantado no cumple un rol laboral, sin embargo, es posible que sufran estrés y tensiones derivados de exigencias similares como la asistencia a las clases, la entrega de trabajos, el trabajo en equipo, etc., (Buitrago Ramírez et al., 2018; Caballero et al., 2015; Lin & Huang, 2014; Schaufeli, Martínez, et al., 2002; Schaufeli, Salanova, et al., 2002; Shankland et al., 2019); por todo esto, las dimensiones descritas para el burnout también son aplicables al ámbito académico. El burnout académico ha sido una variable ampliamente utilizada para operativizar el bienestar psicológico (Bresó Esteve, 2008), y se compone de las mismas dimensiones citadas anteriormente: agotamiento, cinismo e ineficacia (Caballero et al., 2015; Schaufeli, Martínez, et al., 2002).

Investigaciones recientes, revelan altas tasas de prevalencia de burnout en la población universitaria (Almutairi et al., 2022; Bullock et al., 2017; Kaggwa et al., 2021; Z. Liu et al., 2023; Ribeiro et al., 2018; Rosales-Ricardo et al., 2021). Por ejemplo, en una revisión sistemática reciente de Rosales-Ricardo, et al. (2021) que incluyó estudios de varios países, se encontró tasas de prevalencia de 55,4% para el agotamiento emocional, 31,6% para el cinismo y 30,9% para la eficacia académica. Almutairi et al. (2022) realizaron una revisión sistémica y metaanálisis en estudiantes de medicina que reveló una tasas de prevalencia general de 37,23%. Esto tiene implicaciones importantes en la

salud mental del estudiantado. Así como, también se han encontrado consecuencias del síndrome de Burnout en el rendimiento académico del alumnado, ya que hay evidencia de una correlación negativa entre en burnout y un buen rendimiento académico (Madigan & Curran, 2021; May et al., 2015).

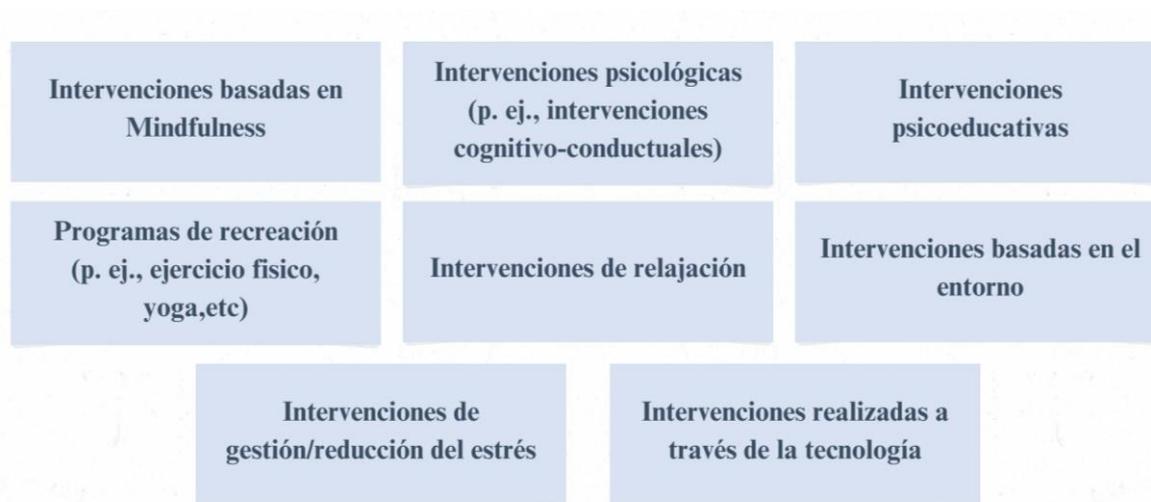
2.5 Programas o intervenciones para potenciar la salud mental en estudiantes de universidad

Existe un gran volumen de trabajos de investigación sobre la salud mental del estudiantado universitario. Hernández-Torrano et al. (2020) realizaron un mapeo bibliométrico de la literatura disponible, y se van a exponer a continuación algunos de sus principales hallazgos. La investigación sobre salud mental en la universidad lleva en crecimiento constante, especialmente en los últimos 10 años; es abordado por una amplia gama de revistas y grupos de investigación de todo el mundo; se ha caracterizado por un abordaje patológico de la salud mental; los temas de investigación más estudiados en las últimas décadas han sido: salud mental positiva, trastornos mentales, abuso de sustancias, estrés, estigma, asesoramiento, y medición de la salud mental (Hernández-Torrano et al., 2020).

En extensa revisión sistemática Worsley et al. (2022) repasan 27 revisiones, muchos de ellos metaanálisis, sobre intervenciones para mejorar la salud mental del alumnado universitario. Agruparon sus hallazgos en las categorías que se pueden observar en la figura 3, según el tipo de intervención.

Figura 3.

Tipos de intervenciones dirigidas a estudiantes universitarios



Nota: Figura de elaboración propia a partir de los trabajos citados.

Se encontró que las **intervenciones cognitivo-conductuales** (TCC), así como, la reducción del estrés basada en la atención plena, la reestructuración cognitiva y la terapia de resolución de problemas, son efectivas para reducir los síntomas de ansiedad y depresión entre los estudiantes universitarios, lo que también es compatible con los resultados de revisiones sistemáticas y metaanálisis (Cuijpers et al., 2016; Dawson et al., 2020; Halladay et al., 2019; Worsley et al., 2022). El impacto de las intervenciones basadas en mindfulness se explorará en un capítulo posterior (Véase: Mindfulness y compasión en el alumnado universitario. pg. 89). En general, las TCC mostraron un impacto psicológico positivo en la salud mental del estudiantado en concreto se estudió sobre todo su incidencia sobre la ansiedad y la depresión, obteniendo en ambos casos reducciones significativas de la sintomatología. (Conley et al., 2015; Cuijpers et al., 2016; Huang et al., 2018; Winzer et al., 2018).

Los **programas de intervención psicoeducativa** no se ha encontrado una fuerte efectividad en los mismos. Conley et al. (2015) encontraron que las intervenciones psicoeducativas eran menos efectivas que las intervenciones de relajación, las intervenciones cognitivo-conductuales, las intervenciones de atención plena y la meditación. En suma, los efectos de este tipo de intervenciones han resultado ser menos duraderos a medio y largo plazo (Winzer et al., 2018). Se destaca también las intervenciones de alfabetización en salud mental. Por ejemplo, diferentes centros universitarios ofrecen programas para mejorar la alfabetización en salud mental, desarrollar habilidades para identificarse a sí mismos y manejar el estrés, y promover la búsqueda de ayuda, pero los resultados han sido pobremente evaluados (Kelly et al., 2007; Stallman, 2011); a pesar de que, se ha visto mejoras en algunas variables como la ayuda a otras personas por causas de salud mental o mejores relaciones interpersonales con las personas que las sufren, estos datos son todavía preliminares, hace falta mucha más investigación sobre este campo y estudios de mayor calidad (Lo et al., 2018; Tay et al., 2018).

En cuanto a **los programas recreativos**; donde podemos clasificar distintos programas de ejercicio físico, danza, arte, yoga, etc.; aunque no mostraron tanta efectividad como los TCC o los programas basados en mindfulness, sí que conseguían reducir la sintomatología ansiosa y depresiva en la población universitaria (Huang et al., 2018). Se encontró que las intervenciones de ejercicio físico tuvieron resultados efectivos para reducir síntomas depresivos en el estudiantado universitario (Worsley et al., 2022).

Las **técnicas de relajación** últimamente han sido relegadas a un segundo plano, para dar paso a nuevas técnicas como las TCC o las intervenciones basadas en mindfulness, sin embargo aún se puede encontrar estudios recientes que respaldan (Dehghan-nayeri

& Adib-Hajbaghery, 2011; Dolbier & Rush, 2012). Conley et al. (2013) encontraban que tanto los programas de TCC como los programas basados en mindfulness han demostrado una eficacia superior a las técnicas de relajación para el estudiantado.

Otras de las intervenciones encontradas en la literatura son las intervenciones basadas en los entornos. Fernández et al. (2016) realizaron una revisión sobre este tipo de intervenciones, las estrategias que mostraron ser más prometedoras para promover el bienestar mental incluyeron cambios en la forma en que se enseña y evalúa a los estudiantes. Los autores señalaron que la evidencia no era concluyente y que se necesitaba más investigación para dilucidar la efectividad de las estrategias que promueven entornos físicos, sociales y académicos de apoyo. En esta línea, Upsher et al. (2022) recopilan los últimos hallazgos sobre programas integrados en el currículo para mejorar el bienestar de los estudiantes universitarios, los investigadores observaron que la evidencia sobre programas efectivos era deficiente debido a que el tipo de intervenciones era heterogéneo, principalmente con poca potencia y con un alto riesgo de sesgo de evaluación, además, no todos los estudios incluyeron grupos de control. Se destaca el papel de las universidades en dar suficiente información al alumnado sobre los servicios de salud disponibles en su institución, así como los costes, la forma de solicitarlo, la confidencialidad, la eficacia de las intervenciones disponibles, etc. (Eisenberg et al., 2007).

Existe evidencia de intervenciones que están centradas en mejorar el manejo del estrés de la población universitaria. Amanvermez et al (2020) realizaron una revisión y metaanálisis para conocer la efectividad de estas intervenciones para la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión y encontraron efectividad para las tres condiciones, tanto en aquellas muestras de estudiantes que se seleccionaron por que mostraban altos

niveles de estrés como en aquellas que no fueron seleccionadas. Además, estos cambios se mantenían a largo plazo (seguimiento a 12 meses).

El último tipo de intervenciones seleccionada no tiene que ver con el contenido de los programas si no con el formato de la intervención y es que existe evidencia sobre el impacto de las intervenciones administradas a través de la tecnología. Davies et al. (2014) realizaron una revisión sistémica y metaanálisis, encontraron efectos significativos de las intervenciones frente a control inactivo, pero no hubo significancia en los cambios cuando se comparaban con el control activo ni en depresión, ni ansiedad. Puede ser que la existencia de apoyo personal ya sea telemático o presencial, durante la intervención prediga mejores resultados de las intervenciones virtuales (Conley et al., 2016). La eficacia de las TCC a través de las tecnologías es la que parece tener una evidencia más sólida en la mejora de la depresión y la ansiedad, mientras que el uso de herramientas tecnológicas para la aplicación de otras terapias cuenta con una eficacia preliminar (Harrer et al., 2019; Lehtimaki et al., 2021).

Para concluir, se resalta que proporcionar las herramientas psicológicas necesarias al alumnado universitario es una forma prometedora de mejorar aspectos como la resiliencia y minimizar los riesgos de padecer problemas psicológicos (Sharp & Theiler, 2018; Sheldon et al., 2021). Karyotaki et al. (2020) concluyeron que entre el 47 % y el 80 % de la prevalencia de 12 meses de los trastornos podría reducirse si se desarrollaran intervenciones de prevención del estrés para bloquear las asociaciones del estrés con los resultados de salud mental. Es reseñable también la evidencia de que la existencia de práctica supervisada dentro de los programas de intervención se asocian con resultados más significativos que aquellos programas que no la tienen (Conley et al., 2015; Rith-Najarian et al., 2019).

Durante este apartado, se ha abordado en profundidad la salud mental de la población universitaria. Se ha puesto en relieve los principales retos de esta etapa que pueden causar problemas a nivel psicológico y cuáles son los principales problemas de salud mental que encontramos en esta población. Además, se ha detallado cual es el estado actual de la intervención psicológica que se está llevando a cabo con el estudiantado universitario.

A continuación, se da paso al siguiente apartado, donde se va a tratar de profundizar en las terapias de tercera generación. Se profundizará en mindfulness, por ser muy afín a la compasión, en términos de psicoterapia, y exponiendo después en mayor profundidad la terapia de compasión y en concreto el programa de compasión basado en los estilos de apego (ABCT), del cual vamos a probar su efectividad en el presente estudio.

3 MINDFULNESS Y COMPASIÓN

En los últimos años, ha habido un número creciente de estudios sobre la llamada 'tercera ola' de técnicas psicológicas cognitivo-conductuales (TCC). Bajo este término se desarrolla un conjunto de TCC que representan una innovación respecto a las anteriores. A través de la promoción de la aceptación, la atención plena, la defusión cognitiva y la compasión, estas terapias buscan cambiar la función de la experiencia para el individuo con el fin de mejorar el bienestar (Hayes et al., 2006). En concreto nos vamos a centrar en mindfulness, porque es la más estudiada y la que más se ha aplicado al contexto universitario y después profundizaremos en la terapia de compasión, contextualizándola, y viendo los antecedentes hasta llegar al programa que nos ocupa en este trabajo.

3.1 Terapias de tercera generación

La "primera ola" en psicología llegó con las terapias conductuales, se enfocó en técnicas que buscaban cambios directos mediante el condicionamiento clásico y el aprendizaje operante, pero estas terapias no podían explicar adecuadamente la complejidad del lenguaje, la conducta humana y la cognición, lo que llevó a la necesidad de considerar que existían también pensamientos, emociones, y procesos mentales (Hayes, 2004).

Las "terapias de segunda generación" cognitivo-conductuales, surgieron en las décadas de 1960 y 1970, se centraron en abordar los procesos cognitivos que mediaban entre el estímulo, y la conducta; su enfoque principal fue el de la teoría del procesamiento de la información, y sus esfuerzos teóricos y metodológicos se aunaban para clasificar y tratar la patología mental, que según esta perspectiva son debidos a deficiencias en los procesos y estructuras del pensamiento, y los esfuerzos terapéuticos irán enfocados a

modificar esas deficiencias para conseguir aliviar los síntomas psicológicos y conseguir modificaciones en las conductas disfuncionales (Carvalho et al., 2017; Hayes, 2004).

En los años 90, apareció el término "terapia de tercera generación" o "tercera ola" acuñado por Hayes (2004), esta corriente reformula y sintetiza enfoques anteriores, y se aproxima también a tradiciones clínicas más antiguas. Estas terapias se caracterizan por su enfoque menos centrado en la reducción directa de síntomas psicológicos, considerándolos un beneficio secundario. Se basan en un modelo contextual, centrado en tres dimensiones interconectadas: el entorno, la relación terapéutica y la persona (Carvalho et al., 2017; Hayes, 2004; Pérez-Álvarez, 2012). Algunas de las más importantes TCC de tercera ola se exponen en la **tabla 1** (Carvalho et al., 2017; Dimidjian et al., 2016; Pérez-Álvarez, 2012). Estos programas tienen objetivos distintos pero elementos en común como que se centran en la experiencia humana y el contexto, y manejan procesos cognitivos o emocionales como la vergüenza, la autocrítica, la aceptación, o la defusión cognitiva (Carvalho et al., 2017).

Las terapias de tercera ola han demostrado resultados prometedores en diferentes áreas relacionadas con la salud y el bienestar psicológico de las personas, aunque todavía es un enfoque reciente y se necesita recabar más datos que respalden la evidencia y demuestren la eficacia superior respecto a otras terapias (Carvalho et al., 2017). Entre estas técnicas psicológicas, las intervenciones basados en mindfulness (IBM) son los que más evidencia atesoran (Grossman et al., 2004; Khoury et al., 2015; Spijkerman et al., 2016), se han estudiado predominantemente para la prevención y el tratamiento de los síntomas depresivos o de ansiedad, y también se han utilizado en la práctica clínica durante más tiempo (Cladder-Micus et al., 2018; Goldberg et al., 2018; Parsons et al., 2017). Por lo tanto, en el siguiente apartado se va a explicar que es mindfulness,

se verán los principales programas basados en mindfulness y qué relación tiene mindfulness con la compasión.

Tabla 1

Principales programas de terapia cognitivo-conductual de tercera generación

Siglas (inglés)	Nombre del programa	cita
MBSR	Reducción del estrés basada en mindfulness	(Kabat-Zinn, 1982)
MCBT	Terapia cognitivo-conductual basada en mindfulness	(Segal et al., 2002)
DBT	Terapia dialéctico conductual	(Linehan, 1993)
ACT	Terapia de aceptación y compromiso	(Hayes et al., 1999)
CFT	Terapia centrada en la compasión	(Gilbert, 2009a)
FAP	Psicoterapia analítica funcional	(Kohlenberg & Tsai, 1991)
BA	Activación conductual	(Jacobson et al., 1996)
IBCT	Terapia integrativa-conductual de pareja	(Jacobson & Christensen, 1998)
MBRP	Prevención de recaídas basado en mindfulness	(Bowen et al., 2009)
MB-EAT	Entrenamiento en alimentación consciente	(Kristeller & Hallett, 1999)

Nota: elaboración propia a través de los trabajos citados.

3.2 Mindfulness

3.2.1 Definición y origen

El concepto de Mindfulness, también traducido como "atención" o "conciencia plena", tiene sus raíces en las tradiciones orientales y ha experimentado una gradual incorporación en la cultura y la ciencia occidental en las últimas décadas (Shapiro & Weisbaum, 2020; V. M. Simón, 2010). La palabra "Mindfulness" proviene de la traducción del término "sati", que tiene sus orígenes en la tradición budista y se encuentra en el idioma pali, utilizado para registrar los discursos de Buda (García-Campayo & Demarzo, 2015; R. D. Siegel et al., 2009). "Sati" abarca la idea de conciencia, atención enfocada y recuerdo, y tiene como objetivo principal la eliminación del sufrimiento innecesario al fomentar la introspección mental (R. D. Siegel et al., 2009).

Gethin (2011), recoge en su trabajo las primeras traducciones que se dan del término *sati* al inglés, que datan del año 1872. En este texto se hace una relación entre el término *sati* y otros afines con el concepto de mindfulness, que están recogidos en los textos budistas clásicos, y se demuestra así la gran variabilidad del término. Entre los términos con los que se encuentra asociación están: recordar, reminiscencia, memoria, acordarse, tener en la mente, no olvidar, o ausencia de superficialidad (Gethin, 2011).

En el contexto occidental, el concepto de mindfulness fue popularizado por John Kabat-Zinn en 1978, quien desarrolló un programa llamado "Mindfulness-Based Stress Reduction" (MBSR), que se traduciría como "Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena". Este programa se creó en la Universidad de Massachusetts y tenía como objetivo principal ayudar a aliviar el estrés y manejar el dolor, a través de la

práctica de mindfulness, a las personas que padecían de dolor crónico (Bishop et al., 2004; García-Campayo & Demarzo, 2015). A partir de este momento, paulatinamente mindfulness se ha ido incorporando a la práctica terapéutica en diversos entornos relacionados con las ciencias médicas y la salud mental (Baer et al., 2006). Además, su aplicación se extendió a campos como la educación, donde se convirtió en una herramienta ampliamente utilizada, contribuyendo al bienestar y la salud mental en esta área (García-Campayo et al., 2017)

Existen numerosas definiciones que distintos autores relevantes atribuyen al término de mindfulness o atención plena. Algunas de estas definiciones se encuentran en la **Tabla 2**.

Tabla 2

Definiciones de mindfulness

Autor	Definición
Rahula (1965)	“Consiste simplemente en observar, contemplar y examinar. Y el papel que asumimos no es el de juez, sino el de científico”
Watts (1957)	“Total claridad y presencia de la mente, activamente pasiva, en la que los sucesos vienen y van como reflejos en un espejo”
Nhat Hanh (1975)	“Mantener viva la propia consciencia focalizada en la realidad presente”
Kabat- Zinn (1994)	“la capacidad de prestar atención de una forma particular: con propósito, en el momento presente y sin juzgar”
Germer (2005)	“Darse cuenta de la experiencia presente con apertura y aceptación”

Kabat- Zinn (2003)	“la conciencia que surge al prestar atención de forma intencional al momento presente, sin juzgar el despliegue de la experiencia momento a momento”
Baer (2003)	“Observación no enjuiciadora del fluido continuo de los estímulos, tanto internos como externos, a medida que ellos se presentan”
Bishop et al. (2004)	“Proceso de regulación atencional en el que no se elaboran pensamientos sobre la experiencia que ocurre en el momento presente, con una orientación a la curiosidad, apertura y aceptación de la que se obtiene el autoconocimiento”
Siegel (2010)	“Despertarse de una vida en piloto automático y ser sensible a la novedad en nuestras experiencias cotidianas”.
Germer (2011)	“Darse cuenta de la experiencia presente con apertura y aceptación”

Nota. Adaptado de *Mindfulness y compasión: la nueva revolución*, por J. García-Campayo y M.M. Demarzo, 2018, Siglantana; y *Mindfulness nuevo manual práctico: El camino de la atención plena*, por J. García-Campayo, 2019, Siglantana.

Cabe reseñar el amplio espectro del concepto mindfulness, no solo en sus múltiples definiciones, sino también en que abarca diferentes aspectos relacionados entre sí: (1) un constructo teórico que puede ser un rasgo o un estado que poseen las personas, con variabilidad de una persona a otra, que puede ser medido a través de cuestionarios estandarizados, y se asocia con estados psicológicos positivos y mayor salud mental; (2) un conjunto de prácticas y técnicas que se aprenden y que permiten desarrollar un mayor estado de atención plena; por último, (3) un proceso psicológico que describe un

estado de la mente que destaca por la observación, la atención y el no-juicio del momento presente (Baer et al., 2006; Bishop et al., 2004; C. K. Germer, 2011).

3.2.2 Elementos fundamentales

A pesar de la amplia cantidad de definiciones que encontramos, podemos extraer algunos elementos que tienen en común muchas de ellas, y que se consideran fundamentales para entender el concepto, estos aspectos son: (1) la capacidad de estar atento, (2) al momento presente, (3) con aceptación y (4) intencionalmente; se profundiza más en cada uno de estos componentes en la **Tabla 3** (García-Campayo, 2019b)

Tabla 3

Componentes comunes en las definiciones de mindfulness

Capacidad para estar atento:

La persona no se encuentra en un estado de ensoñación, somnolencia o relajación. Más bien se encuentra con una actitud despierta, y centrada en lo que está surgiendo en cada momento.

En el presente:

Con frecuencia la mente de las personas se encuentra centrada en el pasado (común en la depresión), o en el futuro (común en los trastornos de ansiedad). Con mindfulness la mente se encuentra en el aquí y el ahora conectado al cuerpo, dado que este siempre se encuentra en el presente.

Con aceptación:

Desde la práctica de mindfulness la experiencia que surge no debe ser juzgada o criticada, si no

que se debe observar desde la curiosidad y el no-juicio. Uno de los puntos clave para llegar a un estado mindfulness es que haya aceptación radical de la experiencia, no queriendo que fuera distinta a tal cual es.

Intencional:

Para una mente no entrenada la práctica de mindfulness supone un acto intencionado. Aunque con el paso del tiempo la práctica de mindfulness puede ser integrada como el estado natural de la mente, hasta llegar a automatizar este proceso la práctica debe implicar la intención de la persona de estar en un estado de atención plena.

Nota: elaboración propia. Adaptado de (García-Campayo, 2019b)

Además de los grandes esfuerzos por definir y contextualizar el constructo, también se ha estudiado sobre los distintos mecanismos de acción mediante los cuales la práctica de mindfulness provoca los cambios que se pueden observar en la conducta y la salud mental de las personas que llevan a cabo este aprendizaje.

3.2.3 Mecanismos de acción

Los beneficios que aporta la práctica de mindfulness han suscitado interés. Desde el ámbito científico se ha intentado dar una explicación de cuáles son los mecanismos a través de los cuales la práctica produce los cambios observables, de hecho, es la línea de estudio de los mecanismos y moderadores una de las más explotadas en la actualidad (Baminiwatta & Solangaarachchi, 2021). La explicación del funcionamiento de la práctica de mindfulness ayudará a desarrollar intervenciones específicas y a guiar a los facilitadores en cómo y que enseñar de la técnica. Bishop et al. (2004) sugiere un modelo que subdivide mindfulness en dos componentes principales que son (1) la autorregulación y (2) la orientación abierta hacia la experiencia. Más autores han

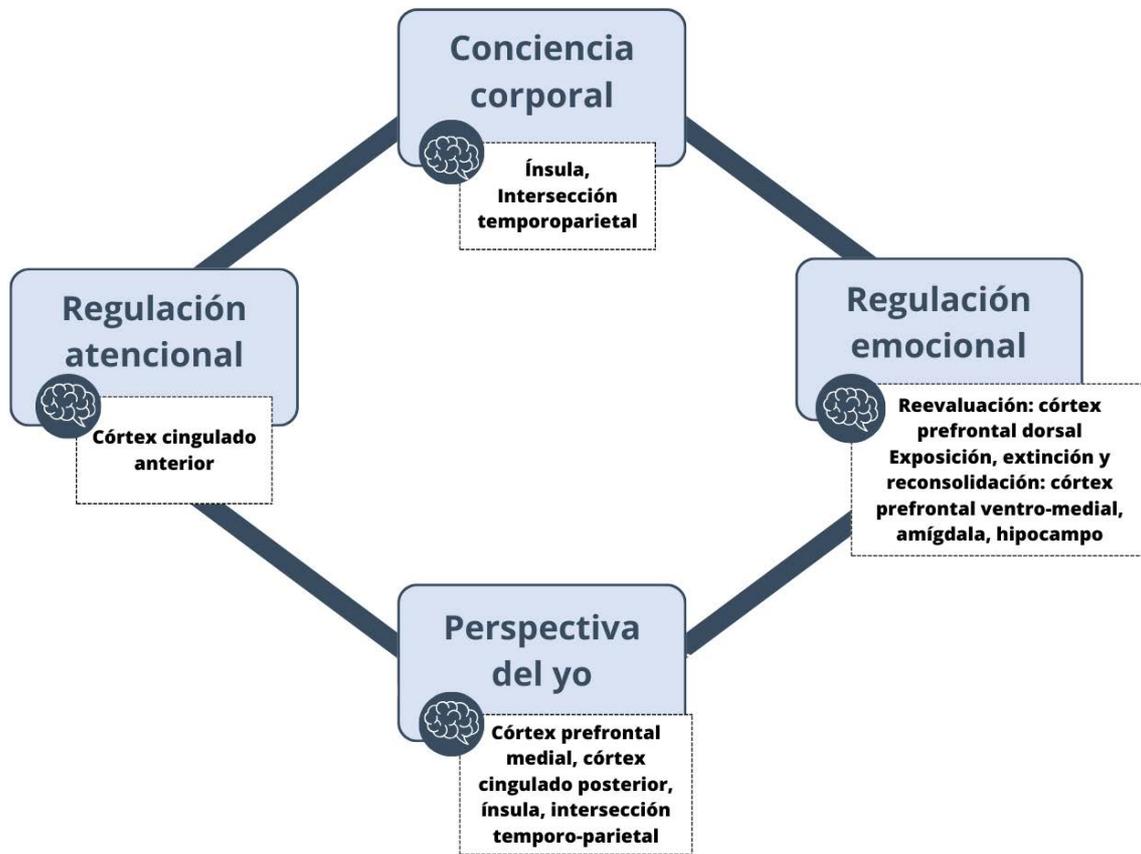
realizado modelos detallados de cuáles son los factores de cambio, como Teasdale et al. (2002), anterior a Bishop, con su modelo de metacognición, el modelo de Fletcher y Hayes (2005) focalizado en la defusión cognitiva, el de Fletcher et al. (2010) y Lutz et al. (2008) que se centra en los cambios a nivel neurofuncional, el modelo de la disminución de la rumiación de Deyo et al. (2009), el de Carmody et al. (2009) asociado a la modulación atencional, o más reciente el modelo de Kudesia y Nyima (2015), que pretenden integrar el enfoque budista y neuropsicológico de la cognición, o el de Lindsay y Creswell (2017) que proponen el modelo de la teoría del monitoreo y la aceptación.

Se va a presentar más detenidamente el modelo de Hölzel et al. (2011) que, hasta el momento, es el que cuenta con mayor evidencia científica. Los componentes que propone este modelo para describir los mecanismos a través de los cuales funciona el Mindfulness, son los siguientes (ver Figura 4): (1) la regulación atencional, (2) la conciencia corporal, (3) la regulación emocional y (4) el cambio en la perspectiva del yo.

- **Regulación de la atención:** implica el entrenamiento de la mente para enfocarse en las experiencias internas y externas que se encuentra en el presente, al mismo tiempo que se observa y se dejan ir las posibles distracciones que aparezcan y alejan la atención del punto de anclaje.
- **Conciencia corporal:** es la capacidad del individuo de ser más consciente de las sensaciones corporales (respiración, ritmo cardíaco, tensión muscular, etc.), y por lo tanto obtener más información sobre las reacciones corporales del cuerpo ante determinados estímulos o eventos.

Figura 4

Mecanismos de acción de mindfulness



Nota: Adaptado de “How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective”, Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., y Ott, U., 2011, Perspectives on Psychological Science, 6(6), 537–559.

- **Regulación emocional:** este componente contiene dos aspectos, el primero de ellos es la reevaluación, que implica comprender de una forma más positiva la experiencia emocional, aceptándola tal y como es y sin juzgarla. En segundo lugar, tendríamos la exposición, extinción y reconsolidación; es el proceso mediante el cual observamos las emociones como un objeto más de la experiencia, el cual podemos observar sin tener que reaccionar a él de forma inmediata.

- **Cambios en la perspectiva del yo:** conforme avanza la práctica de mindfulness el individuo va alejándose de la visión de sí mismo que es estática e inmutable, eso le permite reducir el juicio sobre sí mismo y el diálogo autocrítico.

Según estos autores, cada uno de ellos entra en juego en distintos momentos y niveles de práctica, todos los componentes interactúan entre sí para obtener los beneficios de la práctica. Además, este modelo, pone en relevancia los mecanismo neurales que subyacen a cada uno de los componentes, ya que se ha visto que todos ellos tienen áreas específicas del cerebro relacionadas (Hölzel et al., 2011) (véase Figura 4).

3.2.4 Intervenciones basadas en mindfulness y su efectividad

Como se ha expuesto con anterioridad, las prácticas meditativas tradicionales fueron poco a poco adaptadas para su uso secular, y fueron formándose distintos programas de intervención que hoy en día están disponibles tanto en entornos médicos como de salud mental (Baer et al., 2006). La investigación científica y la aplicación de mindfulness se ha ido ampliando a otros ámbitos como el deporte, la empresa, incluyendo también el ámbito de la educación, donde en los últimos años ha ido acumulando una gran evidencia (García Campayo & Demarzo, 2018; García-Campayo et al., 2017). Desde entonces ha ido aumentando la evidencia sobre la efectividad de los programas de mindfulness en distintos aspectos de salud tanto física como psicológica (Khoury et al., 2015).

Ya se ha abordado con anterioridad que Kabat-Zinn fue uno de los primeros autores que trajo mindfulness a occidente. Fue el creador del primer protocolo de mindfulness enfocado al ámbito terapéutico, el MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) (Kabat-Zinn, 1982), y este fue acompañado unos años después por el protocolo MBCT

(Mindfulness-Based Cognitive Therapy) (Segal et al., 2002)., que se solapa en su mayor parte con el MBSR pero incluye elementos de defusión cognitiva. Hoy en día la lista de protocolos estandarizados que cuentan con una sólida evidencia científica es mayor. En la tabla 4 se exponen los más relevantes según García-Campayo y Demarzo (2018).

Tabla 4

Programas estructurados de mindfulness

Programa	Autores	Población objetivo	Numero de sesiones (duración) y práctica
MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction)	(Kabat-Zinn, 1982, 1990)	Origen: Dolor crónico. Otras enfermedades crónicas: hipertensión, sordera, ansiedad, estrés, etc.	8 sesiones semanales 2h/sesión grupal 45 min de práctica diaria
MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy)	(Segal et al., 2002)	Depresión mayor recurrente	8 sesiones semanales 2h/sesión grupal 45 min de práctica diaria
MB-EAT (Mindfulness-Based Eating),	(Kristeller & Hallett, 1999; Kristeller & Johnson, 2005; Kristeller & Wolever, 2013)	Población general	12 sesiones grupales 1h a 2h/sesión semanal 20 min práctica diaria
MBRP (Mindfulness-Based Relapse Prevention for addictive behaviours)	(Bowen et al., 2011)	Pacientes con trastornos por abuso de sustancias	8 sesiones semanales 2h/sesión grupal Práctica diaria
MBEC Mindfulness-Based Elder Care	(McBee, 2008)	Población anciana y sus cuidadores	45 min/sesión grupal Grupos pequeños Semanal Práctica diaria
MBCP Mindfulness-Based Childbirth and Parenting	(Bardacke, 2012)	Mujeres embarazadas y el otro progenitor o progenitora.	9 sesiones grupales 3h/ sesión semanal Práctica diaria

Nota: Elaboración propia a través de los trabajos citados

Estos, entre otros, son algunos protocolos disponibles, que tienen un manual publicado, cuentan con formaciones específicas para sus facilitadores y se acogen a las premisas establecidas, en número de sesiones o contenidos con el MBSR y MBCT. Existen otros programas que no cumplen todos estos criterios o que no son tan similares a los programas de MBSR o MBCT.

En ocasiones, por el contexto en el que se utilizan los programas, la adaptación cultural, el tipo de población o por el énfasis en ciertos aspectos terapéuticos es más recomendable usar algún otro MBI, siempre que se mantengan unos buenos criterios de calidad (Crane et al., 2016). García Campayo & Demarzo (2018) resumen los criterios en tres: a) La duración de la intervención: sea mínimo de 8 sesiones o 4 para protocolos breves; b) los contenidos de dicha intervención: el programa este fundamentado en unas buenas bases teóricas y c) la formación del profesional que ofrece la intervención: el instructor debe estar bien formado y encarnar las cualidades que pretende transmitir.

Aunque los contenidos de cada MBI pueden cambiar y sufrir adaptaciones, mindfulness se desarrolla a través de prácticas formales e informales de meditación.

Las medicaciones formales son aquellas en las que la persona dedica un tiempo predeterminado a entrenar la mente, eligiendo una práctica y preparándose para ello, adquiriendo una postura y un ambiente determinado. Entre estas prácticas encontramos la práctica de la uva pasa, la meditación sentada, el *body scan* o escáner corporal, la meditación caminando o los movimientos conscientes (García-Campayo, 2019b; García-Campayo & Demarzo, 2015).

El cultivo de la atención plena también puede trabajarse a través de la práctica informal, cuyo objetivo es incorporar la atención plena a la cotidianidad del día a día, por

ejemplo en los momentos de aseo, de espera, de descansos, en los desplazamientos, o en los momentos de la comida (García-Campayo, 2019b).

3.2.5 Eficacia de las IMB

Tras varias décadas de investigación científica sobre los programas basados en mindfulness, hay cada vez más investigaciones sobre la aplicación de este tipo de programas, tanto en población clínica como en población general. Son varios los metaanálisis que han concluido que las intervenciones basadas en mindfulness ayudan a las personas a afrontar sus problemas de estrés, ansiedad y depresión (Baer, 2003; Eberth & Sedlmeier, 2012; Hofmann et al., 2010)

En contextos clínicos, mindfulness ha obtenido resultados prometedores para mejorar las patologías relacionadas con los trastornos de depresión y ansiedad. Hofmann et al, (2010) en su metaanálisis sobre el tema observan tamaños del efecto excelentes, sólidos y que se mantuvieron en el tiempo, según muestras los resultados de los seguimientos.

Son destacables los buenos resultados que obtiene mindfulness para la depresión, en concreto el programa MBCT que ha sido evaluado en numerosos estudios controlados aleatorizados (ECA) que están recogidos en el metaanálisis de Kuyken y sus colaboradores (2016), que concluyen que esta intervención es eficaz en la reducción de las recaídas en la depresión. Como ejemplo de cómo se ha materializado esto, podemos ver que la guía del Instituto Nacional de Salud y Excelencia en la Atención (NICE) del Reino Unido recomienda el MBCT para la prevención de recaídas en la depresión (Kendrick & Pilling, 2012), por delante de cualquier otra terapia.

En otras áreas de salud mental se ha probado su eficacia por ejemplo en los trastornos psicóticos (Khoury et al., 2013) o lo trastornos por abuso de sustancias (Bowen et al., 2014;

Grant et al., 2017); también se han mostrado efectos positivos en la salud mental y física de pacientes de cáncer, dolor crónico, enfermedades cardiovasculares, y otras condiciones de salud (Bohlmeijer et al., 2010; Grossman et al., 2004; Hilton et al., 2017; Scott-Sheldon et al., 2020). Aunque estos estudios son prometedores, se deben coger con cautela, ya que en los mismos se resalta la importancia de desarrollar más investigación en el área.

En cuanto a la población general, la evidencia resalta que los IBM pueden actuar como protector antes problemas psicológicos en poblaciones sanas de adultos y niños (Khoury et al., 2015; Querstret et al., 2020). Entre estos beneficios encontramos la reducción de la ansiedad y el estrés, el aumento de la empatía, compasión y espiritualidad (Grossman et al., 2004)

Destaca el trabajo de Galante et al. (2021) que realizaron una revisión y metaanálisis de ECA, para comprobar los efectos de los IBM en poblaciones no clínicas. En comparación con los grupos de control pasivo, las MBP redujeron la angustia promedio entre 1 y 6 meses después de la intervención con un tamaño del efecto pequeño a moderado (SMD -0,32; IC 95% -0,41 a -0,24; $P < 0,001$; sin heterogeneidad). Por lo tanto, Los autores afirman que los IBM obtienen buenos resultados en la reducción de la ansiedad, el estrés y la depresión en comparación con no hacer nada. Sin embargo, encontraron que los estudios con control activo muestran resultados heterogéneos y tienden a ser estudios de mala calidad, por lo tanto, no se puede afirmar que sean más efectivos que otras intervenciones.

En necesario ser cautelosos, se necesita una investigación de mayor calidad metodológica y que discrimine a que tipo de población pueden beneficiar este tipo de intervenciones y, quizás, sea bueno focalizarse en aquellos grupos poblacionales que sufren más estrés (Galante, Friedrich, et al., 2021)

Con este auge de la investigación y los buenos resultados obtenidos en el ámbito de la salud han surgido diferentes áreas de aplicación que incluyen los contextos educativos. En apartados posteriores se analizará el ámbito universitario específicamente, pero en general, la evidencia pone en relieve que esta aplicación ha ido por delante de los resultados científicos y que aunque se han obtenido resultados prometedores, aún queda trabajo por hacer para demostrar la efectividad de los MBI en población infantil y adolescente, ya que mucha de la investigación que encontramos es de baja calidad metodológica y en muchas ocasiones no se pueden sacar conclusiones ni generalizaciones (Dunning et al., 2022).

Uno de los componentes implícitos de los IBM es la compasión, incluso aunque no se enseñe explícitamente, sí que se profundiza en la importancia de ser compasivo y amable con uno mismo, y se ha visto que tanto MBSR o MBCT aumentan la compasión (Kuyken et al., 2010; D. Siegel, 2010).

3.2.6 Relación entre mindfulness y compasión

En las tradiciones budistas la práctica de la compasión es anterior incluso al desarrollo de la atención, ya que se considera que es la única motivación adecuada para llevar a cabo la práctica meditativa, y se considera altamente difícil conseguir estados meditativos profundos si no se dedican al menos unos minutos de la práctica a la compasión (García Campayo & Demarzo, 2018). Para el budismo, mindfulness y compasión se consideran las dos alas del pájaro de la sabiduría, por lo que se practican de forma conjunta y se refuerzan la una a la otra (García-Campayo, 2019a).

La experiencia de los grupos occidentales de formación en prácticas meditativas es la misma, y se puede decir que tanto la práctica de compasión como la práctica de

mindfulness se favorecen mutuamente (García Campayo & Demarzo, 2018), para realizar las prácticas de compasión hace falta unos niveles mínimos de atención que se obtienen con la práctica de mindfulness (García-Campayo, Cebolla, et al., 2016), por esto las primeras prácticas de los programas de compasión suelen ser prácticas de atención compasivas y *body scan* compasivo que pretenden ir desarrollando mindfulness y disminuir el vagabundeo de la mente, mientras se asocia con una actitud compasiva de base.

Mientras que mindfulness aborda la experiencia del momento presente, con aceptación y ayuda a la persona a percibir el dolor o malestar conscientemente, la autocompasión podría mantener una actitud amable, cariñosa y de cuidado hacia una misma en medio de esa situación de dolor (García-Campayo, Cebolla, et al., 2016; C. K. Germer, 2005).

En la práctica de la atención plena la persona está entrenado para observar sus pensamientos, emociones y percepciones en el momento presente con una actitud amable y sin prejuicios, por otro lado, en la bondad amorosa y la compasión, la persona orienta intencionalmente sus estados motivacionales, emocionales y cognitivos para fomentar experiencias más armoniosas y amorosas, con uno mismo y con las demás personas (Brito-Pons et al., 2018).

En las IBM, la compasión debe constituir la base actitudinal que se fomente durante la práctica meditativa. Esta actitud debe ser ejemplificada y transmitida por la persona instructora (Neff & Dahm, 2015). La instructora debe convertirse en un modelo a seguir en cuanto a la actitud compasiva con la que las personas deben enfrentarse a sus experiencias. Queda por comprobar la efectividad de terapias que se focalicen en enseñanzas explícitas de compasión y autocompasión y su relación con el bienestar.

3.3 Compasión

Como se ha descrito, tanto mindfulness como compasión son dos componentes importantes dentro de las terapias de tercera generación, y es cada vez más común verlos juntos o por separado en programas de intervención psicológica.

En concreto, los programas explícitos de compasión se han utilizado de forma terapéutica en occidente desde que Paul Gilbert (2009a) estructuró el primer protocolo, la Terapia Centrada en la Compasión (CFT, por sus siglas en inglés). Desde la psicología, se propone que la compasión es un constructo psicológico que comprende aspectos afectivos, cognitivos, y comportamentales (Goetz et al., 2010). Se va a describir ampliamente el concepto de compasión y se expondrán las evidencias sobre esta herramienta terapéutica reciente.

3.3.1 Antecedentes históricos

La compasión ha estado presente en multitud de culturas y religiones a lo largo de la historia (Spikins, 2017). Sin embargo, es necesario explorar los matices que le han dado las diferentes interpretaciones en cada una de las tradiciones religiosas, filosóficas y culturales ya que esto ha marcado la evolución de su significado (García-Campayo, 2019a).

En la tradición budista la compasión es considerada una respuesta al sufrimiento humano, un sufrimiento que es inevitable e inherente a la condición humana pero que puede abordarse de manera más efectiva a través de la compasión (Feldman & Kuyken, 2011). En la psicología budista, la compasión es una de las cuatro cualidades de la mente que se considera que contribuye al bienestar psicológico, esto son llamados “los cuatro *Brahmaviharas*”, los otros son la alegría empática, la bondad y la ecuanimidad.

La compasión en la tradición oriental tiene que ver con *Karuna*, palabra en sánscrito, que se utiliza tanto en las tradiciones hinduistas, budistas y en la escuela Zen y significa «acción compasiva» y hace referencia a «cualquier acción encaminada a disminuir el sufrimiento ajeno» (García-Campayo, 2019a).

En la Grecia clásica, podemos encontrar distintas referencias a favor y en contra de la compasión. Para algunos filósofos de la época la autocompasión era un acto de egoísmo y debilidad, como por ejemplo Platón o Spinoza; otros evidenciaban que la compasión se entendía como el dolor o la aflicción que surge cuando alguien sufre injustamente, como por ejemplo Aristóteles o Cicerón. Esto último ha influido en gran medida en la interpretación actual en Occidente e implica que la compasión solo debe mostrarse por aquellos en los que el sufrimiento es inmerecido, pero si alguien se merece el dolor no debería obtener compasión (García-Campayo, 2019a).

García-Campayo et al. (2016) apuntan que la principal diferencia entre las interpretaciones de diferentes tradiciones culturales reside en si se comprende la compasión como un sentimiento irracional o como un componente cognitivo, que por tanto se puede trabajar y desarrollar a través de programas de entrenamiento. Feldman y Kuyken (2011) argumentan que los momentos de compasión no deben ser considerados fortuitos, sino que podemos aprender a cultivar la compasión de manera consciente.

Al comienzo del siglo XXI, en la sociedad occidental, la palabra "compasión" a menudo venía cargada de connotaciones negativas, y se evitaba su uso en títulos de investigaciones y libros debido a la reticencia en la población hispanohablante (García-Campayo, 2019a; Schantz, 2007). Esto se debía a la asociación de la compasión con la

lástima, un sentimiento que se consideraba poco equitativo y que generaba emociones de huida o evitación, aumentando el sufrimiento (García-Campayo, 2019a).

La autocompasión es especialmente problemática en la cultura occidental, mientras que es mucho más aceptada en la cultura oriental (Neff, 2004). En occidente se espera que uno sufra junto a un ser querido que está pasando por dificultades, y la falta de este sufrimiento se interpreta como egoísmo (García-Campayo, 2019a). Sin embargo, la práctica de la compasión, como se entiende en la tradición budista, puede llevar a una sensación de felicidad en la persona que la practica y puede ser uno de los mecanismos de afrontamiento más útiles (Neff & Germer, 2017).

3.3.2 Definición y modelos teóricos

Como se ha expuesto, a lo largo de la historia en occidente, se ha heredado una ambigüedad en el término compasión. En el ámbito científico también nos encontramos con que hay una falta de acuerdo sobre la definición conceptual del constructo teórico y existen diversas definiciones de diferentes autores (véase tabla 5).

La palabra “compasión”, etimológicamente, tiene sus orígenes, en nuestra lengua, en la raíz latina com-pati (sufrir con). Goetz et al. (2010) la define como el sentimiento que surge al presenciar el sufrimiento de alguien y la motivación de querer aliviarlo.

Esto choca con la visión que aparece en la lengua española del término ya que hasta hace unos años, la RAE (Real Academia Española de la Lengua) lo definía como “el sentimiento de conmiseración y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias”, una visión totalmente desigual de la que se usa en las ciencias contemplativas (García-Campayo & Demarzo, 2015). Hoy, la definición que podemos encontrar en el diccionario de la RAE es la siguiente: “Sentimiento de pena, de ternura

y de identificación ante los males de alguien”, esta definición ha evolucionado incluyendo la identificación del sufrimiento, la ternura, pero sigue comprendiendo el concepto de “pena” tan alejado de la definición del constructo psicológico.

Tabla 5

Definiciones de compasión

Cita	Definición
Post (2002)	«Es el amor en respuesta al otro en el sufrimiento; [...] Es el amor en respuesta al otro que sufre injustamente»
Neff (2003)	«Implica ofrecer una comprensión sin juicio a aquellos que fallan, de modo que sus acciones y comportamientos se vean en el contexto de la vulnerabilidad humana compartida, siendo tocado y abierto al propio sufrimiento, sin evadirse o desconectarse de él, generando el deseo de aliviar el sufrimiento y curarse con bondad»
Gilbert (2005)	«Una apertura sin prejuicios y comprensión del sufrimiento de uno mismo y de los demás, lo que implica la motivación y el comportamiento para aliviar ese sufrimiento»
Gilbert (2010)	«Profunda conciencia del sufrimiento de uno mismo y del de otros seres, junto con el deseo de ayudar a evitarlo»
Goetz et al. (2010)	«El sentimiento que surge al presenciar el sufrimiento de otro y que conlleva un deseo de ayudar»
Feldman y Kuyken (2011)	Orientación de la mente que reconoce el dolor y la universalidad del dolor en la experiencia humana y la capacidad de enfrentar ese dolor con bondad, empatía, ecuanimidad y paciencia
Grossman y Dam (2011)	«La compasión puede definirse como un sentimiento de profunda simpatía y tristeza por aquel que es víctima de la desgracia, acompañado de un fuerte deseo de aliviar ese sufrimiento»
Simón (2014)	«Sensibilidad al sufrimiento de los otros y de uno mismo y compromiso de aliviar ese sufrimiento»

Nota: elaboración propia a través de trabajos citados

Es necesario, por lo tanto, encontrar una definición que sea más adecuada, como la que se presenta en el diccionario Merriam-Webster, editorial de referencia para la población estadounidense, en el que la define como una "conciencia comprensiva del sufrimiento de los demás junto con un deseo de aliviarlo", en línea con la definición de Goetz et al.

(2010). Basándonos en la perspectiva que tiene el budismo del término, la compasión es una cualidad básica en todos los seres humanos que parte desde el reconocimiento y deseo genuino de ayudar a aligerar el sufrimiento y que da lugar a conductas prosociales (Gyatso, 2003; Jinpa et al., 1995). Es decir, que el sufrimiento es un requisito previo para que se dé la compasión.

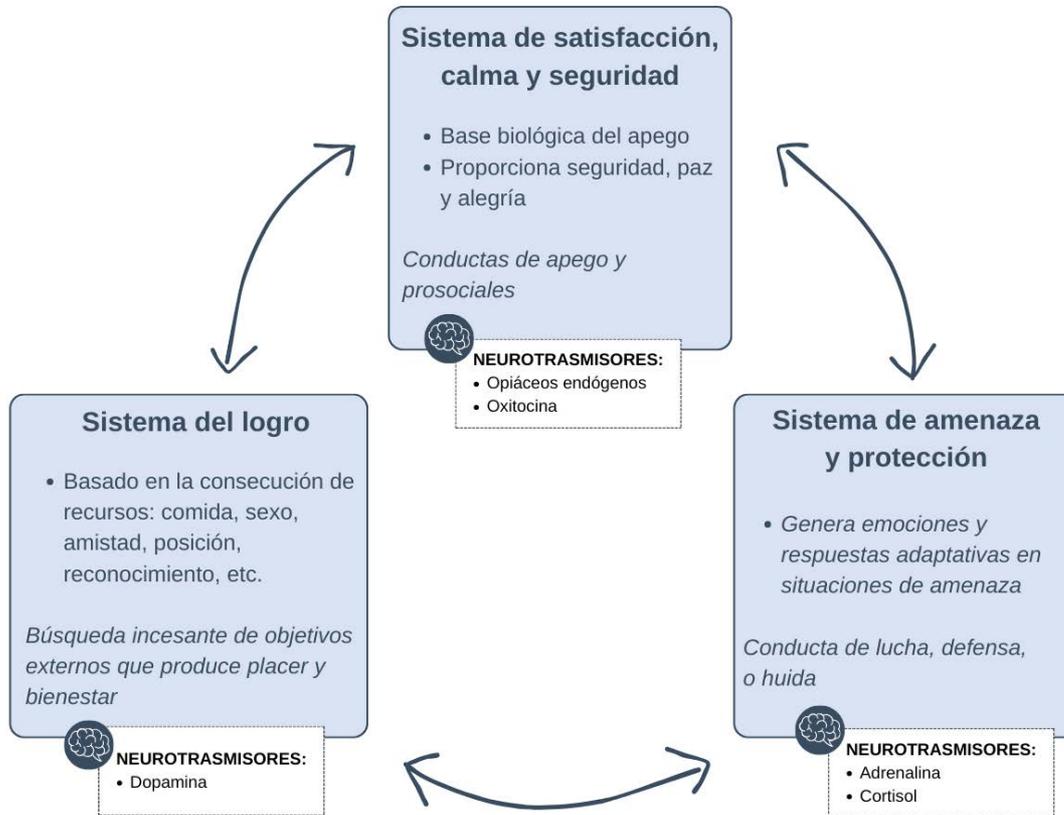
Gilbert (2009a) propone un modelo neurobiológico clave para el funcionamiento humano y que es clave también para el desarrollo de la compasión (véase figura 5).

Estos sistemas o circuitos cerebrales son tres, el sistema de satisfacción, calma y seguridad, el sistema de amenaza y autoprotección y el sistema de logro, de incentivos y búsqueda de recursos.

1. **Sistema de satisfacción, calma y seguridad**, que es la base biológica del apego (que se explicara más adelante). Es el sistema que nos proporciona paz y armonía, y es clave su activación para la disminución del estrés. Se activa con las relaciones de apego seguro. Su activación está relacionada con dos neurotransmisores: la oxitocina y los opiáceos endógenos.
2. **Sistema de amenaza y autoprotección**, es aquel que permite la detección de peligros o amenazas externas, produce emociones para dar respuesta a estas situaciones como son el asco, el enfado o el miedo. Este sistema que es muy útil frente a depredadores es poco útil frente a las amenazas de hoy en día. Se encuentra generalmente sobreactivado por las fuentes de estrés que hoy en día se dan en un entorno social cada vez más complejo. Este circuito se relaciona con el cortisol y la adrenalina.

Figura 5.

Principales circuitos cerebrales según el modelo de Gilbert.



3. **Sistema de logro, de incentivos y búsqueda de recursos**, genera en la persona sentimientos de motivación hacia objetivos, metas y le animan a buscar recursos útiles para la supervivencia. Hoy en día en la sociedad actual poca gente está expuesta a necesidades de supervivencia, por el contrario, una gran mayoría tienen estas motivaciones en conseguir dinero y bienes materiales. El consumismo sobreactiva el sistema de logro, siempre se desean más estímulos que lo activen, y esto genera estrés y frustración cuando no se consiguen. Este sistema cerebral está ligado al sistema de recompensas del cerebro, en concreto altera la actividad de la dopamina.

El contexto social actual hace que tanto el sistema de amenaza, asociado a la autocrítica y a la vergüenza, como el sistema de logro, relacionado con el consumismo, se encuentre sobreactivados. La compasión activaría el sistema de calma y satisfacción que sería capaz de conectar al sujeto con el bienestar y la felicidad (García-Campayo, Cebolla, et al., 2016; Gilbert, 2009a)

Para comprender plenamente el panorama de la compasión, es esencial abordar el concepto de autocompasión. Este término, según Neff (2003), implica la misma actitud que la compasión, pero dirigida hacia uno mismo. En este contexto, la autocompasión se manifiesta como una expresión de cuidado y preocupación hacia uno mismo frente a la experiencia del sufrimiento. En conjunto, estos conceptos entrelazados arrojan luz sobre la complejidad y la importancia de la compasión en el ámbito científico y emocional.

Neff (2003) elabora un modelo de autocompasión, en el cual trabajar la autocompasión es clave para el desarrollo de la compasión por los demás. Subdivide la autocompasión en 3 dimensiones, la emocional (auto-amabilidad/autocrítica), la cognitiva (humanidad compartida/aislamiento) y la atencional (atención plena/piloto automático) (véase la figura 6), el grado de autocompasión se medirá según si las personas tienen respuestas más o menos compasivas en cada una de ellas.

Auto-amabilidad, en contraposición a la autocrítica, implica transformar la tendencia de las personas a juzgarse con dureza y adoptar un trato más amable y positivo hacia la propia persona. Esto conlleva el reconocimiento de las imperfecciones como parte de la esencia humana, y el brindarse cariño y cuidado en los momentos difíciles. En los procesos de sufrimiento las personas pueden ofrecerse

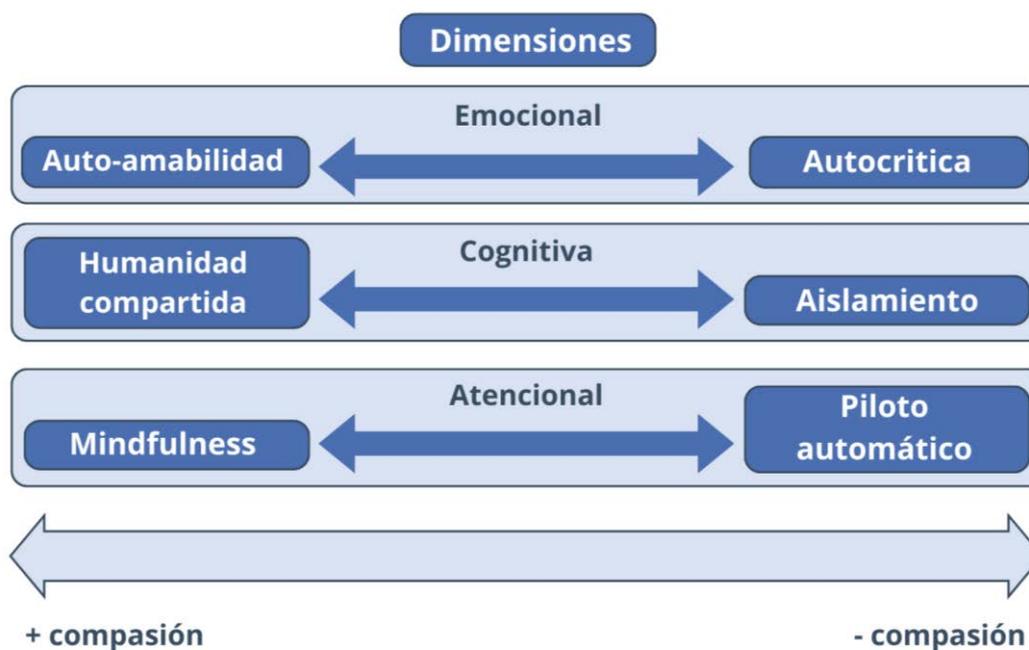
la calidez y el apoyo necesarios para seguir adelante, al tiempo que aceptan plenamente su condición imperfecta.

Humanidad compartida, a diferencia del aislamiento, sitúa al individuo en un contexto social en el que las circunstancias que experimenta no dependen únicamente de sus acciones individuales, sino que se ven influenciadas por el entorno social. Tanto las imperfecciones como el sufrimiento no constituyen experiencias exclusivas, sino que son vivencias que se comparten con toda la humanidad. Esta percepción ayuda a aceptar las experiencias difíciles, al conectar con los demás y comprender que estas vivencias de vulnerabilidad, fracaso o desgracia son una parte común de la condición humana.

Mindfulness o atención plena, en contraste con el piloto automático, la práctica del mindfulness implica romper con la respuesta automática de dejarse llevar por la experiencia sin prestarle atención, y adoptar un enfoque que permita a la persona percibir el momento presente y vivir de manera más consciente. Este proceso facilita el reconocimiento y la diferenciación de las experiencias emocionales, proporcionando a la persona la capacidad de no ser dominada por sus emociones, sino de identificarlas y regularlas de manera más efectiva.

Figura 6.

Modelo de autocompasión de Neff



Nota: Adaptado de Pommier et al (2020)

Por último, se va a hacer referencia a los mecanismos de acción de la práctica compasiva. Al ser una técnica de reciente aparición, en el panorama psicológico de occidentes todavía no se han sacado conclusiones claras sobre cuales son estos mecanismos, aunque distintos autores han propuesto sus hipótesis (García-Campayo, 2019a) (véase la tabla 6).

En el modelo de Neff (2003) los mecanismos de acción de la compasión son: (1) la disminución de la autocrítica, (2) la disminución de las rumiaciones y (3) la re-percepción de los sucesos vitales negativos. Este sería para la autora el proceso a través del cual las personas podrían modificar su discurso mental desde la autocrítica o el rechazo a la validación emocional y la comprensión del propio sufrimiento.

García-Campayo (2019a) plantea que hay dos tipos de mecanismo de acción que subyacen la práctica compasiva por un lado los compartidos con mindfulness, que se expusieron en el capítulo anterior, y por otro los propios de la compasión que han sido definidos por diferentes autores.

Tabla 6

Mecanismos de acción de la compasión

Mecanismos de acción compartidos con mindfulness		Mecanismos específicos de la compasión	
Autor	Mecanismos propuestos	Autor	Mecanismos propuestos
Lim et al. (2015)	1) apertura y flexibilidad psicológica y 2) regulación emocional	Neff (2003)	1) disminución de la autocrítica, 2) disminución de las ruminaciones y 3) reperiencia de los sucesos vitales negativos
		Shonin y cols. (2015)	1) aumento del afecto positivo y disminución del afecto negativo; 2) disminución del distrés psicológico; 3) aumento del pensamiento positivo; 4) mejora de las relaciones interpersonales y 5) incremento de la empatía
		Strauss y cols. (2016)	1) reconocer sufrimiento; 2) comprender la universalidad del sufrimiento; 2) sentir por la persona que sufre y conectarse emocionalmente con su angustia; 3) tolerar cualquier sentimiento incómodo que surja en respuesta al sufrimiento, de modo que sigamos aceptando y abiertos a la persona que sufre; y 4) estar motivado para actuar para aliviar el sufrimiento.

Nota: Adaptado de García-Campayo, J., Cebolla, A., & Demarzo, M. (2016). La ciencia de la compasión: Más allá del Mindfulness (Alianza Editorial).

Strauss et al. (2016) llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura, proporcionando una conceptualización teórica integral de la compasión. Este proceso cognitivo, afectivo y conductual se compone de cinco elementos fundamentales respaldados empíricamente, según Gu et al. (2017): (a) el reconocimiento del sufrimiento, (b) la comprensión de la universalidad del sufrimiento en la experiencia humana, (c) la conexión emocional con la angustia de la persona que sufre, (d) la

tolerancia de cualquier sentimiento incómodo que surja en respuesta al sufrimiento y (e) la motivación para actuar y aliviar el sufrimiento.

3.3.3 Conceptos relacionados con la compasión

La presencia de la compasión en la literatura científica a veces se ha manifestado de forma indirecta, explorándose a través de otros constructos afines (Gillath et al., 2005). Esta conexión entre la compasión y conceptos relacionados ha generado un debate significativo. Gilbert (2017) destaca que, si bien la controversia en torno al término ha impulsado un diálogo esencial en la comunidad científica, también ha tenido efectos negativos al propiciar restricciones en su definición y adoptar enfoques prematuros, lo cual podría tener repercusiones negativas en la investigación. Es esencial por tanto que se diferencie de otros términos afines como empatía, bondad amorosa, lástima, y autoestima.

Empatía

Sentimiento que surge al sentir la experiencia de otra persona como si fuera la tuya propia (Rogers, 1995). Algunos autores definen esta cualidad como la capacidad de “ponerse los zapatos del otro”, por ejemplo, Colman (2009) lo define como “experimentar algo desde el punto de vista de otra persona”. Aunque la empatía puede resultar un proceso adaptativo, porque puede prevenir del comportamiento de los otros y ayudar a regular el de la propia persona (Barker, 2008), también puede no serlo, ya que a través de la empatía se da lo que conocemos como “contagio emocional” que tiene relación con algunas patologías como el *burnout*. Greenberg y Turksma (2018) resaltan que la diferencia de la compasión está el papel activo de la persona en el alivio del sufrimiento.

Bondad amorosa:

La práctica de la bondad amorosa y de la compasión suelen ir juntas en las tradiciones meditativas, y también en los programas de intervención de tercera generación, pero sin embargo difieren entre sí ya que la bondad amorosa implica amor hacia todos los seres humanos y deseo de que sean felices, mientras que la compasión es apertura hacia la experiencia de sufrimiento del otro y motivación para aliviarlo (Brito-Pons et al., 2018). Gyatso (2003) hace la siguiente distinción “compasión es el deseo de que el otro ser se libere del sufrimiento, y amor es desearle que sea feliz”. La compasión es una respuesta hacia el sufrimiento, tanto al de uno mismo como al de los otros. La bondad amorosa es una actividad de amor y de deseo de felicidad hacia todos los seres humanos, pero sin poner en el peso en la existencia o no de sufrimiento (Véase la figura 7).

Figura 7.

Práctica de bondad amorosa y práctica de compasión



Nota: Elaboración propia

Lástima

Como se ha expuesto con anterioridad, en ocasiones y específicamente en el idioma español, la práctica de la compasión puede generar algunas reticencias porque puede ser entendida como lastima o pena. El sentimiento de lástima es un sentimiento negativo, lo contrario a lo que se busca generar con la práctica compasiva y, además, suele ir ligado a cierta superioridad de la persona sobre quien sufre (García-Campayo, 2019a; García-Campayo & Demarzo, 2015). La compasión en oposición a la lástima entiende que todos los seres humanos atraviesan experiencias de sufrimiento similares lo que hace que estén más conectados unos con otros, como una experiencia compartida (Neff & Dahm, 2015).

Autoestima

Se ha visto que la autoestima y la autocompasión son constructos relacionados entre sí. La literatura predice que practicar la compasión puede proporcionar mejoras duraderas en la felicidad y la autoestima (Mongrain et al., 2011). La autoestima se ha asociado positivamente con el narcisismo, por lo que aunque los dos parecen ser predictores de felicidad y afecto positivo, se considera que el autoestima puede ser una práctica más saludable hacia uno mismo (Neff & Vonk, 2009). Neff en su artículo “*Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being*” defiende que la evidencia científica muestra que la autocompasión está relacionada con una mayor resiliencia y estabilidad emocional que la autoestima, y además la autoestima esta más relacionado que la compasión en aspectos como la evaluación de uno mismo, la defensa del ego y la superación personal. En relación con el modelo de Gilbert (2009a) mientras que la autocompasión activa el sistema de satisfacción y calma, la autoestima esta más relacionada con el sistema de logro (García-Campayo, 2019a).

3.3.4 La medición de la compasión

En el ámbito de la medición de la compasión, destaca la Self-Compassion Scale (SCS) desarrollada por Neff (2003), diseñada para evaluar la autocompasión. Esta escala consta de 26 ítems tipo Likert, evaluados en una escala de 0 (casi nunca) a 4 (casi siempre), abordando seis subescalas clave: amabilidad frente a autojuicio, humanidad compartida frente a aislamiento, y mindfulness frente a sobreidentificación. Esta escala ha sido validada en población española (García-Campayo et al., 2014), confirmando el modelo original de seis factores y obteniendo adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,87), fiabilidad test-retest ($r = 0,92$), buena validez convergente, y discriminante. A pesar de su demostrada validez sus propiedades psicométricas son motivo de discusión y se resalta su variabilidad transcultural (López et al., 2015; Montero-Marín et al., 2018).

Otra herramienta relevante es la Compassionate Love Scale (CLS) de Sprecher y Fehr (2005) diseñada para medir el amor compasivo hacia los demás. Esta escala, no validada en español, consta de 21 ítems evaluados en una escala Likert de 7 puntos y se divide en dos versiones: una que evalúa la compasión hacia los más cercanos y otra hacia toda la humanidad. Aunque presenta una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,95) y correlaciones positivas con empatía y conducta prosocial, su falta de adaptación al español limita su aplicación en esta población.

La Compassion Scale (CS) (Pommier et al., 2020), basada en la SCS (Neff, 2003), se centra en medir la compasión hacia los demás. Conformada por 6 factores que incluyen amabilidad frente a indiferencia, humanidad compartida frente a separación, y mindfulness frente a descentramiento, esta escala se evalúa mediante 5 ítems en una escala Likert de 5 puntos. Brito-Pons (2014) realizó una traducción y adaptación al

castellano que ha presentado buenas propiedades psicométricas, incluyendo validez discriminante y convergente, pero aún no cuenta con una versión sólida validada en español.

Cabe destacar la Self-Compassion Scale-Short Form (SCS-SF) de Raes et al. (2011), una versión abreviada de la SCS con solo 12 ítems. Esta versión ha mostrado adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach $\geq 0,86$) y correlación casi perfecta con la forma larga, aunque se sugiere su uso cuando el tiempo de administración sea un factor crucial y se busque una puntuación representativa del valor global de compasión. La versión larga, por otro lado, proporciona información más detallada sobre las dimensiones específicas de la compasión.

En 2008, desarrollaron una forma abreviada de la Compassionate Love Scale llamada Santa Clara Brief Compassion Scale (SCBCS) (Hwang et al., 2008), compuesta por 5 ítems. Aunque correlaciona positivamente con la CLS, no tiene una versión validada en español y su utilización es menos extendida. El modelo de medición exploratoria bifactorial presentó índices de ajuste adecuados tanto para el SOCS-S y SOCS-O

Strauss et al. (2016) concluyeron que la mayoría de las escalas existentes presentaban propiedades psicométricas débiles. No obstante, la Escala de Autocompasión (SCS) (Neff, 2003) se destacó como un instrumento con al menos una calidad aceptable, alcanzando 7 puntos de los 14 evaluados por Strauss et al. (2016).

Ante la necesidad de contar con medidas operativas teóricamente integrales y sólidamente psicométricas tanto para la autocompasión como para la compasión hacia los demás, Gu et al. (2017) desarrollaron las Escalas de Compasión de Sussex-Oxford (SOCS). Estas escalas se basan en la conceptualización multidimensional propuesta por

Strauss et al. (2016), que abarca cinco elementos: (a) reconocimiento del sufrimiento; (b) comprensión de la universalidad del sufrimiento en la experiencia humana; (c) empatía hacia la persona que sufre y conexión emocional con su angustia; (d) tolerancia de cualquier sentimiento incómodo en respuesta al sufrimiento, manteniéndose abierto y aceptando a la persona que sufre; y (e) motivación para actuar en aliviar el sufrimiento.

Estas escalas evalúan la compasión por los demás (SOCS-O) y la compasión por uno mismo (SOCS-S), ambas en las cinco dimensiones de la compasión mencionadas anteriormente (Gu et al., 2017). Cada una consta de 20 ítems distribuidos en cinco subescalas, con cuatro ítems cada una. La puntuación de los ítems se realiza en una escala tipo Likert de 5 puntos, que varía desde 1 ("nada cierto") hasta 5 ("siempre cierto"). A mayor puntuación, mayor es el grado de autocompasión o compasión por los demás. Las escalas han demostrado índices de ajuste adecuados, buena consistencia interna y confiabilidad. Campayo et al. (2023) llevaron a cabo una adaptación en español, la cual también exhibe buenos resultados psicométricos.

3.3.5 La eficacia general de la compasión

En los últimos 20 años, ha habido una oleada de investigaciones centradas en la compasión en todo el mundo, y estos estudios han encontrado variedad de beneficios del cultivo intencionado de la compasión por uno mismo y los demás (Craig et al., 2020; Ferrari et al., 2019; Kirby et al., 2017; Millard et al., 2023).

Ferrari y cols. (2019) realizaron un metaanálisis y encontraron efectos moderados de las intervenciones sobre la ansiedad y la depresión, y un tamaño del efecto sobre la mejora de la conducta alimentaria y la rumiación, en poblaciones mixtas (clínicas y no-clínicas). También se ha descubierto que el entrenamiento basado en la compasión

conduce a una reducción de la vergüenza y la autocrítica, y de una variedad de síntomas de salud mental (Kirby et al., 2017). En concreto Kirby y sus colaboradores (2017) encontraron tamaños del efecto moderados para reducir la depresión, ansiedad, malestar psicológico, y efectos moderados también para el aumento del bienestar. Marsh et al. (2018), también en un metaanálisis, con una muestra de jóvenes de 10 a 19 años, encontraron tamaños del efecto grandes para la relación inversa entre autocompasión y ansiedad, depresión y estrés. También en la misma línea, Craig et al. (2020) revisan numerosos estudios que investigan la eficacia de la Terapia Centrada en la Compasión en poblaciones clínicas y observan resultados muy prometedores para problemas de salud mental.

En poblaciones clínicas, con enfermedades crónicas de carácter físico como dolor crónico, fatiga crónica, y otros, se han visto beneficios de la terapia de compasión y autocompasión (Kılıç et al., 2021). Mistretta et al. (2022) en su reciente metaanálisis destacan que aunque, los tamaños del efecto son pequeños, y los estudios deben mejorar su calidad, las intervenciones de autocompasión mejoran intragrupo, después de la intervención los síntomas depresivos, de ansiedad, dolor, calidad de vida y autocompasión. Un metaanálisis investigó las relaciones entre la autocompasión, la salud física y el comportamiento saludable, encontraron asociaciones positivas entre la autocompasión y la salud física y el comportamiento de salud (Phillips & Hine, 2021)

A nivel neurológico algunas investigaciones han establecido relaciones entre los cambios que se dan en el cerebro y el aprendizaje de la compasión. Por ejemplo, se han visto cambios en el sistema nervioso autónomo, especialmente en el nervio vago (Di Bello et al., 2020), también se han observado que las intervenciones en compasión puede tener efectos sobre la preferencia por presenciar el sufrimiento acompañado con

una reducción de la activación de la amígdala lo que puede señalar un mayor interés por el sufrimiento pero de forma más ecuánime, si ser reactivos a los estímulos de sufrimiento (Weng et al., 2018). También, en comparación con un grupo de control, el entrenamiento de la compasión provocó actividad en una red neuronal que incluía la corteza orbitofrontal medial, el putamen, el globo pálido y el área tegmental ventral, regiones del cerebro previamente asociadas con el afecto positivo y la afiliación (Klimecki et al., 2013).

La investigación correlacional también ha encontrado que la autocompasión está asociada con una variedad de factores, incluido el afrontamiento de las dificultades (Leary et al., 2007), la gravedad de los síntomas y la calidad de vida en la ansiedad y la depresión (Van Dam et al., 2011), niveles más bajos de autocrítica (Neff, 2003; Neff & Vonk, 2009; Raes et al., 2011) y una asociación positiva con la felicidad, el optimismo y el afecto positivo (Neff et al., 2007; Pastore et al., 2023).

3.3.6 Principales programas de compasión

A lo largo de los últimos 20 años se han desarrollado varias intervenciones basadas en la compasión (IBC). Algunos de estos programas proceden directamente de la tradición budista, sin embargo estas intervenciones tienen un índole laica (García-Campayo, 2019a; Shonin et al., 2017).

Las intervenciones basadas en compasión contienen prácticas meditativas de atención focal (en el cuerpo o la respiración) y prácticas de visualización en las cuales se generan sentimientos de amor, compasión y bondad hacia distintos seres o grupos de personas. Galante et al. (2014) hacen un aporte muy interesante, determinan que las prácticas comienzan generando sentimientos de compasión hacia uno mismo, luego hacia otros seres cercanos, luego seres que les son indiferentes, luego seres con los que se tiene

algún tipo de conflicto y por último a todos los seres. Se va a describir brevemente los programas que se han desarrollado en los último 20 años en torno a la compasión y que cuentan con evidencia científica.

a) **Terapia Centrada en la Compasión** (Compassion Focused Therapy [CFT])

La intervención basada en compasión que planteo Gilbert (2009b, 2014) fue una de las pioneras, ya que Gilbert fue uno de los primeros autores que comenzó a hablar de compasión en occidente como una posible estrategia clínica. El programa CFT es bastante diferentes a los demás ya que incluye aspectos de la psicología evolutiva y la neurobiología. Los contenidos principales del modelo son el funcionamiento del cerebro humano, el apego y los circuitos cerebrales relacionados con la compasión. Además, para Gilbert la autocrítica y la vergüenza son el núcleo de las emociones difíciles, es fundamental trabajarlas a través de la terapia psicológica y se abordan de manera muy efectiva desde la práctica de la autocompasión (García-Campayo, Cebolla, et al., 2016).

b) **Auto-compasión Consciente** (Mindful Self-Compassion; [MSC])

Este enfoque de terapia psicológica fue desarrollado por la psicóloga clínica Kristin Neff y el psicólogo clínico Christopher Germer (Neff, 2012). El programa está compuesto por 8 sesiones semanales de dos horas y un retiro de meditación de medio día. MSC combina elementos de la atención plena (mindfulness) y la auto-compasión para ayudar a las personas a cultivar una relación más compasiva consigo mismas. En la tabla 7 se expone brevemente el contenido de las sesiones.

Tabla 7

Contenidos del programa MSC

Sesión	Contenidos
1. Descubriendo la auto-compasión	Proporciona una introducción general y un repaso al concepto de autocompasión
2. La práctica de mindfulness	Se exploran los conocimientos básicos sobre la atención plena
3. Practicando la bondad amorosa	Se analiza las aplicaciones de la compasión y la bondad amorosa en los aspectos cotidianos
4. Encontrar la voz compasiva	Ayuda a los participantes a encontrar una voz interior que les permita ser compasivos consigo mismos
5. Vivir profundamente	Se enfatiza la importancia de vivir de acuerdo con los valores fundamentales
6. Manejándose con emociones difíciles	Se entrenan habilidades para el manejo de emociones difíciles
7. Transformando las relaciones	Se centra en abordar situaciones difíciles en las relaciones interpersonales
8. Abrazando tu vida	El cierre del programa se centra en enfatizar el poder de enfatizar los aspectos positivos de uno mismo y apreciar la vida.

c) Entrenamiento en Compasión de Base Cognitiva (Cognitive-Based Compassion Training; CBCT)

La base de este protocolo es la tradición budista tibetana (Pace et al., 2009). En concreto, está basado principalmente en la tradición *Lo-jong*. Fue desarrollado por el Doctor Lobsang Tenzin Negi, el director de la Asociación de Emory-Tíbet en la Universidad de Emory Geshe-Lharampa, y el director Espiritual del Monasterio de Drepung Loseling, Atlanta (Estados Unidos). El protocolo se distribuye en 6 semanas, con una sesión semanal de 120 minutos de duración, que contienen trabajo de enseñanzas, discusión y meditación. En la tabla 8 se exponen los contenidos de las sesiones.

Tabla 8

Contenidos de las sesiones del programa CBCT

Sesión	Contenidos
1. Desarrollar estabilidad atencional y estabilizar la mente	Introducción a diferentes prácticas meditativas que entrenan la atención y traen claridad a la mente.
2. La naturaleza de la experiencia mental	Tomar conciencia de los fenómenos mentales como los pensamientos, emociones y sentimientos. Observar cómo aparecen y generar aceptación y no-juicio.
3. Desarrollar la autocompasión	Toma de conciencia de los pensamientos y emociones que generan bienestar y cuáles no. Ayudar a la persona a salir de los estados emocionales negativos.
4. Cultivo de la ecuanimidad	Alejar a las personas de nuestro entorno la categorización de: me gusta, no me gusta o me es indiferente; para construir relaciones más sanas y profundas con los otros.
5. Desarrollar el afecto y la empatía	Trabajar el vínculo que nos une con los demás seres vivos. Promover el sentimiento de interdependencia para que surja el afecto y el cariño que nos ayude a empatizar con el otro.
6. Compasión activa hacia los demás	El fin del programa pretende que los practicantes desarrollen la motivación y el deseo de ayudar a que los demás seres encuentren la felicidad y consigan aliviar su sufrimiento.

d) Programa de Vida Compasiva Basado en Mindfulness (Mindfulness-Based Compassionate Living; MBCL)

En 2012, Van den Brink y Koster (2015) desarrollaron una formación en autocompasión como intervención de seguimiento para pacientes que ya habían recibido una formación en MBCT o MBSR (Bartels-Velthuis et al., 2016; Schuling et al., 2016). Este programa está basado en trabajos previos sobre la compasión realizados por autores como Neff (2004), Germer (2009) y Gilbert (2009a), entre otros, y está diseñado para usarse tanto en entornos clínicos como no clínicos. El entrenamiento consiste en ocho sesiones

semanales. En la tabla 9 se van a describir las 8 sesiones del programa y los contenidos más relevantes de cada una de las sesiones (Van den Brink & Koster, 2015).

Tabla 9

Contenidos del Programa de Vida Compasiva Basado en Mindfulness

Sesión	Contenidos
1. Tres sistemas de regulación emocional	Respiración amable. La evolución del cerebro y la compasión. Amabilidad con uno mismo. El sistema de calma y satisfacción.
2. Reacciones de estrés y autocompasión	La autocompasión para lidiar con el dolor. Caminos hacia la autocompasión. La respiración compasiva frente al dolor emocional. El amigo compasivo.
3. Patrones internos	Explorando los patrones internos y ponerles nombre. La vergüenza y la culpa. Ejercicios de bondad y amabilidad.
4. El modo compasivo	Trabajar la amabilidad con amigos y personas indiferentes. Amabilidad por el cuerpo, movimientos y caminar consciente y compasivo.
5. Yo y otros	Practicar la amabilidad con una persona que genera emociones negativas. Escribir una carta compasiva. Respiración compasiva.
6. Felicidad para todos	Explorando la humanidad compartida. Generar compasión hacia todos los seres. Ejercicio del perdón
7. Compasión en la vida diaria	Trabajar la ecuanimidad. Estrategias para llevar al día a día la práctica compasiva, prácticas formales e informales. Calendario de compasión.
8. El poder curativo de la compasión	Profundizar en el poder curativo y auto sanador de la compasión. Explorar la conexión con la compasión y como continuar con la práctica.

e) **Entrenamiento para el Cultivo de la Compasión** (Compassion Cultivation Training; CCT)

El programa CCT fue desarrollado en la universidad de Stanford y tiene una base teórica de la tradición tibetana (Goldin & Jazaieri, 2017; Jinpa, 2010). Tiene una

duración de 8 semanas (y una sesión opcional de introducción) donde los practicantes desarrollan cualidades compasivas a través de una serie progresiva de prácticas meditativas, como imágenes guiadas; ejercicios relacionales; reflexión sobre el tema de la clase y prácticas informales. Las sesiones duran dos horas. A diferencia de otros programas más enfocados a la práctica clínica este programa enfatiza su uso en poblaciones no-clínicas. El protocolo está estructurado en torno a seis pasos que los autores consideran básicos para alcanzar la compasión y que se muestran en la tabla 10 (García-Campayo, Cebolla, et al., 2016).

Tabla 10

Pasos para el cultivo de la compasión del programa CCT

Paso 1	Calmar la mente y centrar la atención	El desarrollo de la atención plena será clave para el desarrollo de la compasión
Paso 2	Bondad amorosa y compasión hacia alguien querido	Conectar con los sentimientos de amor, amabilidad y ternura
Paso 3	Compasión y bondad amorosa hacia uno mismo	Generar y conectar con la autoaceptación y el amor por uno mismo
Paso 4	Sentando las bases de la compasión por los otros	Trabajo de la humanidad compartida y la interdependencia como base para el cultivo de la compasión
Paso 5	Compasión hacia todos los seres	Profundizar en el paso anterior. Explorar el hecho de que todos los seres forman parte de algo más grande. Que todos buscan la felicidad y evitan el sufrimiento
Paso 6	La compasión activa	Cultivar el deseo de aliviar el sufrimiento, a través de prácticas específicas

3.3.7 Terapia de compasión basada en los estilos de apego

El programa que se va a utilizar en el presente estudio para aplicarla a la población universitaria es la terapia de compasión basada en los estilos de apego (ABCT).

El ABCT surge por la necesidad de tener un programa de compasión que se adapte bien a la población española o latina, a sus diferencias culturales y estructurales (García-Campayo, Cebolla, et al., 2016). Ya que, los programas que se han estructurado ya sea de mindfulness o compasión están desarrollados en y para la población anglosajona, y hay evidentes diferencias en los sistemas sanitarios, en la expresión de las emociones y en la relación con el cuerpo (García-Campayo et al., 2005).

El núcleo del proceso terapéutico en este programa es un elemento clave para la eficacia terapéutica que es la teoría del apego (Pasco Fearon & Roisman, 2017), que proporciona un marco para trabajar los vínculos que la persona tiene con sus relaciones más cercanas y la psicopatología e incluye prácticas específicas para identificar y desarrollar un estilo de apego seguro para promover la compasión por uno mismo y los demás (García-Campayo, Cebolla, et al., 2016).

El programa se basa en tres componentes principales (García-Campayo, Cebolla, et al., 2016):

1. **La teoría del apego.** La Teoría del Apego es uno de los constructos teóricos que mejor explican nuestra forma de relacionarnos con otras personas y, por tanto, permite entender cómo surgen las emociones (positivas o negativas) en nuestra vida de relación.

2. **Aportaciones de otros modelos de compasión y otras terapias.** Por ejemplo, de la terapia de aceptación y compromiso, la terapia dialéctico-conductual o las teorías de Gilbert sobre los circuitos cerebrales.
3. **Aportaciones de la tradición.** Algunas de las prácticas de este programa, al igual que han hecho otros autores, se han rescatado de las prácticas tradicionales de meditación como la tibetana, la budista u otras religiones.

Aunque el trabajo sobre el estilo de apego ya ha formado parte de algunos de los programas de compasión (Gilbert, 2009; Neff, 2003), ABCT hace del cambio hacia un estilo de apego saludable el núcleo del proceso terapéutico. El programa de terapia de compasión basada en el apego (ABCT) (García-Campayo, 2019; García-Campayo et al., 2016) busca promover la compasión por los demás y la autocompasión en las personas a través del desarrollo de un estilo de apego seguro.

La teoría del apego fue desarrollada por John Bowlby en el 1969 (Bowlby, 1993), en ella propuso que los seres humanos poseen un sistema de apego, y este hace que las personas en sus edades más tempranas busquen estar cerca de sus cuidadores, que son más fuertes e inteligentes y van a facilitar su supervivencia y protegerles de los posibles peligros. Cuando los cuidadores aportaban responsabilidad y eran accesibles, las niñas y los niños se sentían seguros, pero cuando esto no ocurría adoptaban estrategias de ansiedad o evitación para garantizar su propia seguridad, como mecanismos adaptativos. Este estilo de apego que se desarrolla en la infancia afecta también en la edad adulta y modula como se relaciona la persona consigo mismo, con otros seres humanos y la visión general que tiene del mundo.

Existen varias clasificaciones de los tipos de apego, Bartholomew y Horowitz (1991) propusieron un modelo que clasificaba el apego adulto en cuatro estilos principales. Por un lado, se clasifica el estilo de apego seguro y por otro los tres inseguros que son: el preocupado o ansioso, el de rechazo o evitativo y el temeroso o desorganizado, se describen a continuación. Además, estos tipos de apego influyen en el tipo de relación que las personas mantienen consigo mismas y con los otros, lo que se ha descrito como modelo del yo y modelo de los otros (Wongpakaran et al., 2021; Yárnoz & Comino, 2011). Por ejemplo, las personas que tienen un estilo de apego de rechazo y temeroso tendrán una visión negativa de los otros, así como los estilos seguros y de rechazo tienen una visión positiva de sí mismos, este modelo se expone en la Figura 8 (García-Campayo, Cebolla, et al., 2016).

- **Estilo de apego seguro:** surge en personas que han tenido un cuidado adecuado y consistente durante su infancia, por lo que en la edad adulta se sienten dignos de ser queridos y capaces de dar y recibir afecto de los demás, manteniendo relaciones estables y equilibradas con los demás.
- **Estilo de apego preocupado:** son persona que han experimentado un cuidado intermitente. Es decir, a veces eran atendidos y validados y otras veces no. A veces los padres o figuras de apego tienen algún tipo de enfermedad o trastorno mental y se encuentra temporalmente incapacitados para atender las necesidades de sus hijos e hijas. Estas personas crecen con la inseguridad de no saber que hacer para que sus cuidadores los quieran y estén disponibles para ellos. Como consecuencia las personas con este modelo están continuamente analizando la opinión que las demás personas puedan tener sobre ellos, haciéndose sumamente dependientes y muy propensos a agradar. Tienen un mal concepto sobre si

mismos, ya que no suelen sentir que son merecedores de cariño, sin embargo, tienen una buena imagen del resto.

- **Estilo de apego de rechazo:** los cuidadores han sido, de manera continuada, negligentes con el cuidado de sus hijos e hijas. Por lo tanto, la persona ha aprendido que tiene que poder valerse por sí misma para sobrevivir y afrontar las dificultades. En la edad adulta tienden a tener una autoconfianza exacerbada y un concepto negativo de las personas que los rodean, ya que sienten que no pueden confiar del todo en los otros. Esto va a provocar que las relaciones interpersonales que mantengan sean poco profundas, porque no se fían de los demás, y además sean poco considerados con las emociones de los otros y muestre poco el afecto, ya que no consideran que el afecto sea una necesidad que nadie deba cubrir para otro, si no algo que se debe gestionar de forma autónoma.
- **Estilo de apego temeroso:** se manifiesta en las personas que en su niñez han sufrido maltrato, un cuidado frío o violento basado en el castigo o el rechazo. Sienten que nunca han sido merecedores de recibir afecto por lo que desarrollan una visión negativa de sí mismos. También han adquirido la percepción de que las demás personas no son dignas de su confianza ni pueden satisfacer sus necesidades. Este es el estilo de apego más complicado, las personas que lo tienen suelen tener baja autoestima e incapacidad para mantener relaciones significativas.

Figura 8.

Estilos de apego



Nota. Adaptado de García-Campayo, J., Cebolla, A., & Demarzo, M. (2016). La ciencia de la compasión: Más allá del Mindfulness (Alianza Editorial).

Según la definición de Fraley et al. (2000) el apego inseguro se caracteriza por la aparición de niveles elevados de estas dos variables psicológicas:

- Ansiedad de apego: miedo al rechazo y al abandono, así como gran preocupación por las relaciones interpersonales que suponen una enorme fuente de malestar.
- Evitación: tendencia a sentirse incómodo con la intimidad y la cercanía en las relaciones interpersonales.

Estas a su vez se relacionan con los modelos del yo y de los otros que se han nombrado con anterioridad, ya que, en las personas con un modelo del yo negativo (imagen de sí mismos) tendrán una elevada ansiedad en sus relaciones, mientras que las personas con un pobre modelo de los otros (imagen de los otros) tenderán a tener alta la variables de evitación (Wongpakaran et al., 2021). El apego inseguro se ha asociado, de forma consistente, con pobre adaptación psicosocial. Por el contrario, el apego seguro (baja ansiedad y evitación) se correlaciona con variables de bienestar psicológico como adecuada regulación emocional o satisfacción en las relaciones interpersonales (Mikulincer & Shaver, 2010).

De forma resumida, los modelos de apego modulan la imagen que tenemos de nosotros y de los otros, por lo tanto, son la clave para la relación que tenemos con nosotros y con los demás. El modelo de apego predice sentimientos de culpa y vergüenza hacia nosotros, así como sentimientos de ira y desconfianza hacia el resto de las personas. La terapia de mindfulness y compasión es clave para clarificar y modificar la relación con nosotros mismos y con los otros, por lo que está muy relacionada con los modelos de apego (García-Campayo, Cebolla, et al., 2016).

Esta relación entre compasión y apego es una de las razones que lleva a los autores a desarrollar un modelo específico de compasión (García-Campayo, Navarro-Gil, et al., 2016; García-Campayo & Demarzo, 2015). Como ocurre con otros protocolos que ya se han expuesto anteriormente el modelo de ABCT se compone también de ocho sesiones semanales con una duración aproximada de dos horas. El programa está ampliamente descrito en el libro “la práctica de la compasión” (García-Campayo, 2019a). En la tabla 11 se resumen la estructura del programa de ocho sesiones.

El objetivo del programa es que la persona identifique su modelo de apego y comprenda como puede influir en sus relaciones interpersonales. Se trabajan algunos aspectos terapéuticos como son la relación con el afecto, la reacción que predomina cuando se enfrentan a situaciones difíciles (tanto en la actualidad, como en el pasado, y con el que mostraban sus figuras de apego), se trabaja la reconciliación con los padres y el desarrollo de la figura compasiva. Junto con estos elementos también se profundiza en algunas prácticas que están más relacionadas con la tradición budista, como es el trabajo de la envidia, la interdependencia o la ecuanimidad (García-Campayo, Cebolla, et al., 2016).

Tabla 11

Modelo de ABCT de 8 semanas

	Introducción	Teoría	Prácticas formales	Prácticas informales
Semana 1	<ul style="list-style-type: none"> – Práctica inicial – Presentación de la técnica y del grupo 	<ul style="list-style-type: none"> – El funcionamiento de nuestro cerebro – La realidad del sufrimiento: sufrimiento primario y secundario – Qué es y qué no es compasión 	<ul style="list-style-type: none"> – Respiración compasiva y body scan compasivo – Afrontamiento compasivo ante las dificultades 	<ul style="list-style-type: none"> – Práctica de los 3 minutos compasiva – Diario de la autocompasión – Saborear y agradecer
Semana 2	<ul style="list-style-type: none"> – Práctica inicial: práctica de los tres minutos compasivos – Revisión de las tareas para casa 	<ul style="list-style-type: none"> – Compasión y mindfulness – Autoestima y compasión – Miedo a la compasión 	<ul style="list-style-type: none"> – Conectar con el afecto – Desarrollar una situación o un lugar seguro – El gesto y las frases compasivos 	<ul style="list-style-type: none"> – El objeto que nos une al mundo – Diario de la práctica de compasión – ¿En qué somos buenos?
Semana 3	<ul style="list-style-type: none"> – Práctica inicial: el gesto y frases compasivos – Revisión de las tareas para casa 	<ul style="list-style-type: none"> – Como actúa la compasión – Eficacia de la compasión – La autocrítica 	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar y desarrollar la figura de apego seguro – Sustituir la voz crítica por la voz compasiva 	<ul style="list-style-type: none"> – Escribir una carta a la figura de apego
Semana 4	<ul style="list-style-type: none"> – Práctica inicial: respiración compasiva – Revisión de las tareas para casa 	<ul style="list-style-type: none"> – Modelos de apego – Importancia de estos modelos en la vida diaria 	<ul style="list-style-type: none"> – Tomar conciencia de nuestro modelo de apego – Recibir afecto de amigos, indiferentes y enemigos 	<ul style="list-style-type: none"> – Carta a los padres

Semana 5	<ul style="list-style-type: none"> – Práctica inicial: recibir afecto de amigos, indiferentes y enemigos – Revisión de las tareas para casa 	<ul style="list-style-type: none"> – Importancia del afecto hacia uno mismo y hacia los demás 	<ul style="list-style-type: none"> – Dar afecto a amigos e indiferentes – Darnos afecto a nosotros mismos – La reconciliación con nuestros padres 	<ul style="list-style-type: none"> – Tres aspectos positivos y tres negativos de nuestros padres – La mayor muestra de afecto (en general y de nuestros padres)
Semana 6	<ul style="list-style-type: none"> – Práctica inicial: darnos afecto a nosotros mismos – Revisión de las tareas para casa 	<ul style="list-style-type: none"> – La culpa y la importancia del perdón 	<ul style="list-style-type: none"> – Hacerse consciente del daño que hemos hecho a otros y pedir perdón – Perdonar a otros y dar compasión a los enemigos – Perdonarse a uno mismo – Perdonar por el daño producido por personas queridas: el duelo patológico (opcional: solo para las personas con esta experiencia) 	<ul style="list-style-type: none"> – La compasión en la vida diaria
Semana 7	<ul style="list-style-type: none"> – Práctica inicial: afrontamiento compasivo – Revisión de las tareas para casa 	<ul style="list-style-type: none"> – Trabajar en los tres períodos – La envidia – Utilidad de ser nuestra figura de apego – Las personas difíciles 	<ul style="list-style-type: none"> – Trabajar con la envidia y desarrollar alegría por el éxito ajeno – Convertirnos en nuestra propia figura de apego – Manejo emocional de las relaciones difíciles 	<ul style="list-style-type: none"> – No tomarse nada personalmente – Mirarse a los ojos y conectar con el sufrimiento de los otros
Semana 8	<ul style="list-style-type: none"> – Práctica inicial: manejo de las situaciones difíciles – Revisión de las tareas para casa 	<ul style="list-style-type: none"> – La ecuanimidad – Cómo mantener la práctica de compasión a lo largo de la vida 	<ul style="list-style-type: none"> – La ecuanimidad (I): todos somos iguales – La ecuanimidad (II): la falacia de las categorías – La ecuanimidad (III): dar al mundo la gratitud que no hemos podido devolver 	<ul style="list-style-type: none"> – Nuestros valores y su relación con la compasión – La figura de apego cósmica – El abrazo tántrico

Este programa ha obtenido resultados satisfactorios al aumentar la autocompasión en adultos sanos (Navarro-Gil et al., 2020) y reducir el malestar afectivo en pacientes con ansiedad, depresión y trastornos adaptativos (Collado-Navarro et al., 2021). También se ha demostrado su utilidad clínica con pacientes con fibromialgia (Montero-Marin et al., 2019; Santos et al., 2022) , manteniéndose los resultados a medio plazo.

En este capítulo, se ha contextualizado la terapia que se va a utilizar en la intervención de la presente tesis doctoral. Se ha realizado un encuadre teórico de las terapias de tercera generación, mindfulness y compasión, explicando su definición, origen y sus mecanismos de acción. Se ha presentado un resumen de las principales prácticas, los programas con mayor evidencia y los beneficios generales de la compasión. En el caso de la compasión los estudios todavía son escasos y por ello esta investigación se vuelve más valiosa. En último lugar, se ha descrito detalladamente la terapia de compasión basada en los estilos de apego (ABCT), que es la que se va a aplicar en el presente estudio.

En el siguiente apartado se abordará la evidencia científica que tienen los programas de mindfulness y compasión en el alumnado universitario.

4 MINDFULNESS Y COMPASIÓN EN EL ALUMNADO UNIVERSITARIO

4.1 Eficacia de intervenciones de mindfulness para el alumnado universitario

Existe bastante bibliografía científica sobre la eficacia de las intervenciones de mindfulness y en concreto para la población universitaria. Varios estudios muestran que estas técnicas pueden reducir la ansiedad, el estrés y el agotamiento, y aumentar el bienestar psicológico en la población universitaria (Dawson et al., 2020; de Vibe et al., 2018; Patel et al., 2018; Regehr et al., 2013).

Se destaca la investigación de Galante et al. (2018), un estudio controlado aleatorizado realizado en una muestra de 616 alumnos y alumnas universitarias, en el que se les asignaba a un grupo de intervención de atención plena o a un grupo control. Los participantes del programa de mindfulness mostraron mayor resiliencia y lograron una disminución del malestar psicológico, en comparación con el grupo control, con un tamaño del efecto moderado. Además, los autores realizaron un seguimiento a largo plazo en el que se detectaron diferencias significativas en la angustia y el bienestar psicológicos un año después del tratamiento (Galante, Stochl, et al., 2021).

A nivel nacional, en España, destacan algunos trabajos que muestran que las IBM en el alumnado universitario pueden promover estilos de vida más saludables (Soriano-Ayala et al., 2020), la reducción del estrés, la ansiedad y el malestar psicológico (Gallego et al., 2014; Modrego-Alarcón et al., 2021; Moix et al., 2021).

Pese a que todavía la investigación está en fases preliminares y que la calidad metodológica de los estudios todavía es de calidad cuestionable (Dawson et al., 2020)

podemos encontrar múltiples metaanálisis sobre programas de mindfulness en estudiantado universitario (véase la tabla 12).

Tabla 12

Revisiones y metaanálisis relevantes y recientes sobre mindfulness en universitarios

Autoría	Nº de estudios	Población (N)	Diseño	Variables resultado
Bamber y Morpeth (2019)	25 (ECA)	Alumnado universitario de grado y postgrado (1492)	Revisión sistemática y metaanálisis	Ansiedad
Breedvelt (2019)	23 (ECA)	Alumnado universitario (1373)	Metaanálisis	Síntomas de depresión, ansiedad y estrés
Dawson (2020)	51 (ECA)	Alumnado universitario (¿?)	Metaanálisis	Salud mental, variables psicológicas, bienestar y salud física
Halladay et al. (2019)	41 (ECA)	Alumnado universitario de ciencias de la salud (4211)	Revisión sistemática y metaanálisis	Estrés; ansiedad; depresión; parámetros del sueño; abuso de sustancias; regulación emocional;
Ma et al. (2019)	25 (ECA)	Alumnado universitario con riesgo de sufrir síntomas depresivos (2742)	Revisión sistemática y metaanálisis	Síntomas depresivos
Ma et al. (2022)	19 (ECA)	Alumnado universitario	Metaanálisis	Síntomas depresivos y de ansiedad
McConville et al. (2017).	19 (ECA y estudios observacionales)	Alumnado de medicina, trabajo social, enfermería y psicología (1815)	Revisión sistemática y metaanálisis	Mindfulness; estrés; ansiedad; estado de ánimo; depresión; autoeficacia; empatía; resiliencia; rendimiento académico

Nota: Tabla de elaboración propia a través de los trabajos citados

En el metaanálisis de ECAs de Dawson et al. (2020) encontraron que las IBM, en el alumnado universitario reducen la angustia psicológica, la depresión, la ansiedad y la rumia y mejoran la atención plena y el bienestar, con tamaños de efecto pequeños a moderados. También, muestran que los efectos se mantienen en el seguimiento a tres meses para la angustia y la atención plena y que si existe una comparación con un grupo

de control activo los IBM mejoran significativamente en angustia psicológica y ansiedad. Aun así insisten, en que la calidad de los estudios sigue siendo baja, para esta población, con una baja calidad metodológica y heterogeneidad de efectos (Dawson et al., 2020).

Por otro lado, Bamber y Morpeth (2019) desarrollaron un metaanálisis específico para la medida de la ansiedad en los estudiantes universitarios, con resultados prometedores. La mayoría del alumnado que participó en las condiciones de mindfulness disminuyó sus niveles de ansiedad respecto a los participantes de las condiciones de control. Intervenciones de yoga, meditación y atención plena tuvieron efectos moderados para la disminución de la depresión, la ansiedad y el estrés (Breedvelt et al., 2019).

El estudio de metaanálisis de Halladay et al. (2019), encontró una pequeña reducción significativa de los síntomas de estrés percibido en los participantes asignados a la intervención en comparación con los participantes del grupo control. También encontraron una disminución moderada de la sintomatología ansiosa y depresiva después de la intervención.

Ma et al. (2019) realizaron un metaanálisis para determinar la eficacia de las intervenciones de mindfulness frente a condiciones de control no activos, encontraron reducciones significativas y moderadas en la sintomatología depresiva. Recientemente, realizaron un nuevo metaanálisis en el que encontraron que para los estudios que emplearon condiciones de control pasivo, los tamaños del efecto posterior a la intervención fueron significativos para los síntomas depresivos y de ansiedad. Sin embargo, no encontraron superioridad de las intervenciones frente al control activo (Ma et al., 2022).

Los metaanálisis coinciden en que hay una mala calidad metodológica y que los resultados deben interpretarse con precaución. Los informes de los estudios son pobres en información, por lo que hacen difícil su replicación, debe estandarizarse más las intervenciones que se llevan a cabo y comparar con controles activos para poder sacar conclusiones sobre los resultados (Breedvelt et al., 2019; Dawson et al., 2020). En cuanto a la evaluación de los resultados, existe una gran dependencia de las medidas de autoinforme, que pueden llevar a respuestas sesgadas de los participantes (Bamber & Schneider, 2016).

Por otra parte, las revisiones sistemáticas y metaanálisis presentes en la literatura se caracterizan por un bajo número de estudios elegibles, por una gran heterogeneidad entre los mismos y por un alto riesgo de sesgo de publicación (Bamber & Morpeth, 2019; Ma et al., 2019).

4.2 Intervenciones de compasión en las universidades y eficacia.

Desde algunas universidades internacionales se llevan a cabo algunos programas o compromisos institucionales con la compasión. A nivel nacional, en España, solo se ha encontrado el reciente proyecto de la Universidad de Huelva de ‘Universidad Contigo, Universidad Compasiva’, que se ha hecho público hace unas semanas. Se han recogido algunos ejemplos en la tabla 13.

En cuanto a la evidencia científica de estos programas la evidencia con esta población es muy escasa.

Tabla 13

Ejemplos de iniciativas de compasión por parte de algunas instituciones universitarias

Universidad	Nombre del proyecto (si procede)	Descripción	Enlaces de interés
Universidad de Emory	Centro de Ciencia Contemplativa y Ética Basada en la Compasión	Oferta de cursos de pregrado, también en cursos de postgrado y formación profesional y seminarios mensuales de ciencias contemplativas	https://compassion.emory.edu/
Universidad de Edimburgo	Iniciativa de compasión global	Compromiso institucional para promover un clima y aprendizaje compasivos. Reconocen la actitud compasiva como esencial para afrontar el cambio climático. Recursos y eventos programados anualmente para promover la compasión entre la comunidad educativa.	https://twitter.com/CompassionEdi https://www.ed.ac.uk/global-health/sdgs-and-compassion/compassion-in-action https://www.ed.ac.uk/global-health/sdgs-and-compassion/compassion-and-sdgs
Universidad de Harvard	Laboratorio de estrés y desarrollo	Conjunto de herramientas útiles para la gestión del estrés. En concreto tienen un apartado dedicado a la práctica de la autocompasión con textos, videos y audios.	https://sdlab.fas.harvard.edu/self-compassion
Universidad de Standford	Centro para la Investigación y Educación sobre la Compasión y el Altruismo (CCARE)	Apoyan la investigación y la educación compasiva. Ofrecen cursos de compasión y tienen numerosos recursos gratuitos, entrevistas, charlas, artículos, etc. También tienen un diccionario de términos relacionados con la compasión y una base de datos de artículos científicos relacionados con la compasión.	https://ccare.stanford.edu/ https://www.youtube.com/@CcareStanford/videos
Universidad libre de Bruselas (Vrije Universiteit Brussel)		Tiene un compromiso adquirido para fomentar la compasión en su comunidad educativa y convertirse en una “universidad compasiva”. Están muy enfocados en acompañar el duelo y la pérdida. Realizan distintos actos entre ellos una semana anual dedicada a la compasión.	https://www.vub.be/en/about-vub/vub-university-future/vub-compassionate-university
Universidad de Arizona		Cursos y sesiones semanales de prácticas de compasión para afrontar mejor la vida universitaria. Las clases CBCT se llevan a cabo varias veces al año.	https://compassioncenter.arizona.edu/university-courses-programs
Universidad de Naropa	Compassion Initiative	Se ha incluido en el plan de estudios de posgrado y pregrado de Naropa, más de 90 cursos que incluyen módulos sobre compasión. Colaboración entre los formadores de compasión del cuerpo docente central de Naropa y los investigadores de la compasión, para fomentar la información sobre la compasión en la comunidad educativa.	https://www.naropa.edu/academics/schools-centers/cace/the-compassion-initiative/ https://www.naropa.edu/the-soft-spot/
Universidad de Huelva	‘Universidad Contigo, Universidad Compasiva’,	Se va a realizar un proyecto durante 2024 que pretende llevar a cabo acciones de sensibilización, formación e intervención comunitaria para fomentar la compasión.	https://huelvabuenasnoticias.com/2023/12/06/la-universidad-de-huelva-aspira-a-convertirse-en-la-primera-universidad-compasiva-de-europa/#google_vignette

Nota: Elaboración propia a través de búsquedas en internet.

Específicamente en la población universitaria, la eficacia de la autocompasión no es concluyente ya que no hay mucha evidencia que sea consistente con la evidencia que se muestra en la población general (Dawson et al., 2020), lo que significa que aún más se requiere investigación (Kirby et al., 2017; Shonin et al., 2017). Unos pocos estudios que incluyen prácticas y programas explícitos basados en la terapia de compasión han mostrado resultados alentadores; sin embargo son estudios muy heterogéneos (véase tabla 14).

Varios estudios apuntan que las intervenciones de compasión y autocompasión en la población universitaria pueden disminuir el estrés, la sintomatología ansiosa y depresiva (Dundas et al., 2017; Huang et al., 2018; Smeets et al., 2014). Dundas et al (2017) encontraron reducciones significativas de la ansiedad y la depresión que se mantuvieron en el seguimiento a seis meses. En un curso de compasión que duro un semestre universitario (15 semanas) se encontraron cambios en el marcador salival del estrés alfa-amilasa, también mejoró la atención plena y la autocompasión, aunque, no mejoraron ni la depresión, ni el estrés percibido, ni la sintomatología ansiosa (Ko et al., 2018).

Se encontró un estudio piloto que se realizó en una muestra clínica de estudiantes universitarias, mujeres, que sufrían trastorno depresivo mayor y los resultados, en línea con la anterior, fueron la disminución significativa de los síntomas depresivos (Savari et al., 2021).

Se destaca que la mayoría de las muestras estuvieron compuestas por mujeres (Dundas et al., 2017; Yela et al., 2020), incluso, en algunos, de forma exclusiva (Savari et al., 2021; Smeets et al., 2014). Un único estudio piloto utilizaba la tecnología para ofrecer

un programa de intervención a través del smartphone (Andersson et al., 2021) Solo se ha encontrado una publicación que hace referencia a un estudio llevado a cabo en una universidad española (Yela et al., 2020).

Tabla 14

Publicaciones sobre intervenciones de compasión en la población universitaria

Autoría	Diseño	Población (N)	Intervención	Duración	Medidas
(Dundas et al., 2017)	ECA (control: lista de espera)	Alumnado universitario (158)	Intervención breve autocompasión	2 semanas (3 sesiones de 90 min)	Pre-post y seguimiento a 6 meses
(Ko et al., 2018)	ECA (control: lista de espera)	Alumnado universitario (41)	Seminario de compasión durante un semestre	15 semanas (2 sesiones semanales de 80 minutos)	Pre-post
(Huang et al., 2021)	ECA (control: lista de espera)	Alumnado universitario (69)	Curso de habilidades de autocompasión	4 semanas (sesiones semanales de 120 min)	Pre-post y seguimiento a 1 mes
(Savari et al., 2021)	ECA (control pasivo)	Estudiantes universitarias con depresión mayor (30)	Entrenamiento mental compasivo (CMT)	4 semanas (2 sesiones semanales de 90 min)	Pre-post
(Smeets et al., 2014)	ECA (control activo)	Estudiantes universitarias (52)	Entrenamiento breve en autocompasión	3 semanas (2 sesiones de 90 min y 1 sesión de 45 min)	Pre-post
(Yela et al., 2020)	Cuasiexperimental (sin aleatorización ni grupo control)	Alumnado universitario de posgrado de psicología clínica (61)	Programa MSC	8 semanas (8 sesiones de 160 min)	Pre-post
(Andersson et al., 2021)	Ensayo piloto aleatorizado (control: lista de espera)	Alumnado universitario (57)	Dos intervenciones a través de smartphone: (1) entrenamiento en compasión (2) atención plena	6 semanas (online a través del smartphone)	Pre-post

Nota: Elaboración propia a través de los trabajos citados. ECA= Ensayo controlado aleatorizado, Pre-post= medidas antes y después del tratamiento, CMT= Compassion Mental Therapy, MSC= Mindfulness Self-Compassion.

En este apartado, se han reflejado los principales programas de intervención y su evidencia de efectividad para mejorar la salud mental de la población que nos suscita mayor interés para este trabajo, que es la población universitaria.

En el siguiente apartado, se expondrá tanto la motivación para llevar a cabo el presente trabajo, así como, su valor como aportación al estado de la cuestión. Se expondrán los objetivos que se quieren llevar a cabo y las hipótesis de las que parte esta tesis doctoral.

5 JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

5.1 Justificación

La efectividad de los programas basados en la compasión que utilizan prácticas específicas para desarrollar la compasión, aún no se han probado en poblaciones no clínicas. Aunque la enseñanza implícita que se da en las IBM es encomiable, todavía no está claro si la compasión se puede entrenar también explícitamente a través de meditaciones específicas y prácticas relacionales para mejorar las cualidades compasivas de los participantes (Brito-Pons et al., 2018). Esto provoca que la investigación sobre la efectividad de programas de compasión, como la que se lleva a cabo en este trabajo, sirvan para clarificar esta cuestión, que está todavía pendiente de respuesta.

El presente estudio continuará esta línea de investigación al evaluar la efectividad de un programa ABCT adaptado de seis semanas en el tratamiento del malestar psicológico en estudiantes universitarios, en comparación con la terapia de relajación. También evaluará el efecto del programa de ABCT sobre algunas variables clínicas como la depresión, ansiedad, el afecto positivo y negativo, el burnout y la regulación emocional.

Además, se quiere analizar el poder de esta intervención para lograr cambios significativos en las variables de mindfulness, estilos de apego, compasión y aceptación.

También es propósito del equipo investigador evaluar, en un futuro, el papel mediador potencial del estilo de apego, la evitación experiencial (es decir, la falta de voluntad para experimentar pensamientos y emociones dolorosas) (Berta-Otero et al., 2022), la compasión (por los demás/uno mismo) y las habilidades de atención plena (es decir, una

conciencia del momento presente que se caracteriza por una actitud de no juzgar) en el grupo de intervención, en comparación con el grupo de control activo basado en la terapia de relajación.

Además, hasta donde sabemos todavía no se ha llevado a cabo un protocolo de compasión en la población universitaria española, y como hemos visto en apartados anteriores no hay casi investigaciones sobre las técnicas de compasión en esta población y menos todavía ECAs que tuvieran un control activo. La mayoría de las investigaciones previas en esta área han sido correlacionales y no pueden utilizarse como base para sacar conclusiones sobre la causalidad.

5.2 Objetivos

Por todo lo descrito anteriormente, en el presente trabajo se lleva a cabo un estudio que parte de los siguientes objetivos:

5.3 Objetivo general

El objetivo general de esta tesis doctoral será evaluar la efectividad de un programa ABCT de seis semanas, en comparación con un grupo de control activo basado en técnicas de relajación (incluida la relajación muscular progresiva y la visualización guiada), para la reducción de los síntomas de malestar psicológico en alumnado universitario.

5.4 Objetivos específicos

Los objetivos específicos son:

- a) Examinar los efectos de una intervención de seis semanas de ABCT sobre la ansiedad, la depresión, el estrés, el burnout, el afecto positivo y negativo y la regulación emocional en población universitaria.
- b) Analizar los efectos de una intervención de seis semanas en ABCT sobre las variables de mindfulness, compasión, aceptación y estilos de apego en población universitaria.
- c) Evaluar si se producen diferencias relacionadas con la adherencia a la intervención del grupo intervención respecto al grupo control.

5.5 Hipótesis

Teniendo en cuenta los objetivos que se han expuesto, las hipótesis desde las que parte este trabajo son las siguientes:

Hipótesis 1: El programa de ABCT será más eficaz que la condición de relajación para reducir el malestar psicológico en población universitaria después de la intervención y en el seguimiento a seis meses.

Hipótesis 2: El programa ABCT mostrará ser más eficaz que la condición de relajación para la mejora de los síntomas de ansiedad, depresión, estrés y burnout, así como el afecto positivo y negativo, y la regulación emocional en la evaluación post-tratamiento.

Hipótesis 3: Las mejoras producidas por el programa de ABCT en la angustia psicológica, la ansiedad, la depresión, el estrés, el burnout, el afecto positivo y negativo y la regulación emocional se mantendrán a los seis meses de seguimiento.

Hipótesis 4: Se observarán mejoras significativas en el estilo de apego, la evitación experiencial, la compasión (por los demás/uno mismo) y las habilidades de mindfulness tras la intervención de seis semanas en ABCT.

Hipótesis 5: La intervención de ABCT mejorara significativamente el estilo de apego, la evitación experiencial, la compasión (por los demás/uno mismo) y las habilidades de mindfulness en el seguimiento a seis meses.

6 MÉTODO

Toda la información que se expone en este apartado describe en detalle todo el protocolo que se ha seguido, para llevar a cabo el estudio de investigación de esta tesis doctoral. El protocolo está publicado en una revista científica indexada, habiéndose sometido a una revisión por pares (ver Anexo I) (Beltrán-Ruiz et al., 2023)

6.1 Reclutamiento y selección de los participantes

Se seleccionaron a estudiantes de la Universidad de Zaragoza y de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), ambas en España, que cumplieran los criterios de inclusión/exclusión que se muestran en la Tabla 15.

La captación de los posibles participantes se inició de la siguiente manera: 1) Se colocaron carteles informativos en el campus principal de la Universidad de Zaragoza, en los principales centros de estudio de los alumnos de la UNED y en otros lugares de interés para estudiantes universitarios, para animar a los estudiantes interesados a ponerse en contacto vía e-mail; 2) Se contactó con diferentes organizaciones estudiantiles para que enviaran información a través del correo electrónico, sin proporcionar ningún dato personal al grupo de investigación; 3) Se contactó con medios de comunicación (por ejemplo, periódicos) para difundir información sobre el estudio de investigación y proporcionar un correo electrónico de contacto para cualquier estudiante interesado.

Tabla 15.

Criterios de inclusión y exclusión para el estudio

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
a) mayores de 17 años	a) mayor de 30 años
b) cursando estudios de grado o máster o doctorado	b) tener un diagnóstico de una enfermedad que afecte al Sistema Nervioso Central o de una enfermedad mental grave
c) dominio del español hablado y escrito	c) consumo de drogas recreativas o medicamentos sin receta que puedan afectar el sistema nervioso.
d) proporcionar el consentimiento informado firmado.	

Nota. Tabla de elaboración propia.

6.2 Tamaño muestral

La estimación del tamaño de la muestra se calculó en base a la suposición de que el grupo ABCT sería capaz de obtener efectos intermedios en comparación con la condición de control activo basada en la terapia de relajación. Para determinar esto, se consideró una diferencia estandarizada entre los brazos del ensayo en el resultado principal (malestar psicológico, medido por la escala total de Depression, Anxiety and Stress Scale [DASS-21]) de 0,5, que es la estimación más conservadora observada en un estudio similar anterior que incluyó a estudiantes universitarios y brindó una intervención psicológica de tercera ola basada en seis sesiones de meditación (Modrego-Alarcón et al., 2021), y generalmente se considera una regla general común de cambio clínicamente significativo (Norman et al., 2003). Considerando un poder $(1-\beta)$ de 0,80 para un contraste de dos colas y un α de 0,05 con una proporción de asignación de grupo de 1:1, obtuvimos un tamaño de grupo de aproximadamente 64 sujetos. Por tanto, el tamaño total de la muestra requerida será de 128 participantes voluntarios de la población estudiantil universitaria. Asumiendo una tasa de pérdida de alrededor del 30

%, según un estudio similar anterior (Modrego-Alarcón et al., 2021), se inflaron los números para que el tamaño total de la muestra sea de aproximadamente 190 sujetos, 95 en cada grupo.

6.3 Diseño y condiciones experimentales

Este estudio es un ensayo controlado aleatorizado (RCT, por sus siglas en inglés) que comprende dos brazos paralelos: ABCT (grupo de intervención) y terapia de relajación (control activo). Se realizaron mediciones previas y posteriores al tratamiento y de seguimiento seis meses después de la intervención, y una proporción de asignación de 1:1 entre los grupos. Una muestra de alumnado universitario de Zaragoza, España, fue asignado de manera aleatoria a las dos condiciones del estudio.

El estudio tuvo lugar entre 2022 y 2023. Se realizó el reclutamiento y después los grupos de intervención en dos momentos temporales distintos durante el mismo curso escolar. La primera fase se llevó a cabo en el primer semestre del curso en octubre y noviembre 2022/2023 y la segunda en marzo y abril de 2023. Todos los programas se hicieron en periodos libres de exámenes y siguieron el mismo esquema (ver figura 9).

Figura 9

Diseño experimental



6.3.1 Condición compasión

La condición experimental consistió en un programa de seis semanas del protocolo de ABCT, desarrollado por Javier García Campayo y Marcelo De Marzo (2015). Anteriormente se han desarrollado los fundamentos teóricos de este programa, ahora se van a exponer los contenidos del programa tal y como se llevaron a cabo en la muestra de estudiantes universitarios. La Tabla 16 muestra cómo se estructuran las sesiones en términos de teoría y prácticas formales e informales. Semanalmente se establecieron tareas para casa que consistieron en ejercicios prácticos. Los y las participantes dispondrán de audios para que puedan realizarlas entre sesiones. El programa ABCT será dirigido por una psicóloga clínica con experiencia en ABCT y terapias de tercera generación.

Tabla 16

Programa de ABCT de seis semanas

Sesión	Teoría	Práctica
Semana 1 Descubriendo nuestro mundo compasivo	- El funcionamiento de nuestro cerebro - La realidad del sufrimiento: sufrimiento primario y secundario - Qué es y qué no es compasión	<u>Prácticas formales:</u> - Respiración compasiva y <i>body scan</i> compasivo - Afrontamiento compasivo ante las dificultades <u>Prácticas informales:</u> - Práctica de los 3 minutos compasiva - Saborear y agradecer
	Objetivos	
	Comprender que el cerebro está diseñado para la supervivencia y no para buscar la felicidad. Reflexionar sobre la realidad del sufrimiento diferenciando entre sufrimiento primario y secundario. Eliminar mitos y/o creencias erróneas sobre la compasión. Aprender a realizar las prácticas formales e informales del módulo.	
Sesión	Teoría	Práctica
Semana 2 Preparándonos para la compasión: la atención amable	- Profundizar en el concepto de compasión y mindfulness - Conceptos relacionados con la compasión - Miedo a la compasión	<u>Prácticas formales:</u> - Conectar con el afecto - Desarrollar una situación o un lugar seguro - El gesto y las frases compasivos <u>Prácticas informales:</u> - El objeto que nos une al mundo - Diario de la práctica de compasión - ¿En qué somos buenos?
	Objetivos	
	Desarrollar el concepto de compasión y diferenciarlo de otros conceptos relacionados como mindfulness, autoestima o empatía. Hablar sobre posibles miedos o resistencias que surgen ante la compasión. Aprender prácticas para experimentar el afecto, y la compasión.	
Sesión	Teoría	Práctica
Semana 3 Desarrollando nuestro mundo compasivo	- Como actúa la compasión - La figura de apego - Eficacia de la compasión - La autocrítica	<u>Prácticas formales:</u> - Identificar y desarrollar la figura de apego seguro - Sustituir la voz crítica por la voz compasiva <u>Prácticas informales:</u> - Escribir una carta a la figura de apego
	Objetivos	
	Comprender los mecanismos de acción a través de los cuales actúa la compasión. Comenzar a desarrollar la figura de apego seguro, que va a servir como referencia en situaciones de malestar, de dificultad o duda para generar compasión. Conocer la evidencia de la efectividad de la compasión en distintos ámbitos. Profundizar en la voz crítica, reflexionar sobre su utilidad y la posibilidad de cambiarla por una voz autocompasiva.	

Sesión	Teoría	Práctica
Semana 4 Entendiendo nuestra relación con la compasión	<ul style="list-style-type: none"> - Modelos de apego - Importancia de estos modelos en la vida diaria - La relación con los padres 	<u>Prácticas formales:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar conciencia de nuestro modelo de apego - Recibir afecto de amigos, indiferentes y enemigos <u>Prácticas informales:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Carta a los padres
	Objetivos Conocer los distintos modelos de apego y reflexionar sobre el impacto que tienen en la vida diaria. Reconocer el propio modelo de apego que explica algunas cosas de como la personas se relaciona con el mundo. Reflexionar sobre la capacidad para recibir afecto de otros. Identificar posibles causas de malestar o dificultades en la relación con los padres e intentar eliminar el odio y la culpa.	
Semana 5 Trabajando sobre nosotros mismos	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia del afecto hacia uno mismo y hacia los demás 	<u>Prácticas formales:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Dar afecto a amigos e indiferentes - Darnos afecto a nosotros mismos - La reconciliación con nuestros padres <u>Prácticas informales:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Tres aspectos positivos y tres negativos de nuestros padres - La mayor muestra de afecto (en general y de nuestros padres)
	Objetivos Explorar la relación con el afecto. Reflexionar sobre la importancia de dar y recibir el afecto de otros y también sobre la relación del afecto con el apego seguro. Practicar con dar afecto a los demás y a uno mismo. Seguir profundizando en la reconciliación con los padres.	
Sesión Semana 6 La importancia del perdón	<ul style="list-style-type: none"> - El concepto del perdón - La utilidad de perdonar - Las fases, resistencias y recursos para generar perdón 	<u>Prácticas formales:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Perdonarse a uno mismo - Perdonar a otros <u>Prácticas informales:</u> <ul style="list-style-type: none"> - La interdependencia - Compasión en la vida diaria
	Objetivos Reflexionar sobre el significado del perdón. Entender las fases y dificultades que se producen cuando se perdona. Saber como estructurar la práctica del perdón y los principales recursos para generarlo. Terminar reflexionando como llevar la práctica compasiva y autocompasiva a la vida diaria.	

6.3.2 Condición control activo, relajación

Se utilizará el programa de relajación muscular progresiva propuesto por Bernstein y Borkovec (1973). Para hacer coincidir este programa con el programa ABCT, se

adaptará a seis sesiones, cada una de las cuales durará 90 minutos, con la adición de imágenes guiadas. Como en el caso anterior, también se establecerán tareas que consistirán en ejercicios prácticos mediante grabaciones de audio, que se realizarán entre sesiones. Los contenidos y estructura de las sesiones se describen en la Tabla 17. El programa de relajación será facilitado por un psicólogo clínico con experiencia en técnicas de relajación.

Tabla 17

Contenido del programa de relajación

Sesión	Contenidos	
Sesión 1	Teoría - Presentación del grupo y de los objetivos de la relajación - Principios básicos de la relajación muscular progresiva - Breve explicación del procedimiento inicial con 16 grupos musculares	Práctica - Práctica de relajación muscular progresiva con 16 grupos musculares - Entrenamiento en imaginación - Identificar las sensaciones y dificultades de la práctica
Sesión 2	- Teoría de las técnicas de visualización	- Práctica de la relajación muscular progresiva con 16 grupos musculares - Práctica de visualización: la naranja - Identificar las sensaciones y dificultades de la práctica
Sesión 3	- Explicación del procedimiento con 7 grupos musculares - Elementos para tener en cuenta a la hora de realizar las relajaciones (espacio, ambiente, etc.)	- Práctica de la relajación muscular progresiva con 7 grupos musculares - Práctica de visualización: la playa - Identificar las sensaciones y dificultades de la práctica
Sesión 4	- Re flexionar sobre la utilidad de las técnicas de relajación	- Práctica de la relajación muscular progresiva con 7 grupos musculares - Práctica de visualización: el paisaje - Identificar las sensaciones y dificultades de la práctica
Sesión 5	- Explicación del procedimiento de relajación muscular progresiva con 4 grupos musculares	- Práctica de la relajación muscular progresiva con 4 grupos musculares - Prácticas de visualización: el globo y la luz blanca - Identificar las sensaciones y dificultades de la práctica
Sesión 6	- Explicación de la relajación por evocación y recuento. - Relajación en el día a día, como mantener la práctica.	- Relajación por evocación + recuento - Práctica de visualización: el día perfecto - Identificar las sensaciones y dificultades de la práctica

Nota: Adaptado del programa de relajación muscular progresiva propuesto por Bernstein and Borkovec (1973), con el añadido de prácticas de visualización y entrenamiento en imaginación guiada.

6.4 Procedimiento

Como se ha explicado con anterioridad, el alumnado interesado en el proyecto contactó por correo electrónico con el equipo investigador. A aquellos que contactaron se les proporcionó información más detallada por medio de una llamada telefónica o una reunión virtual. Un asistente de investigación explicó el estudio y verificó que el alumnado cumplía con los criterios de inclusión. En este contacto también especificó la ruta por la cual el o la participante prefería recibir el documento de información del estudio (véase anexo II), se le mandó por este medio y también se proporcionó un enlace a la evaluación de línea de base.

Todas las evaluaciones se realizaron online, tanto al inicio como en las posteriores mediciones de seguimiento: al final de la intervención (postratamiento), y a los seis meses. Las encuestas se completaron online mediante SurveyMonkey®.

Antes de comenzar la encuesta de línea de base, los participantes tuvieron la oportunidad de leer la hoja de información, aceptar los términos y condiciones de privacidad del sitio web y firmar el formulario de consentimiento informado. El proceso de reclutamiento y evaluación de línea continuó hasta que se obtuvo el tamaño de muestra requerido.

Una vez completada la línea base, un miembro del equipo de investigación, distinto al evaluador y a los facilitadores de las condiciones experimentales, asignó, mediante una secuencia generada por ordenador, a los participantes a cada brazo. Los participantes se asignaron a las condiciones: (1) grupo de intervención de ABCT o (2) grupo control de relajación. Una vez concluidos los programas se les realizaron las medidas de evaluación postratamiento y seguimientos, con el mismo procedimiento que la encuesta basal.

6.5 Evaluación e instrumentos de medida

En primer lugar se realizó un cuestionario sociodemográfico al comienzo del estudio. Posteriormente se realizaron evaluaciones de variables psicológicas en tres momentos temporales: pre-tratamiento, post-tratamiento, y a los 6 meses de haber recibido el tratamiento. El cuestionario sociodemográfico es un cuestionario de elaboración propia donde se recabo información sobre la edad, lugar de nacimiento, género, estado civil, estudios que se están cursando, estatus laboral (empleado, no empleado), tipo de contrato para quienes trabajan y experiencia previa en relajación, mindfulness o compasión.

Se evaluaron y compararon los resultados del ABCT y las condiciones de control. La variable principal es una medida global autoinformada de malestar psicológico. Los resultados secundarios permiten una exploración más detallada de ABCT para las variables de depresión, ansiedad, estrés, agotamiento, regulación emocional y afectividad. Además, se exploró el papel del estilo de apego, la evitación experiencial, la compasión (por los demás/uno mismo) y mindfulness como posibles mediadores de los resultados.

Variable principal

- A) El resultado principal fue la angustia psicológica posterior a la intervención como criterio de valoración principal, que se evaluará utilizando la versión corta de las Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995). El DASS-21 es un cuestionario de autoinforme compuesto por las tres subescalas de depresión, ansiedad y estrés. Cada una de las subescalas consta de siete ítems con opciones de respuesta tipo Likert (desde 0 “no me ha

ocurrido” hasta 3 “me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo”). El resultado de cada una de estas escalas se duplicará hasta conseguir la equivalencia con la versión larga de 42 ítems (Lovibond & Lovibond, 1995). El DASS-21 ha sido validado específicamente en población española, mostrando fuertes valores de consistencia interna (escala total $\alpha = 0,96$; depresión $\alpha = 0,93$; ansiedad $\alpha = 0,86$ y estrés $\alpha = 0,91$), así como patrones apropiados de discriminación, validez convergente y factorial (Daza et al., 2002). La puntuación total de la escala DASS-21 se considerará el resultado principal y las subescalas del DASS-21 (es decir, depresión, ansiedad y estrés) se considerarán resultados secundarios.

VARIABLES SECUNDARIAS

- B) El afecto positivo y el afecto negativo se evaluarán mediante la Escala de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Schedule; PANAS) (Watson et al., 1988). Este cuestionario de autoinforme consta de dos escalas de 10 ítems (es decir, afecto positivo y afecto negativo). Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de cinco puntos, desde 1 (“nada”) hasta 5 (“mucho”). La consistencia interna de la versión española de las escalas positiva y negativa PANAS es adecuada, con valores de $\alpha = 0,87$ y $0,91$, respectivamente (Sandín et al., 1999).
- C) La regulación emocional se medirá mediante el Cuestionario de Regulación Emocional (Emotional Regulation Questionnaire; ERQ) (Gross & John, 2003). Esta escala consta de 10 ítems, a los que los participantes responden mediante una escala Likert de siete puntos (1 = "muy en desacuerdo", 7 = "muy de acuerdo"). El ERQ está diseñado para medir la tendencia de los encuestados a

regular sus emociones a través de 1) reevaluación cognitiva (6 ítems) y 2) supresión expresiva (4 ítems). La versión española del ERQ muestra una adecuada consistencia interna (reevaluación cognitiva: $\alpha = 0,89-0,90$; supresión expresiva: $\alpha = 0,76-0,80$), fiabilidad test-retest y validez convergente o discriminante (Cabello et al., 2013).

D) Los síntomas de burnout se evaluarán mediante el *Maslach Burnout Inventory Student Survey* (MBI-SS) (Schaufeli, Martínez, et al., 2002) Este inventario consta de 15 ítems, en los que se cambian las referencias al trabajo por referencias al estudio. El MBI-SS incluye tres subescalas: agotamiento (5 ítems), cinismo (4 ítems) y eficacia (6 ítems). Los participantes responden en una escala tipo Likert con siete opciones de respuesta que van del 0 (“nunca”) al 6 (“siempre”). Las propiedades psicométricas de la validación española del MBI-SS se han observado adecuadas (agotamiento $\alpha = 0,83$, cinismo $\alpha = 0,83$ y eficacia $\alpha = 0,82$) (Pérez-Fuentes et al., 2020).

Variables relacionadas con mindfulness y compasión:

E) El estilo de apego se medirá utilizando el Cuestionario de Relaciones (Relationship Questionnaire; RQ) (Bartholomew & Horowitz, 1991), un cuestionario de autoinforme en el que se pide a los participantes que evalúen en que grado se sienten identificados con cuatro párrafos separados, cada uno de los cuales representa un estilo de apego seguro, preocupado, de rechazo o temeroso mediante una escala tipo Likert de siete puntos. Un algoritmo permite una clasificación categórica del estilo de apego (es decir, seguro o inseguro) (Griffin & Bartholomew, 1994b). El RQ también ofrece la posibilidad de medir dos

dimensiones clave que subyacen al apego en los adultos: la ansiedad, que está más relacionada con uno mismo, y la evitación, que está más relacionada con los demás (Griffin & Bartholomew, 1994a). Los estudios han demostrado que la confiabilidad del cuestionario RQ es alta (Leak & Parsons, 2001). En nuestro estudio se utilizará la versión española validada del RQ, que muestra adecuadas propiedades psicométricas (Yárnoz & Comino, 2011).

F) La evitación experiencial se evaluará con el *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II) (Bond et al., 2011). El AAQ-II es una medida de evitación experiencial como un aspecto de falta de flexibilidad psicológica. Está compuesto por siete ítems en una escala tipo Likert de siete puntos, donde 1 es “nunca es cierto” y 7 es “siempre es cierto”. Los ítems reflejan una falta de voluntad para experimentar emociones o pensamientos no deseados, y una falta de capacidad para estar en el momento presente y comportarse de acuerdo con lo que se valora cuando se experimentan eventos psicológicos no deseados. El instrumento presenta una solución unifactorial, con buena consistencia interna ($\alpha = .88$), y buena validez convergente, divergente y discriminante (Berta-Otero et al., 2022). Se utilizará una adaptación al español (Ruiz et al., 2013).

G) La compasión se evaluará utilizando la Escala de *Sussex-Oxford Compassion for Others Scale* (SOCS-O) y *Sussex-Oxford Compassion for the Self Scale* (SOCS-S) (Gu et al., 2020). La SOCS-O y la SOCS-S representan dos dimensiones, la compasión por los demás y la autocompasión, respectivamente, con 20 ítems cada una. Los participantes indican en que grado están de acuerdo con cada afirmación utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos, que van desde 1 (“nunca es verdad”) hasta 5 (“siempre es verdad”). Se calcula una puntuación

total para el SOCS-O y el SOCS-S, donde las puntuaciones más altas significan mayores niveles de compasión por los demás o autocompasión. Ambas escalas se componen de cinco subescalas que son: (1) reconocer el sufrimiento, (2) comprender la universalidad del sufrimiento, (3) sentir por la persona que sufre, (4) tolerar sentimientos incómodos, (5) motivación para actuar/aliviar el sufrimiento. El estudio utilizará una adaptación de la escala al español que ha mostrado buenas cualidades psicométricas (García-Campayo et al., 2023).

H) Las habilidades de atención plena se medirán con una versión corta (24 ítems) del Cuestionario de las cinco facetas de la atención plena (FFMQ-SF) (Bohlmeijer et al., 2011). El cuestionario FFMQ se agrupa en cinco facetas de atención plena: observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar la experiencia interior y no reactividad a la experiencia interior. Los participantes deben indicar el grado en que cada uno de los ítems es generalmente cierto para ellos en una escala tipo Likert de cinco puntos, desde 1 (“nunca o muy raramente verdad”) hasta 5 (“muy a menudo o siempre verdad”). Las puntuaciones de las subescalas se pueden combinar para producir una puntuación total. La versión española del FFMQ-SF presenta buenos valores de consistencia interna para la puntuación total ($\alpha = 0,70$) y subescalas (valores α que oscilan entre 0,65 y 0,80), y una estructura factorial adecuada (Asensio-Martínez et al., 2019; Cebolla et al., 2012)

6.6 Aspectos éticos

La aprobación ética fue otorgada por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA; registro: PI21-395; 6 de octubre de 2021) (Anexo III). El estudio se

llevará a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki de 1964 y enmiendas posteriores. Cuando sean necesarias posibles modificaciones al presente protocolo, serán decididas y acordadas por todos los autores del manuscrito y requerirán la aprobación previa del comité de ética correspondiente y del registro del ensayo. Todos los sujetos firmarán un formulario de consentimiento informado y se les permitirá abandonar el estudio en cualquier momento si así lo desean. Sus datos personales serán totalmente anonimizados y cifrados, y sólo se utilizarán para fines relacionados con el presente estudio.

Las fuentes de financiación no influirán en el diseño del estudio ni en la recopilación, gestión, análisis e interpretación de los datos. No tendrán influencia en las publicaciones ni en los informes finales del estudio.

6.7 Análisis estadístico

Los resultados se presentarán de acuerdo con las recomendaciones CONSORT (Moher et al., 2001; Moher & Chan, 2014). Todas las variables se describirán y estarán sujetas a inspección visual al inicio del estudio mediante el uso de frecuencias (proporciones) para variables cualitativas o medias (desviaciones estándar, DT) para variables cuantitativas. Se realizó un análisis por intención de tratar modificado (m-ITT), incluyendo en el análisis los sujetos que proporcionaron datos en función del grupo al cual habían sido asignados aleatoriamente, independientemente de su adherencia al tratamiento.

Para evaluar la diferencia de asistencia entre las dos condiciones se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. En cuanto a la adherencia se realizó una prueba chi-cuadrado para observar diferencias entre los grupos.

Análisis principal

La efectividad del grupo ABCT versus el grupo control basado en terapia de relajación será evaluado en el postratamiento sobre la puntuación total principal DASS-21, considerada como una variable continua. Se llevarán a cabo regresiones lineales de efectos mixtos multinivel mediante un diseño de medidas repetidas por intención de tratar (ITT), utilizando el método de máxima verosimilitud restringida (REML). Se proporcionarán los valores de las pendientes no estandarizadas e intervalos de confianza del 95% (IC del 95%) para la interacción "grupo x tiempo", junto con las medias crudas (DE) por grupo. Se calculará el tamaño del efecto por medio de la d de Cohen, estimada utilizando la DE combinada de ambos grupos de intervención al inicio del estudio (pre-intervención) (Morris, 2008). Los ES se consideran pequeños cuando $d \leq 0,2$; medio cuando $d = 0,5$; y grande cuando $d \geq 0,8$ (Cohen, 2013).

Análisis secundario

La efectividad del grupo ABCT versus el grupo de relajación con respecto a los resultados secundarios, así como los puntos de tiempo secundarios, se evaluarán siguiendo la misma estrategia analítica utilizada para el análisis principal.

Nivel de significancia

Se establecerá un nivel alfa de 0,05 mediante una prueba de dos colas. Para llevar a cabo el análisis se utilizó el paquete estadístico Stata – v18.

7 RESULTADOS

7.1 Flujo de los participantes y adherencia al programa

En la **Figura 10** se muestra el flujo de los participantes a lo largo de todo el estudio. Después del periodo de reclutamiento, un total de 240 estudiantes se pusieron en contacto para comenzar con el estudio. De estos, hubo 50 que abandonaron el estudio antes de comenzar: 8 no eran estudiantes universitarios, 23 decidieron finalmente no participar y 19 tuvieron manifestaron que no tenían tiempo o disponibilidad para realizar las sesiones que se realizaron de lunes a viernes. Finalmente, un total de 190 participantes realizaron la evaluación basal y, por lo tanto, fueron aleatorizados a las condiciones experimentales: ABCT (N= 93) y el grupo control de relajación (N= 97).

El porcentaje de asistencia a 3 o más sesiones fue del 76,31% (145/190) de la muestra, siendo la asistencia para cada uno de los grupos de un 76,29% (74/97) para el grupo control de relajación y un 76,34% (71/93) para el grupo de ABCT. En la figura 11 se muestra un gráfico con la distribución de la muestra, en porcentajes, según el número de sesiones a las que asistieron. La media de asistencia a las sesiones para el grupo control fue de 3,91 (DT= 2) y para el grupo intervención 3,71 (DT= 1,97). Como se puede observar la asistencia fue baja en ambos grupos. No hubo diferencias significativas entre los grupos ($p > 0,05$).

Figura 10.

Diagrama de flujo de los participantes del estudio

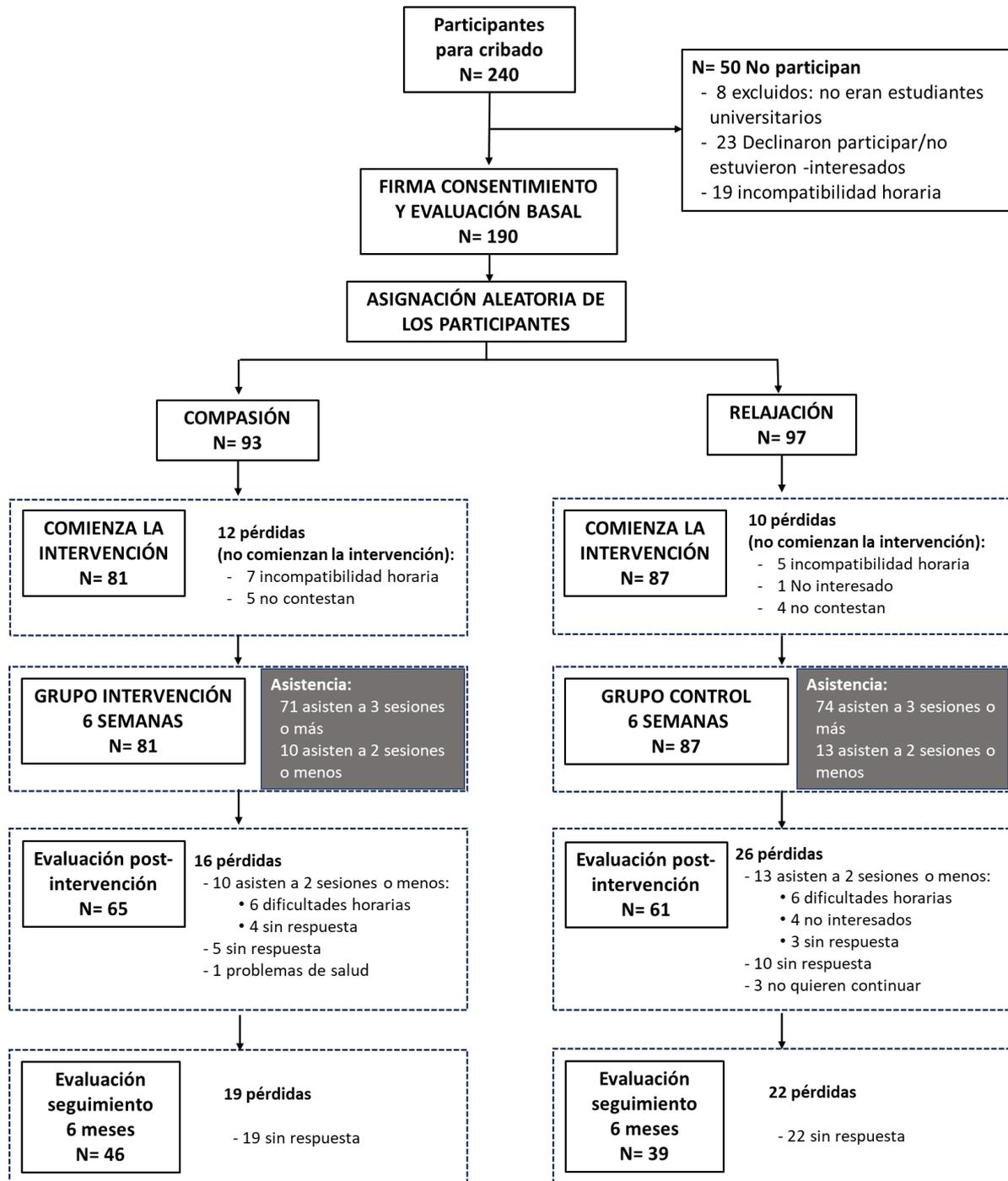
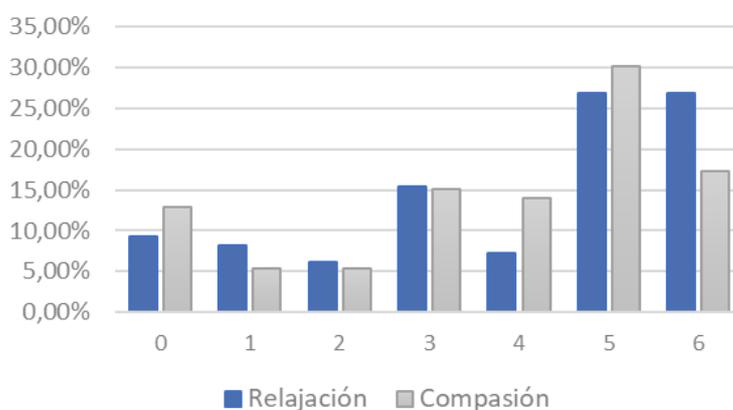


Figura 11

Porcentajes de asistencia a las sesiones en cada uno de los grupos

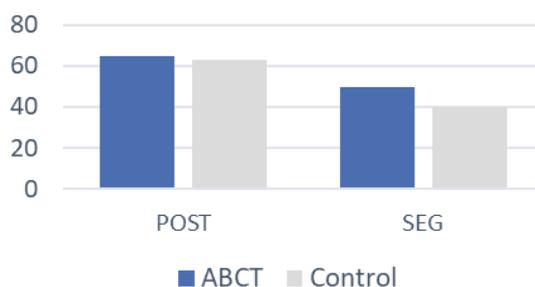


En cuanto a la adherencia general al estudio, un 66,32% (126/190) de los participantes completaron la evaluación post-tratamiento, mientras que solo un 44,73% (85/190) completaron la evaluación de seguimiento a los 6 meses.

Como se muestra en la figura 12, los porcentajes de cumplimentación de las evaluaciones fueron similares en el momento post-intervención para ambos grupos. El porcentaje de participantes que completaron las evaluaciones de seguimiento fue un poco superior para el grupo ABCT, en la medida de seguimiento (Grupo ABCT= 49,46% [46], grupo relajación= 40,2% [39]). No existen diferencias significativas ($p > 0,05$).

Figura 12

Porcentaje de cumplimentación de las evaluaciones por grupos.



7.2 Características sociodemográficas de la muestra

A continuación, se muestran las características sociodemográficas de la muestra para cada una de las condiciones experimentales. La mayoría se muestran con valores porcentuales, ya que son variables categóricas, a excepción de la edad en la que se ha utilizado la media y la desviación típica (véase tabla 18).

Un 85,79% (163) de la muestra son mujeres, un 84,5% (82) del grupo control y un 87,1% (81) del grupo ABCT. La media de edad de las participantes fue de 21,41 (DT= 5.33) años en el grupo de relajación y de 22,15 (DT= 4,42) en el grupo ABCT.

Tabla 18

Características sociodemográficas de los participantes por grupo

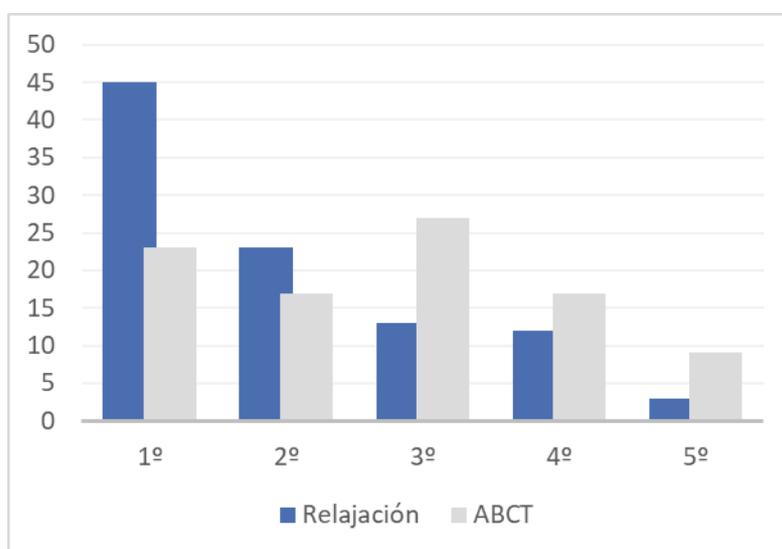
	Relajación (n = 97)	ABCT (n = 93)
Características demográficas		
Edad, M (DT)	21.41 (5.33)	22.15 (4.42)
Género, mujer, n (%)	82 (84.5)	81 (87.1)
Estudiando		
<i>Grado, n (%)</i>	92 (94.8)	84 (90.3)
<i>Máster, n (%)</i>	2 (2.1)	2 (2.2)
<i>Doctorado, n (%)</i>	3 (3.1)	7 (7.5)
Año académico		
<i>1º, n (%)</i>	45 (46.4)	23 (24.7)
<i>2º, n (%)</i>	23 (23.7)	17 (18.3)
<i>3º, n (%)</i>	13 (13.4)	27 (29.0)
<i>4º, n (%)</i>	12 (12.4)	17 (18.3)
<i>5º, n (%)</i>	3 (3.1)	9 (9.7)
Estado civil		
<i>Soltero, n (%)</i>	77 (79.4)	70 (75.3)
<i>Casado/en una relación, n (%)</i>	20 (20.6)	22 (23.7)
<i>Divorciado, n (%)</i>	0 (0.0)	1 (1.1)
Situación laboral		
<i>Trabajando (tiempo completo), n (%)</i>	3 (3.1)	4 (4.3)
<i>Trabajando (jornada parcial), n (%)</i>	17 (17.5)	13 (14.0)
<i>Sin trabajo (buscando trabajo), n (%)</i>	9 (9.3)	11 (11.8)
<i>Sin trabajo (sin buscar trabajo), n (%)</i>	48 (49.5)	46 (49.5)
<i>Otros, n (%)</i>	20 (20.6)	19 (20.4)
Entrenamiento previo		
<i>Relajación, si, n (%)</i>	23 (23.7)	24 (25.8)
<i>Mindfulness o compasión, si, n (%)</i>	19 (19.6)	17 (18.3)

Nota: M= media, DT= desviación típica

La mayoría de la muestra cursaban estudios de grado (92,63%) y muchos de ellos se encontraban en los primeros cursos (véase la figura 13). Resalta el hecho de que el 46,4% (45) de la muestra de grupo control estaba en primero, frente al 24,7% (23) del grupo intervención. En la figura 13 se muestra el número de participantes en los distintos cursos académicos según la condición a la que han sido asignados.

Figura 13

Distribución del curso académico de los participantes en cada uno de los grupos (n)



Se destaca también que un 60% (114) de la muestra estaba cursando estudios de la rama de ciencias de salud, y en concreto un 38,42% (73) estudiaban psicología. La muestra estaba bastante distribuida y la representación de cada una de las áreas era similar (véase la tabla 19).

En cuanto al estado civil, la gran mayoría dijeron estar solteros, un 79,4% de la muestra en el grupo control y un 75,3% en la muestra del grupo ABCT. Más del 50% de la muestra se encontraba sin trabajo al comenzar el estudio y un 49,5% además, no se encontraba en una búsqueda activa.

Tabla 19

Distribución de las áreas de conocimientos de los participantes en cada uno de los grupos.

Área de conocimiento	Relajación (97)	ABCT (93)
Ciencia y tecnología de los alimentos	4	0
Derecho y economía	7	7
Humanidades	3	3
Ciencias	6	3
Fisioterapia	1	0
Ingeniería o arquitectura	8	7
Educación	5	3
Medicina o enfermería	10	18
Psicología	34	39
Ciencias Sociales	7	9
Terapia ocupacional	4	0
Ciencias de la comunicación	1	3
Veterinaria	7	1

Por último, se les pregunto también si tenían entrenamiento previo en las herramientas psicológicas de relajación, mindfulness o compasión. En el grupo control un 23,7% (23) de la muestra ya habían realizado antes entrenamiento en relajación, y un 19,6% (19) tenía algo de experiencia en mindfulness y/o compasión. Para el grupo de intervención en ABCT el 25,8% (24) manifestaron haber realizado algún entrenamiento en relajación a lo largo de la vida, y un 18,3% (17) afirmó haber entrenado alguna vez habilidades de mindfulness y/o compasión.

7.3 Características clínicas de la muestra

En la Tabla 20 se muestran las características clínicas de la muestra en la evaluación basal. En general, se obtuvieron puntuaciones similares en todas las variables excepto, para la variable principal de malestar psicológico, en la que el grupo ABCT parte de valores sensiblemente menores que el grupo de relajación (véase tabla 20).

El DASS-21 permite hacer una evaluación de gravedad de sus subescalas. La media de la puntuación para la depresión se clasifica como moderada para ambos grupos. En cuanto a la escala de ansiedad el grupo de relajación partiría de una clasificación de grave, y el grupo ABCT tendría ansiedad moderada. Las puntuaciones medias para la variable de estrés se clasificarían como moderadas para ambos grupos.

Las puntuaciones en la escala de *burnout* (MBI-SS) muestran indicios relativamente altos en las tres subescalas, en ambos grupos, de que pueda aparecer el síndrome de burnout. La medida general de la escala nos indica un burnout moderado.

Tabla 20.

Características clínicas basales en cada uno de los grupos

	Relajación (n = 97)	ABCT (n = 93)
Malestar psicológico (DASS-21)		
Total, M (DT)	55.77 (22.29)	49.91 (27.11)
Depresión, M (DT)	18.39 (10.60)	16.02 (11.55)
Ansiedad, M (DT)	15.98 (8.63)	13.07 (9.13)
Estrés, M (DT)	21.40 (7.75)	20.83 (9.67)
Burnout (MBI-GS)		
Agotamiento, M (DT)	14.18 (6.81)	14.04 (7.14)
Cinismo, M (DT)	6.89 (5.32)	7.55 (5.89)
Eficacia, M (DT)	21.19 (5.82)	21.25 (5.94)
Afecto (PANAS)		
Afecto positivo, M (DT)	26.86 (7.07)	26.74 (7.38)
Afecto negativo, M (DT)	26.81 (7.20)	25.11 (8.09)
Regulación emocional (ERQ)		
Reevaluación cognitiva, M (DT)	25.60 (6.40)	26.14 (7.04)
Supresión emocional, M (DT)	15.47 (5.72)	14.80 (5.56)

7.4 Características de la muestra en las variables relacionadas con la compasión

Para terminar, en la Tabla 21 se exponen también los datos basales brutos para las variables de mindfulness, compasión, aceptación y estilos de apego. Como podemos

observar el grupo intervención parte de una situación ligeramente superior para todas las variables descritas.

Tabla 21

Características basales de la muestra en las variables relacionadas con mindfulness y compasión

	Relaxation (n = 97)	ABCT (n = 93)
Estilo de apego (RQ)		
Ratio apego Seguro/no seguro, M (DT)	0.34 (0.24)	0.44 (0.26)
Ansiedad, M (DT)	0.39 (4.79)	-1.78 (5.11)
Evitación, M (DT)	0.00 (4.12)	-0.24 (4.00)
Evitación experiencial (AAQ-II)		
Total, M (DT)	30.67 (8.41)	29.63 (9.44)
Compasión por uno mismo (SOCS)		
Total, M (DT)	66.53 (11.73)	68.11 (11.26)
Reconocer, M (DT)	15.09 (3.11)	14.83 (3.42)
Comprender, M (DT)	17.54 (3.26)	18.48 (2.31)
Sentir, M (DT)	11.60 (3.33)	11.94 (3.12)
Tolerar, M (DT)	10.33 (3.01)	10.71 (3.24)
Actuar, M (DT)	11.96 (3.19)	12.14 (3.13)
Compasión por los otros (SOCS)		
Total, M (DT)	82.72 (8.74)	83.28 (8.73)
Reconocer, M (DT)	15.00 (2.66)	15.23 (2.95)
Comprender, M (DT)	18.22 (2.19)	18.77 (1.96)
Sentir, M (DT)	16.33 (2.67)	16.40 (2.65)
Tolerar, M (DT)	16.42 (2.07)	16.16 (2.30)
Actuar, M (DT)	16.75 (2.42)	16.72 (2.45)
Mindfulness (FFMQ)		
Total, M (DT)	68.97 (11.51)	71.62 (13.58)
Observar, M (DT)	13.01 (3.52)	13.83 (3.78)
Describir, M (DT)	15.00 (4.06)	15.56 (4.57)
Conciencia, M (DT)	14.68 (3.95)	14.43 (4.55)
No-juicio, M (DT)	13.43 (3.73)	14.31 (4.48)
No-reactividad, M (DT)	12.85 (3.05)	13.49 (3.32)

7.5 Eficacia intragrupo

Una vez expuestos los datos basales de ambos grupos se van a presentar a continuación los resultados de las distintas condiciones. Primero, atenderemos a cada una de las condiciones para ver la evolución intragrupal de las variables, tanto para los resultados

principales como para los secundarios, en el momento post-intervención y también en el seguimiento a 6 meses.

7.5.1 Eficacia intragrupal de las variables clínicas en la condición control

En la Tabla 22 se puede observar la evolución de las variables que se han encontrado en el grupo asignado a la condición de relajación. El grupo control muestra diferencias significativas en la variable principal (DASS-21) en la evaluación post-intervención, con un tamaño del efecto pequeño, en la puntuación total de malestar psicológico ($p < 0.001$, $d = -0.46$). Además, los cambios siguen siendo significativos a los 6 meses de seguimiento, con un tamaño del efecto pequeño ($p < 0.001$, $d = -0.44$) (véase la tabla 22).

Atendiendo a los resultados secundarios al igual que para la variable principal también encontramos mejoría en las subescalas de depresión ($p < 0.001$, $d = -0.34$), ansiedad ($p = 0.001$, $d = -0.34$) y estrés ($p < 0.001$, $d = -0.34$), que también se mantienen durante el seguimiento.

Podemos observar que no se encuentran diferencias significativas en las variables del MBI-SS, ni en el agotamiento, ni en el cinismo, ni en la eficacia. Tampoco se encuentran diferencias para el afecto positivo. Sin embargo, sí que se encuentran mejoras significativas en el afecto negativo tanto en el post-tratamiento ($p < 0.05$, $d = -0.20$) como en el seguimiento ($p < 0.005$, $d = -0.24$) con un tamaño del efecto pequeño. En cuanto a la regulación emocional se encontraron cambios significativos después de la intervención para la reevaluación cognitiva ($p = 0.001$, $d = 0.31$), que no se mantuvieron en el seguimiento; y en la medida de seguimiento se encontraron mejoras en la variable de supresión emocional ($p = 0.001$, $d = -0.48$).

Tabla 22

Análisis intragrupo de resultados en las variables clínicas para el grupo de relajación.

Variable	Tiempo	Media (DT)	d	B (95% CI)	p
DASS-21 total (n = 38)	T0	52.37 (22.19)			
	T1	44.11 (24.57)	-.46	-10.99 (-15.80, -6.18)	<.001
	T2	41.63 (22.26)	-.44	-12.79 (-18.52, -7.06)	<.001
DASS-21 depresión (n = 38)	T0	16.53 (11.27)			
	T1	13.21 (10.82)	-.34	-4.42 (-6.70, -2.14)	<.001
	T2	12.21 (9.64)	-.38	-5.36 (-8.08, -2.64)	<.001
DASS-21 ansiedad (n = 38)	T0	15.11 (8.34)			
	T1	12.26 (9.34)	-.34	-3.55 (-5.63, -1.47)	.001
	T2	11.63 (8.70)	-.36	-3.91 (-6.38, -1.43)	.002
DASS-21 estrés (n = 38)	T0	20.74 (7.80)			
	T1	18.63 (7.60)	-.34	-3.20 (-4.92, -1.48)	<.001
	T2	17.79 (7.41)	-.32	-3.62 (-5.67, -1.58)	.001
MBI-GS agotamiento (n = 38)	T0	13.47 (6.94)			
	T1	13.37 (7.59)	-.02	-0.50 (-1.57, 0.58)	.366
	T2	12.47 (6.88)	-.20	-1.25 (-2.55, 0.05)	.059
MBI-GS cinismo (n = 38)	T0	6.95 (5.69)			
	T1	7.58 (6.66)	.15	0.55 (-0.32, 1.43)	.215
	T2	6.79 (6.15)	-.03	-0.19 (-1.24, 0.87)	.730
MBI-GS eficacia (n = 38)	T0	22.50 (6.08)			
	T1	22.34 (6.47)	.04	0.01 (-1.01, 1.04)	.978
	T2	22.11 (6.88)	-.07	-0.14 (-1.38, 1.09)	.822
PANAS afecto positivo (n = 38)	T0	28.21 (6.52)			
	T1	29.08 (7.16)	.16	1.15 (-0.23, 2.53)	.103
	T2	29.00 (8.02)	.13	1.31 (-0.34, 2.95)	.103
PANAS afecto negativo (n = 38)	T0	25.42 (7.26)			
	T1	24.45 (7.38)	-.20	-1.76 (-3.18, -0.35)	.015
	T2	23.74 (7.19)	-.24	-2.51 (-4.20, -0.82)	.004
ERQ reevaluación (n = 38)	T0	26.92 (6.94)			
	T1	28.82 (6.59)	.31	2.47 (1.01, 3.93)	.001
	T2	26.95 (6.42)	.01	0.85 (-0.88, 2.59)	.336
ERQ supresión (n = 38)	T0	14.63 (5.68)			
	T1	13.18 (4.47)	-.32	-0.81 (-1.90, 0.27)	.143
	T2	12.40 (4.98)	-.48	-2.13 (-3.43, -0.83)	.001

Nota: los descriptivos son las medias brutas y las DT (DT= desviación típica). d= tamaño del efecto d de Cohen. B: coeficiente de regresión no estandarizado utilizando modelos mixtos con sujetos como efectos aleatorios. Análisis completos de casos.

7.5.2 Eficacia intragrupal de las variables relacionadas con la compasión en la condición control

En las tablas 23 y 24 se presenta la evolución del grupo control para las variables que aceptación, mindfulness, estilos de apego y compasión.

En la tabla 23 se muestran los resultados del grupo control en las variables relacionadas con mindfulness y aceptación. Por un lado, en las medias post-intervención el grupo control mejora significativamente en mindfulness ($p < 0.05$, $d = 0.32$), en la puntuación total de mindfulness y en las subescalas de observación ($p < 0.05$, $d = 0.39$) y en no-reactividad ($p < 0.001$, $d = 0.43$) con tamaños del efecto pequeños.

Tabla 23

Análisis intragrupo de resultados en las variables de mindfulness y aceptación para el grupo de relajación.

Variable	Tiempo	Media (DT)	d	B (95% CI)	p
AAQ-II Evitación experiencial (n = 38)	T0	28.68 (8.75)			
	T1	28.05 (8.91)	-.10	-0.72 (-2.31, 0.88)	.379
	T2	26.82 (7.75)	-.26	-2.26 (-4.18, -0.33)	.021
FFMQ-SF Mindfulness total (n = 38)	T0	70.58 (11.52)			
	T1	73.11 (11.42)	.32	2.47 (0.58, 4.36)	.010
	T2	75.03 (11.81)	.62	4.62 (2.34, 6.90)	<.001
FFMQ-SF Observar (n = 38)	T0	12.37 (4.02)			
	T1	13.45 (3.28)	.39	0.69 (0.01, 1.37)	.048
	T2	12.71 (3.52)	.10	0.05 (-0.77, 0.87)	.906
FFMQ-SF Describir (n = 38)	T0	15.47 (3.65)			
	T1	16.00 (3.47)	.17	0.41 (-0.27, 1.10)	.234
	T2	16.74 (3.54)	.47	1.28 (0.46, 2.10)	.002
FFMQ-SF Conciencia (n = 38)	T0	15.92 (4.37)			
	T1	15.05 (4.33)	.33	-0.45 (-1.20, 0.29)	.234
	T2	15.29 (4.68)	.18	-0.26 (-1.16, 0.64)	.578
FFMQ-SF No-juicio (n = 38)	T0	13.87 (3.88)			
	T1	14.40 (3.71)	.14	0.73 (-0.13, 1.59)	.097
	T2	15.50 (3.34)	.48	1.83 (0.80, 2.87)	.001
FFMQ-SF No-reactividad (n = 38)	T0	12.95 (2.63)			
	T1	14.21 (2.85)	.43	1.29 (0.63, 1.94)	<.001
	T2	14.79 (2.78)	.82	1.88 (1.09, 2.66)	<.001

Nota: los descriptivos son las medias brutas y las DT (DT= desviación típica). d= tamaño del efecto d de Cohen. B: coeficiente de regresión no estandarizado utilizando modelos mixtos con sujetos como efectos aleatorios. Análisis completos de casos.

El grupo control también mostró mejoras intragrupalas para algunas variables de mindfulness y aceptación en las medidas de seguimiento. En concreto, mejoraron sus niveles de aceptación ($p < 0.05$, $d = 0.26$) y sus puntuaciones en la atención plena, con tamaño del efecto moderado ($p < 0.001$, $d = 0.62$) y destacar la subescala de no-reactividad donde mejoran con tamaño del efecto grande ($p < 0.001$, $d = 0.82$) (véase tabla 23).

En la Tabla 24 se muestran los resultados relacionados con el apego y las variables de compasión y autocompasión. En cuanto al modelo de apego, se observan cambios significativos en la dimensión de ansiedad, con un tamaño del efecto muy pequeño en la medida post-tratamiento e inexistente en el seguimiento. También se observan mejoras en algunas subescalas de la compasión por uno mismo, en concreto, en la medida después del tratamiento, el grupo control mejora para las subescalas sentir, tolerar y actuar ($p < 0.05$) y las mejoras se mantuvieron las medidas de seguimiento. En las medidas de seguimiento se encontró una mejora significativa en la compasión por uno mismo, con un tamaño del efecto pequeño ($p < 0.05$, $d = 0.26$). Es de destacar que para la subescala de comprender el sufrimiento, el grupo de relajación empeoró significativamente en el seguimiento, tanto en la dimensión de autocompasión ($p < 0.05$, $d = -0.44$) como en la compasión por los otros ($p < 0.005$, $d = 0.50$), con moderados tamaños del efecto (véase Tabla 24).

Tabla 24

Análisis intragrupo de resultados en las variables de apego y compasión para el grupo de relajación.

Variable	Tiempo	Media (DT)	d	B (95% CI)	p
RQ Seguro/no-seguro (n = 38)	T0	0.37 (0.31)			
	T1	0.41 (0.28)	.13	0.05 (-0.01, 0.11)	.126
	T2	0.37 (0.21)	.00	0.01 (-0.06, 0.09)	.722
RQ Ansiedad (n = 38)	T0	-0.16 (4.96)			
	T1	-0.95 (4.67)	-.21	-1.10 (-2.11, -0.10)	.031
	T2	-0.84 (4.98)	-.14	-0.94 (-2.15, 0.27)	<.001
RQ Evitación (n = 38)	T0	0.26 (4.84)			
	T1	-0.21 (4.30)	-.11	-0.19 (-1.11, 0.74)	.689
	T2	0.00 (3.20)	-.06	-0.08 (-1.19, 1.03)	.887
SOCS-S Compasión por uno mismo TOTAL (n = 45)	T0	68.29 (10.56)			
	T1	70.18 (10.49)	.29	2.38 (0.16, 4.60)	.036
	T2	71.32 (12.40)	.26	3.54 (0.86, 6.22)	.010
SOCS-S Reconocer (n = 45)	T0	15.40 (2.70)			
	T1	15.08 (2.42)	-.15	-0.09 (-0.70, 0.53)	.785
	T2	15.11 (3.00)	-.11	-0.14 (-0.87, 0.60)	.717
SOCS-S Comprender (n = 45)	T0	18.29 (2.43)			
	T1	17.87 (2.88)	-.18	-0.21 (-0.86, 0.45)	.532
	T2	17.11 (3.06)	-.44	-0.95 (-1.74, -0.16)	.018
SOCS-S Sentir (n = 45)	T0	11.87 (3.18)			
	T1	12.63 (2.90)	.34	0.87 (0.24, 1.49)	.006
	T2	13.18 (3.24)	.43	1.41 (0.66, 2.16)	<.001
SOCS-S Tolerar (n = 45)	T0	10.76 (2.91)			
	T1	11.71 (2.75)	.49	0.99 (0.39, 1.59)	.001
	T2	12.50 (3.48)	.58	1.84 (1.12, 2.56)	<.001
SOCS-S Actuar (n = 45)	T0	11.97 (3.17)			
	T1	12.90 (2.90)	.40	0.86 (0.19, 1.54)	.012
	T2	13.42 (3.02)	.44	1.43 (0.62, 2.24)	.001
SOCS-O Compasión por otros TOTAL (n = 45)	T0	82.95 (8.17)			
	T1	82.74 (8.98)	-.03	-0.55 (-2.66, 1.57)	.613
	T2	81.03 (10.26)	-.19	-1.98 (-4.52, 0.57)	.128
SOCS-O Reconocer (n = 45)	T0	15.13 (2.74)			
	T1	15.21 (2.58)	.03	0.01 (-0.56, 0.59)	.970
	T2	15.18 (2.58)	.02	0.06 (-0.63, 0.75)	.860
SOCS-O Comprender (n = 45)	T0	18.74 (1.83)			
	T1	18.63 (2.03)	-.08	-0.09 (-0.63, 0.44)	.731
	T2	17.61 (2.62)	-.50	-0.99 (-1.63, -0.36)	.002
SOCS-O Sentir (n = 45)	T0	16.18 (2.57)			
	T1	16.11 (2.49)	-.04	-0.16 (-0.74, 0.42)	.591
	T2	16.32 (2.29)	.05	0.06 (-0.63, 0.76)	.860
SOCS-O Tolerar (n = 45)	T0	16.53 (1.80)			
	T1	16.00 (2.41)	-.25	-0.48 (-1.09, 0.13)	.124
	T2	15.82 (2.76)	-.25	-0.65 (-1.38, 0.08)	.080
SOCS-O Actuar (n = 45)	T0	16.37 (2.40)			
	T1	16.79 (2.08)	.24	0.20 (-0.31, 0.71)	.436
	T2	16.11 (2.46)	-.11	-0.44 (-1.05, 0.17)	.158

Nota: los descriptivos son las medias brutas y las DT (DT= desviación típica). d= tamaño del efecto d de Cohen. B: coeficiente de regresión no estandarizado utilizando modelos mixtos con sujetos como efectos aleatorios. Análisis completos de casos.

7.5.3 Eficacia intragrupal de las variables clínicas en la condición experimental

En cuanto al grupo ABCT, en la Tabla 25 podemos observar las diferencias que se dieron a nivel intragrupo en comparación con la evaluación pre-tratamiento, tanto para la evaluación post-tratamiento como para el seguimiento a seis meses.

En la variable principal se observaron diferencias significativas en la reducción del malestar psicológico con tamaño del efecto moderado para el post-tratamiento ($p < 0.001$, $d = -0.53$) y pequeño para el seguimiento ($p < 0.001$, $d = -0.40$).

Después se presentan las diferentes variables secundarias. Por un lado, las tres subescalas de malestar psicológico mejoran en el post tratamiento, con tamaños del efecto moderados para la depresión ($p < 0.001$, $d = -0.51$) y el estrés ($p < 0.001$, $d = -0.55$) y pequeños para la ansiedad ($p < 0.001$, $d = -0.32$). Los cambios se mantuvieron en el seguimiento, aunque con tamaños del efecto pequeños para las tres subescalas ($p < 0,01$).

Para la escala MBI-GS, que no mostraba cambios en el grupo control, sí que se observan mejoras en el grupo experimental, con tamaños del efecto pequeños, que se mantienen en los seguimientos para las subescalas de agotamiento ($p < 0.01$, $d = -0.24$) y cinismo ($p < 0.05$, $d = -0.28$).

Se observan mejoras del grupo experimental, en la evaluación post-tratamiento, en el afecto positivo ($p = 0.001$, $d = 0.23$) y una reducción del afecto negativo con tamaño del efecto moderado ($p < 0.001$, $d = -0.59$). Los cambios se mantienen en los seguimientos con tamaños del efecto pequeños ($p < 0.001$, $d < 0.50$).

En cuanto a la regulación emocional, los participantes del grupo ABCT, aumentaron significativamente su reevaluación emocional ($p < 0.05$) y este cambio aumento un poco en el seguimiento ($p < 0.01$); también redujeron su supresión emocional tanto en el post-tratamiento ($p < 0.001$) como en el seguimiento a seis meses ($p = 0.001$).

Tabla 25

Análisis intragrupo de resultados en las variables clínicas para el grupo experimental

Variable	Tiempo	Media (DT)	<i>d</i>	<i>B</i> (95% CI)	<i>p</i>
DASS-21 total (n = 46)	T0	47.48 (26.83)			
	T1	34.74 (22.54)	-.53	-14.94 (-20.82, -9.05)	<.001
	T2	36.39 (22.76)	-.40	-12.66 (-19.35, -5.96)	<.001
DASS-21 depresión (n = 46)	T0	15.44 (11.30)			
	T1	10.39 (9.29)	-.51	-6.08 (-8.57, -3.58)	<.001
	T2	10.96 (10.19)	-.38	-5.02 (-7.86, -2.18)	.001
DASS-21 ansiedad (n = 46)	T0	11.74 (8.68)			
	T1	8.74 (7.16)	-.32	-3.85 (-5.98, -1.71)	<.001
	T2	8.78 (6.81)	-.33	-3.81 (-6.23, -1.38)	.002
DASS-21 estrés (n = 46)	T0	20.30 (10.19)			
	T1	15.61 (8.17)	-.55	-5.14 (-7.21, -3.08)	<.001
	T2	16.65 (8.26)	-.35	-3.97 (-6.33, -1.62)	.001
MBI-GS agotamiento (n = 45)	T0	13.18 (6.69)			
	T1	11.76 (6.56)	-.31	-1.78 (-3.15, -0.42)	.010
	T2	11.40 (7.00)	-.24	-2.09 (-3.66, -0.52)	.009
MBI-GS cinismo (n = 45)	T0	8.27 (5.69)			
	T1	6.96 (5.29)	-.45	-1.35 (-2.38, -0.31)	.011
	T2	6.78 (5.47)	-.28	-1.38 (-2.58, -0.19)	.024
MBI-GS eficacia (n = 45)	T0	21.36 (5.21)			
	T1	22.64 (5.59)	.35	1.62 (0.26, 2.97)	.019
	T2	22.36 (7.57)	.14	1.15 (-0.41, 2.70)	.148
PANAS afecto positivo (n = 46)	T0	26.78 (6.97)			
	T1	28.13 (6.59)	.23	2.52 (1.02, 4.02)	.001
	T2	29.50 (7.84)	.38	3.18 (1.46, 4.89)	<.001
PANAS afecto negativo (n = 46)	T0	24.50 (7.93)			
	T1	21.02 (6.42)	-.59	-3.90 (-5.44, -2.36)	<.001
	T2	21.50 (6.12)	-.39	-3.31 (-5.07, -1.55)	<.001
ERQ reevaluación (n = 45)	T0	26.00 (6.91)			
	T1	27.60 (6.79)	.29	1.74 (0.34, 3.15)	.015
	T2	28.60 (5.63)	.38	2.62 (1.00, 4.24)	.002
ERQ supresión (n = 45)	T0	14.33 (5.24)			
	T1	12.62 (5.47)	-.48	-2.29 (-3.28, -1.30)	<.001
	T2	12.73 (5.93)	-.34	-1.92 (-3.06, -0.78)	.001

Nota: los descriptivos son las medias brutas y las DT (DT= desviación típica). *d*= tamaño del efecto *d* de Cohen. *B*: coeficiente de regresión no estandarizado utilizando modelos mixtos con sujetos como efectos aleatorios. Análisis completos de casos.

7.5.4 Eficacia intragrupal de las variables relacionadas con la compasión en la condición experimental

Como se detalla en la Tabla 26, la muestra del grupo experimental mejoró significativamente en todas las medidas de mindfulness y aceptación en la medida post-intervención y los cambios se mantienen en las medidas de seguimiento. Se encuentran diferencias significativas con tamaños del efecto grandes tanto para el aumento de mindfulness en el post-tratamiento ($p < 0.001$, $d = 0.84$), como para la reducción de la evitación experiencial en las evaluaciones de seguimiento ($p < 0.001$, $d = -0.86$).

Tabla 26

Análisis intragrupo de resultados en las variables de mindfulness y aceptación para el grupo experimental.

Variable	Tiempo	Media (DT)	d	B (95% CI)	p
AAQ-II Evitación experiencial (n = 45)	T0	29.16 (9.25)			
	T1	24.49 (9.15)	-.77	-4.86 (-6.34, -3.39)	<.001
	T2	23.60 (8.99)	-.86	-5.70 (-7.40, -4.00)	<.001
FFMQ-SF Mindfulness total (n = 45)	T0	71.16 (13.89)			
	T1	80.07 (13.27)	.84	9.51 (6.50, 12.51)	<.001
	T2	81.62 (16.14)	.69	10.57 (7.11, 14.02)	<.001
FFMQ-SF Observar (n = 45)	T0	14.04 (3.80)			
	T1	14.71 (3.20)	.24	0.96 (0.28, 1.63)	.006
	T2	15.31 (2.97)	.41	1.43 (0.64, 2.21)	<.001
FFMQ-SF Describir (n = 45)	T0	15.82 (4.65)			
	T1	18.04 (4.01)	.62	2.11 (1.22, 3.00)	<.001
	T2	17.96 (4.96)	.53	2.14 (1.12, 3.17)	<.001
FFMQ-SF Conciencia (n = 45)	T0	14.24 (4.65)			
	T1	15.98 (4.35)	.52	2.25 (1.29, 3.22)	<.001
	T2	16.22 (4.26)	.41	2.12 (1.01, 3.23)	<.001
FFMQ-SF No-juicio (n = 45)	T0	14.18 (4.68)			
	T1	16.09 (4.30)	.50	2.12 (1.16, 3.09)	<.001
	T2	16.22 (5.15)	.42	2.09 (0.98, 3.20)	<.001
FFMQ-SF No-reactividad (n = 45)	T0	12.87 (3.31)			
	T1	15.24 (3.25)	.73	2.00 (1.13, 2.86)	<.001
	T2	15.91 (3.90)	.72	2.67 (1.68, 3.66)	<.001

Nota: los descriptivos son las medias brutas y las DT (DT= desviación típica). d= tamaño del efecto d de Cohen. B: coeficiente de regresión no estandarizado utilizando modelos mixtos con sujetos como efectos aleatorios. Análisis completos de casos.

En la Tabla 27 se exponen los resultados que obtuvieron los participantes del grupo control comparando la medida basal con el post-tratamiento y los seguimientos a seis meses.

Se observaron pequeños cambios en los estilos de apego de los participantes que siguiendo el programa de ABCT. La ratio de apego seguro/inseguro mostro tendencias de mejora y se observaron cambios significativos en las medidas de seguimiento, aunque con un tamaño del efecto muy pequeño ($p < 0.05$, $d = 0.18$). También se observó una reducción de la dimensión evitativa del apego en la post intervención, aunque con tamaño del efecto muy pequeño ($p < 0.05$, $d = -0.15$) y una reducción de la dimensión de ansiedad en el apego con un tamaño del efecto pequeño ($p < 0.001$, $d = -0.25$).

La autocompasión de los participantes del grupo intervención mejoro significativamente tanto en la medida post-intervención, con un tamaño del efecto grande ($p < 0.001$, $d = 0.81$), como en la evaluación a seis meses con un tamaño del efecto moderado ($p < 0.001$, $d = 0.70$). Se dio una mejora significativa en todas las subescalas de autocompasión a excepción de la subescala de comprender el propio sufrimiento, donde no se observaron cambios.

Por último, el grupo de compasión no mejoró en las medidas que se tomaron sobre la compasión por los otros respecto al momento basal ni después del tratamiento, ni a los seis meses.

Tabla 27

Análisis intragrupo de resultados en las variables de apego y compasión para el grupo experimental

Variable	Tiempo	Media (DT)	d	B (95% CI)	p
RQ Seguro/no-seguro (n = 45)	T0	0.50 (0.27)			
	T1	0.52 (0.34)	.08	0.05 (-0.01, 0.10)	.116
	T2	0.55 (0.32)	.18	0.08 (0.01, 0.14)	.032
RQ Ansiedad (n = 45)	T0	-1.96 (5.10)			
	T1	-1.87 (4.52)	-.02	-0.31 (-1.36, 0.74)	.567
	T2	-3.13 (5.32)	-.25	-1.37 (-2.58, -0.16)	<.001
RQ Evitación (n = 45)	T0	-1.33 (3.66)			
	T1	-1.87 (4.12)	-.15	-0.98 (-1.85, -0.11)	.027
	T2	-1.53 (3.89)	-.05	-0.66 (-1.66, 0.34)	.193
SOCS-S Compasión por uno mismo TOTAL (n = 45)	T0	67.49 (10.42)			
	T1	75.04 (11.70)	.81	8.20 (5.70, 10.70)	<.001
	T2	75.82 (12.57)	.70	8.41 (5.53, 11.29)	<.001
SOCS-S Reconocer (n = 45)	T0	14.67 (2.71)			
	T1	15.49 (3.11)	.30	1.01 (0.39, 1.63)	.001
	T2	15.71 (2.62)	.46	1.09 (0.37, 1.80)	.003
SOCS-S Comprender (n = 45)	T0	18.24 (2.43)			
	T1	18.62 (1.99)	.21	0.42 (-0.05, 0.89)	.082
	T2	18.20 (2.50)	-.02	-0.09 (-0.63, 0.45)	.748
SOCS-S Sentir (n = 45)	T0	12.09 (2.59)			
	T1	13.87 (2.88)	.70	2.11 (1.40, 2.82)	<.001
	T2	14.07 (3.43)	.57	2.14 (1.32, 2.95)	<.001
SOCS-S Tolerar (n = 45)	T0	10.64 (3.24)			
	T1	12.98 (3.32)	.78	2.45 (1.74, 3.16)	<.001
	T2	13.44 (3.47)	.81	2.82 (2.01, 3.64)	<.001
SOCS-S Actuar (n = 45)	T0	11.84 (3.18)			
	T1	14.09 (3.20)	.79	2.22 (1.51, 2.92)	<.001
	T2	14.40 (3.31)	.75	2.45 (1.64, 3.27)	<.001
SOCS-O Compasión por otros TOTAL (n = 45)	T0	83.36 (8.48)			
	T1	82.84 (8.00)	-.09	0.69 (-0.94, 2.31)	.409
	T2	83.27 (10.29)	-.01	0.42 (-1.46, 2.29)	.662
SOCS-O Reconocer (n = 45)	T0	15.69 (2.70)			
	T1	15.78 (2.53)	.04	0.36 (-0.16, 0.89)	.177
	T2	15.91 (2.64)	.09	0.42 (-0.19, 1.02)	.176
SOCS-O Comprender (n = 45)	T0	18.71 (1.98)			
	T1	18.98 (1.71)	.21	0.36 (-0.04, 0.76)	.075
	T2	18.62 (2.21)	.05	-0.07 (-0.52, 0.39)	.775
SOCS-O Sentir (n = 45)	T0	16.36 (2.39)			
	T1	16.13 (2.09)	-.12	0.07 (-0.39, 0.53)	.762
	T2	16.56 (2.34)	.11	0.31 (-0.22, 0.85)	.246
SOCS-O Tolerar (n = 45)	T0	15.93 (2.39)			
	T1	15.82 (1.89)	-.06	0.02 (-0.46, 0.50)	.942
	T2	16.04 (2.71)	.05	0.10 (0.45, 0.66)	.714
SOCS-O Actuar (n = 45)	T0	16.67 (2.58)			
	T1	16.13 (2.32)	-.28	-0.12 (-0.56, 0.33)	.614
	T2	16.13 (2.73)	-.32	-0.37 (-0.89, 0.15)	.160

Nota: los descriptivos son las medias brutas y las DT (DT= desviación típica). d= tamaño del efecto d de Cohen. B: coeficiente de regresión no estandarizado utilizando modelos mixtos con sujetos como efectos aleatorios. Análisis completos de casos.

7.6 Eficacia intergrupal

En este apartado se van a exponer la comparación de los resultados obtenidos en cada una de las condiciones experimentales. En la Tabla 28 y 29 se presenta detalladamente la estadística ajustada y los análisis entre grupos para las variables principales y las secundarias, y para los tres momentos temporales donde se han realizado las evaluaciones.

7.6.1 Resultado principal

En la figura 14 se muestran los resultados de las dos condiciones en los distintos momentos temporales. En estas variables el grupo ABCT parte en la medida basal de menos malestar psicológico que el grupo control. En el momento post intervención el grupo ABCT muestra una mejora un poco mayor que el grupo control, pero en las comparaciones estadísticas no se encontraron resultados significativos entre las dos condiciones ($p = 0.370$). Tampoco se encontraron diferencias en el seguimiento ($p = 0.924$).

Figura 14

Evolución del resultado principal malestar psicológico en ambas condiciones.

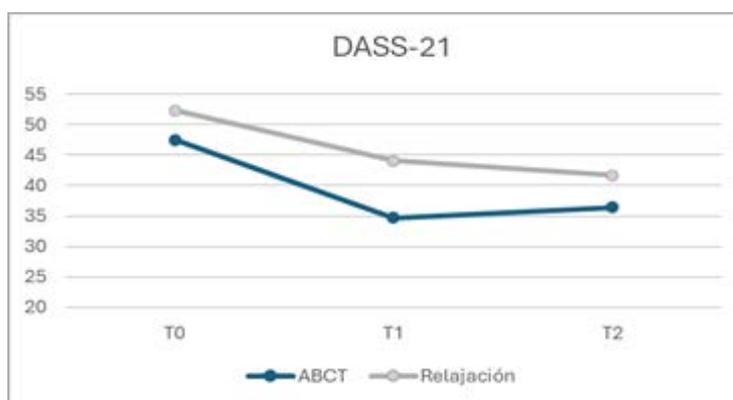


Tabla 28

Comparación de resultados entre grupos para cada uno de los tiempos. Variables clínicas

Variable	Tiempo	Relajación	Compasión	<i>d</i>	<i>B</i> (95% <i>CI</i>)	<i>p</i>
		<i>Media</i> (<i>DT</i>)	<i>Media</i> (<i>DT</i>)			
DASS-21 total	T0	52.37 (22.19)	47.48 (26.83)			
	T1	44.11 (24.57)	34.74 (22.54)	-.18	-3.49 (-11.14, 4.15)	.370
	T2	41.63 (22.26)	36.39 (22.76)	.01	0.43 (-8.48, 9.34)	.924
DASS-21 depresión	T0	16.53 (11.27)	15.44 (11.30)			
	T1	13.21 (10.82)	10.39 (9.29)	-.15	-1.56 (-4.95, 1.83)	.368
	T2	12.21 (9.64)	10.96 (10.19)	.01	0.43 (-3.52, 4.38)	.831
DASS-21 ansiedad	T0	15.11 (8.34)	11.74 (8.68)			
	T1	12.26 (9.34)	8.74 (7.16)	-.02	-0.14 (-3.12, 2.84)	.926
	T2	11.63 (8.70)	8.78 (6.81)	.01	0.25 (-3.22, 3.71)	.831
DASS-21 estrés	T0	20.74 (7.80)	20.30 (10.19)			
	T1	18.63 (7.60)	15.61 (8.17)	-.28	-1.88 (-4.58, 0.83)	.174
	T2	17.79 (7.41)	16.65 (8.26)	-.08	-0.33 (-3.48, 2.82)	.837
MBI-GS agotamiento	T0	13.47 (6.94)	13.18 (6.69)			
	T1	13.37 (7.59)	11.76 (6.56)	-.19	-1.15 (-2.90, 0.60)	.197
	T2	12.47 (6.88)	11.40 (7.00)	-.11	-0.74 (-2.81, 1.34)	.487
MBI-GS cinismo	T0	6.95 (5.69)	8.27 (5.69)			
	T1	7.58 (6.66)	6.96 (5.29)	-.34	-1.87 (-3.23, -0.50)	.007
	T2	6.79 (6.15)	6.78 (5.47)	-.23	-1.21 (-2.82, 0.41)	.143
MBI-GS eficacia	T0	22.50 (6.08)	21.36 (5.21)			
	T1	22.34 (6.47)	22.64 (5.59)	.25	1.50 (-0.21, 3.22)	.085
	T2	22.11 (6.88)	22.36 (7.57)	.25	1.17 (-0.85, 3.19)	.255
PANAS afecto positivo	T0	28.21 (6.52)	26.78 (6.97)			
	T1	29.08 (7.16)	28.13 (6.59)	.07	1.33 (-0.72, 3.38)	.204
	T2	29.00 (8.02)	29.50 (7.84)	.28	1.84 (-0.56, 4.23)	.133
PANAS afecto negativo	T0	25.42 (7.26)	24.50 (7.93)			
	T1	24.45 (7.38)	21.02 (6.42)	-.33	-2.09 (-4.18, 0.01)	.048
	T2	23.74 (7.19)	21.50 (6.12)	-.18	-0.76 (-3.20, 1.69)	.544
ERQ reevaluación	T0	26.92 (6.94)	26.00 (6.91)			
	T1	28.82 (6.59)	27.60 (6.79)	.04	-0.71 (-2.73, 1.33)	.499
	T2	26.95 (6.42)	28.60 (5.63)	-.37	1.79 (-0.59, 4.16)	.141
ERQ supresión	T0	14.63 (5.68)	14.33 (5.24)			
	T1	13.18 (4.47)	12.62 (5.47)	-.28	-1.49 (-2.95, -0.02)	.047
	T2	12.40 (4.98)	12.73 (5.93)	.12	0.18 (-1.54, 1.90)	.834

Nota: los descriptivos son las medias brutas y las DT (DT= desviación típica). *d*= tamaño del efecto *d* de Cohen. *B*: coeficiente de regresión no estandarizado utilizando modelos mixtos con sujetos como efectos aleatorios. Análisis completos de casos.

Tabla 29

Comparación de resultados entre grupos para cada uno de los tiempos. Variables relacionadas con la compasión

Variable	Tiempo	Relajación	Compasión	<i>d</i>	<i>B</i> (95% <i>CI</i>)	<i>p</i>
		<i>Media</i> (<i>DT</i>)	<i>Media</i> (<i>DT</i>)			
RQ Seguro/no-seguro	T0	0.37 (0.31)	0.50 (0.27)			
	T1	0.41 (0.28)	0.52 (0.34)	.07	0.01 (-0.08, 0.09)	.915
	T2	0.37 (0.21)	0.55 (0.32)	.17	0.07 (-0.03, 0.17)	.175
RQ Ansiedad	T0	-0.16 (4.96)	-1.96 (5.10)			
	T1	-0.95 (4.67)	-1.87 (4.52)	.17	0.80 (-0.66, 2.26)	.282
	T2	-0.84 (4.98)	-3.13 (5.32)	-.10	-0.43 (-2.15, 1.29)	.623
RQ Evitación	T0	0.26 (4.84)	-1.33 (3.66)			
	T1	-0.21 (4.30)	-1.87 (4.12)	-.02	-0.81 (-2.08, 0.46)	.211
	T2	0.00 (3.20)	-1.53 (3.89)	-.01	-0.61 (-2.10, 0.88)	.424
AAQ-II Evitación experiencial	T0	28.68 (8.75)	29.16 (9.25)			
	T1	28.05 (8.91)	24.49 (9.15)	-.44	-4.26 (-6.43, -2.09)	<.001
	T2	26.82 (7.75)	23.60 (8.99)	-.41	-3.56 (-6.12, -1.00)	.006
FFMQ-SF Mindfulness total	T0	70.58 (11.52)	71.16 (13.89)			
	T1	73.11 (11.42)	80.07 (13.27)	.49	6.75 (3.14, 10.37)	<.001
	T2	75.03 (11.81)	81.62 (16.14)	.46	5.73 (1.47, 10.00)	.008
FFMQ-SF Observar	T0	12.37 (4.02)	14.04 (3.80)			
	T1	13.45 (3.28)	14.71 (3.20)	.10	0.27 (-0.69, 1.23)	.585
	T2	12.71 (3.52)	15.31 (2.97)	.24	1.37 (0.24, 2.51)	.018
FFMQ-SF Describir	T0	15.47 (3.65)	15.82 (4.65)			
	T1	16.00 (3.47)	18.04 (4.01)	.40	1.65 (0.52, 2.79)	.004
	T2	16.74 (3.54)	17.96 (4.96)	.20	0.81 (-0.53, 2.15)	.234
FFMQ-SF Conciencia	T0	15.92 (4.37)	14.24 (4.65)			
	T1	15.05 (4.33)	15.98 (4.35)	.58	2.62 (1.39, 3.85)	<.001
	T2	15.29 (4.68)	16.22 (4.26)	.57	2.31 (0.86, 3.76)	.002
FFMQ-SF No-juicio	T0	13.87 (3.88)	14.18 (4.68)			
	T1	14.40 (3.71)	16.09 (4.30)	.32	1.40 (0.11, 2.70)	.034
	T2	15.50 (3.34)	16.22 (5.15)	.10	0.26 (-1.27, 1.79)	.234
FFMQ-SF No-reactividad	T0	12.95 (2.63)	12.87 (3.31)			
	T1	14.21 (2.85)	15.24 (3.25)	.36	0.68 (-0.42, 1.78)	.225
	T2	14.79 (2.78)	15.91 (3.90)	.39	0.80 (-0.49, 2.09)	.225

Compassion for the self-total	T0	68.29 (10.56)	67.49 (10.42)			
	T1	70.18 (10.49)	75.04 (11.70)		5.71 (2.35, 9.08)	.001
	T2	71.32 (12.40)	75.82 (12.57)	.54	4.80 (0.83, 8.77)	.018
				.50		
Recognizing	T0	15.40 (2.70)	14.67 (2.71)			
	T1	15.08 (2.42)	15.49 (3.11)		1.10 (0.22, 1.97)	.014
	T2	15.11 (3.00)	15.71 (2.62)	.42	1.22 (0.20, 2.25)	.020
				.49		
Understanding	T0	18.29 (2.43)	18.24 (2.43)			
	T1	17.87 (2.88)	18.62 (1.99)	.33	0.62 (-0.18, 1.42)	.126
	T2	17.11 (3.06)	18.20 (2.50)	.47	0.86 (-0.08, 1.81)	.073
Feeling	T0	11.87 (3.18)	12.09 (2.59)			
	T1	12.63 (2.90)	13.87 (2.88)	.35	1.19 (0.25, 2.14)	.014
	T2	13.18 (3.24)	14.07 (3.43)	.23	0.70 (-0.42, 1.82)	.219
Tolerating	T0	10.76 (2.91)	10.64 (3.24)			
	T1	11.71 (2.75)	12.98 (3.32)	.45	1.42 (0.48, 2.35)	.003
	T2	12.50 (3.48)	13.44 (3.47)	.34	0.96 (-0.14, 2.06)	.088
Acting	T0	11.97 (3.17)	11.84 (3.18)			
	T1	12.90 (2.90)	14.09 (3.20)	.41	1.35 (0.37, 2.33)	.007
	T2	13.42 (3.02)	14.40 (3.31)	.35	1.03 (-0.13, 2.18)	.081
Compassion for others-total	T0	82.95 (8.17)	83.36 (8.48)			
	T1	82.74 (8.98)	82.84 (8.00)	.04	1.25 (-1.40, 3.91)	.353
	T2	81.03 (10.26)	83.27 (10.29)	.22	2.40 (-0.73, 5.53)	.133
Recognizing	T0	15.13 (2.74)	15.69 (2.70)			
	T1	15.21 (2.58)	15.78 (2.53)	.00	0.36 (-0.42, 1.14)	.362
	T2	15.18 (2.58)	15.91 (2.64)	.06	0.38 (-0.54, 1.30)	.419
Understanding	T0	18.74 (1.83)	18.71 (1.98)			
	T1	18.63 (2.03)	18.98 (1.71)	.20	0.46 (-0.20, 1.11)	.175
	T2	17.61 (2.62)	18.62 (2.21)	.54	0.93 (0.16, 1.71)	.018
Feeling	T0	16.18 (2.57)	16.36 (2.39)			
	T1	16.11 (2.49)	16.13 (2.09)	.06	0.23 (-0.50, 0.97)	.536
	T2	16.32 (2.29)	16.56 (2.34)	.02	0.24 (-0.63, 1.11)	.590
Tolerating	T0	16.53 (1.80)	15.93 (2.39)			
	T1	16.00 (2.41)	15.82 (1.89)	.19	0.51 (-0.26, 1.28)	.195
	T2	15.82 (2.76)	16.04 (2.71)	.38	0.75 (-0.16, 1.65)	.108
Acting	T0	16.37 (2.40)	16.67 (2.58)			
	T1	16.79 (2.08)	16.13 (2.32)	-	-0.33 (-1.01, 0.35)	.339
	T2	16.11 (2.46)	16.13 (2.73)	.38	0.05 (-0.75, 0.84)	.911

Nota: los descriptivos son las medias brutas y las DT (DT= desviación típica). d= tamaño del efecto d de Cohen. B: coeficiente de regresión no estandarizado utilizando modelos mixtos con sujetos como efectos aleatorios. Análisis completos de casos.

7.6.2 Resultados secundarios

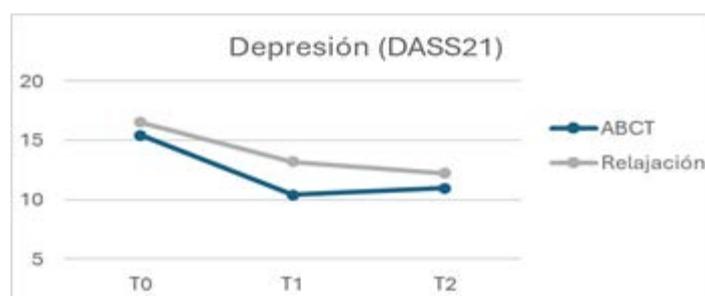
Depresión, ansiedad y estrés

No se encontraron diferencias significativas en las subescalas de la medida de malestar psicológico (DASS21).

En cuanto a la variable de depresión, en la figura 15 observamos la evaluación de los resultados en ambas condiciones. No se dieron diferencias significativas ni en la evaluación post-intervención ($p = 0.368$) ni en el seguimiento ($p = 0.831$).

Figura 15

Evolución del resultado depresión en ambas condiciones.



Tampoco se encontraron diferencias significativas en la variable de ansiedad. Podemos observar que la muestra del grupo experimental partía de un estado sensiblemente mejor respecto al grupo intervención en la media de ansiedad. Como se puede observar en la figura 16, ambas condiciones mejoraron tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento y no se encontraron diferencias significativas para ninguna de las medidas después del tratamiento ($p = 0.926$ y $p = 0.831$, respectivamente)

Para el resultado de la variable estrés, se observa una mayor diferencia entre los resultados del grupo control y el grupo experimental, en el post-tratamiento (véase figura 17), pero no se encontraron diferencias significativas en la comparación

estadística, ni para el post-tratamiento ($p = 0.174$) ni en el seguimiento a seis meses ($p = 0.837$).

Figura 16

Evolución del resultado ansiedad en ambas condiciones.

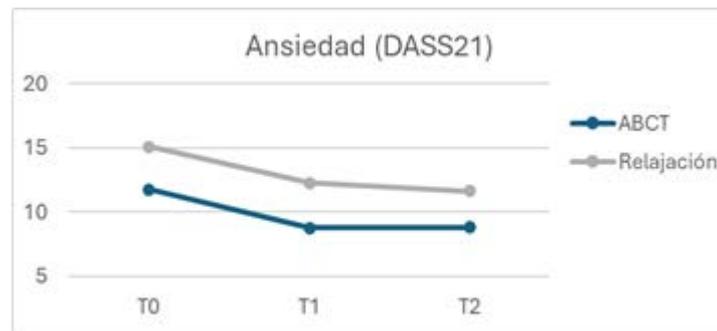
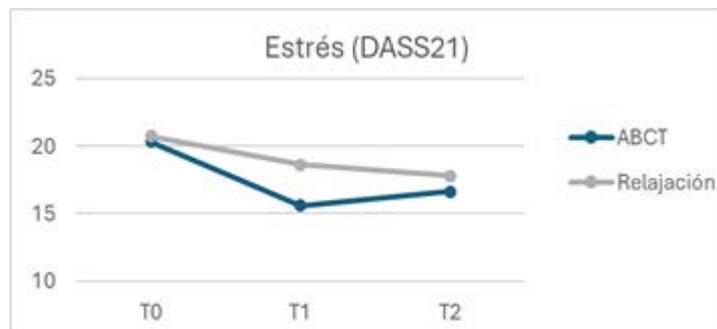


Figura 17

Evolución del resultado ansiedad en ambas condiciones.



Burnout

Para el resultado de síntomas de *burnout* se obtuvieron resultados para las tres subescalas del cuestionario MBI- GS que son el agotamiento, el cinismo y la eficacia.

Para las variables de agotamiento, se observa una tendencia de reducción mayor para el grupo ABCT (véase Figura 18). En la comparación estadística entre las dos condiciones no se observan diferencias significativas ni en la evaluación post-intervención ($p = 0.197$) ni en el seguimiento ($p = 0.487$).

Figura 18

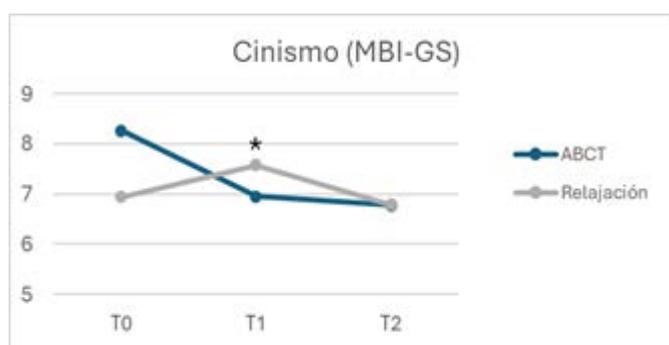
Evolución del resultado agotamiento (MBI-GS) en ambas condiciones



En la subescala de burnout de cinismo se observó que el grupo ABCT fue más eficaz que el grupo control después de la intervención (véase Figura 18). Mientras que el grupo ABCT mostró una reducción del cinismo, el grupo control lo aumentó. La comparación estadística mostró diferencias significativas en la evaluación post-intervención, con tamaño del efecto pequeño ($p < 0.001$, $d = -0.34$), que no se mantuvieron en el seguimiento ($p = 0.143$).

Figura 19

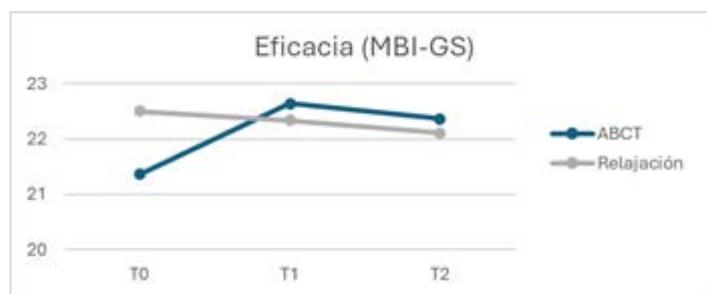
Evolución del resultado cinismo (MBI-GS) en ambas condiciones



La subescala de eficacia mejoró para el grupo ABCT y empeoró en el grupo de relajación (véase Figura 20), pero las comparaciones estadísticas no fueron significativas, ni en la evaluación post-intervención, ni en el seguimiento.

Figura 20

Evolución del resultado afecto positivo (PANAS) en ambas condiciones



Afecto positivo y negativo

Si comparamos la evolución de los resultados del afecto positivo en las dos condiciones, el grupo ABCT tienen una mayor tendencia de mejora (véase figura 21), sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en los resultados de los grupos ni para el post-tratamiento ($p = 0.204$) ni en el seguimiento ($p = 0.133$), aunque en este último se observa una tendencia de mejora para el grupo experimental.

Figura 21

Evolución del resultado afecto positivo (PANAS) en ambas condiciones

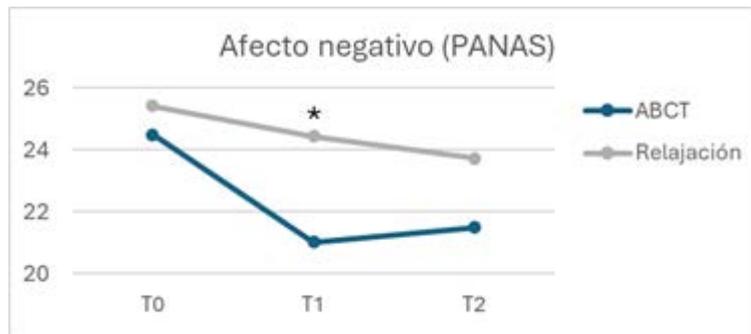


En el afecto negativo si que se observaron diferencias significativas, en el momento post-tratamiento comparando las dos condiciones, dándose una mejora significativa en la reducción del afecto negativo en el grupo experimental frente al grupo control, con un tamaño del efecto pequeño ($p < 0.05$, $d = -0.33$). No se observaron diferencias

significativas en el seguimiento ($p = 0.544$). En la Figura 22 se muestra la evolución de ambas condiciones para los tres momentos temporales.

Figura 22

Evolución del resultado afecto positivo (PANAS) en ambas condiciones



Regulación emocional

La escala de regulación emocional se divide en dos subescalas que son la reevaluación y la supresión emocional.

Para la reevaluación emocional se observó una tendencia de mejora para el grupo ABCT, pero los resultados no muestran diferencias significativas ni en la evaluación post-tratamiento ($p = 0.499$), ni en el seguimiento a seis meses ($p = 0.141$).

Figura 23

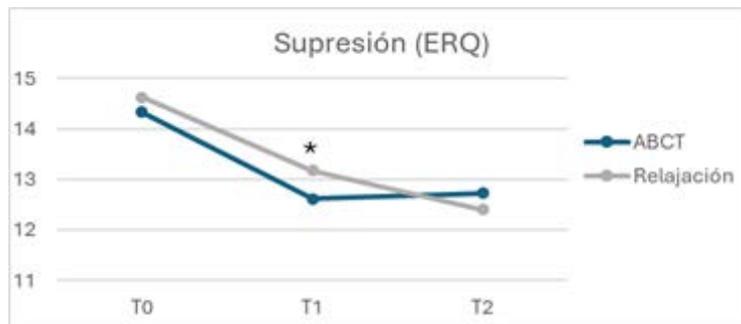
Evolución del resultado reevaluación (ERQ) en ambas condiciones



Si que se encontraron diferencias significativas para la subescala de supresión (véase figura 24). Se encontró una diferencia significativa entre las dos condiciones, en la evaluación post-intervención, con un tamaño del efecto pequeño ($p < 0.05$, $d = -0.28$). No se encontraron diferencias significativas en el seguimiento ($p = 0.834$).

Figura 24

Evolución del resultado supresión (ERQ) en ambas condiciones



Estilos de apego

En la ratio entre apego seguro/ no seguro, aunque se ve una tendencia de aumento para el grupo ABCT (véase figura 25), no hubo significancia ni para la medida post-intervención ($p = 0.915$), ni para el seguimiento a seis meses ($p = 0.175$).

Figura 25

Evolución del resultado ratio apego seguro/ no seguro en ambas condiciones

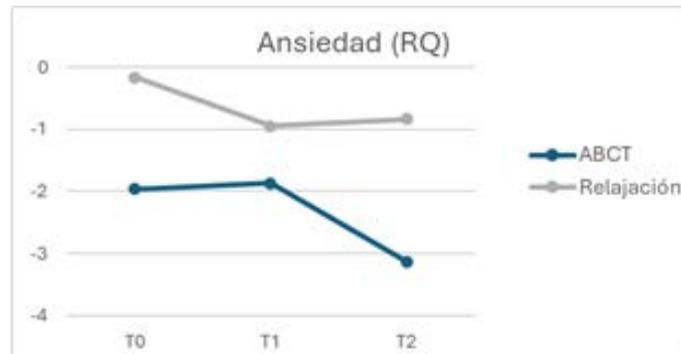


En la evolución de las medidas de la dimensión ansiedad para ambas condiciones también se observa una posible tendencia de mejoría (véase figura 26), pero tampoco se

encontraron diferencias significativas ni en la evaluación después de la intervención ($p = 0.282$) ni a los seis meses ($p = 0.623$).

Figura 26

Evolución del resultado ansiedad (RQ) en ambas condiciones

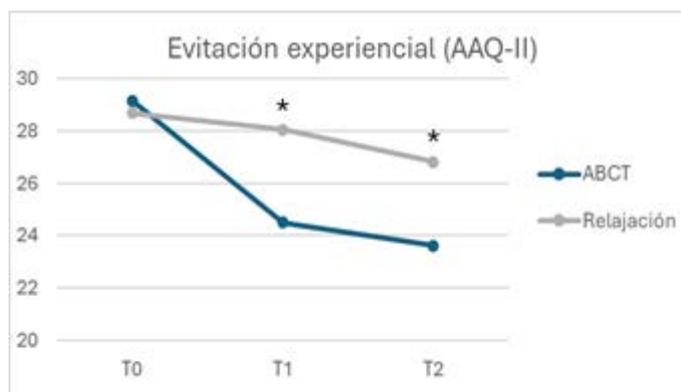


Aceptación

Para evaluar la aceptación se utilizó el cuestionario AAQ-II que mide la evitación experiencial. Por lo tanto, la disminución de la puntuación en el instrumento nos indicará mayor aceptación. Se encontraron mejoras significativas de la aceptación en grupo experimental frente al grupo control tanto en las medidas post-intervención ($p < 0.001$, $d = -0.44$) como en las de seguimiento ($p < 0.01$, $d = -0.41$), con tamaños del efecto pequeños. La evaluación de los resultados se muestra en la Figura 27.

Figura 27

Evolución de la evitación experiencial (AAQ-II) en ambas condiciones



Mindfulness

Los resultados del FFMQ-SF muestran que el grupo ABCT tienen una evolución mucho más satisfactoria para la variable mindfulness (véase Figura 28). En la comparación entre grupos se encontraron diferencias significativas tanto en el seguimiento después de la intervención ($p < 0.001$, $d = 0.49$) como en la evaluación de seguimiento ($p < 0.01$, $d = 0.46$), con tamaños del efecto pequeños.

Figura 28

Evolución del resultado mindfulness (FFMQ-SF) en ambas condiciones



Para las subescalas la variable que mostro mayores diferencias entre grupos fue la de actuar con conciencia, donde se encontraron diferencias significativas tanto en el post-tratamiento ($p < 0.001$, $d = 0.58$) como seis meses después ($p < 0.005$, $d = 0.57$) con tamaños del efecto moderados. La única subescala donde no se encontraron diferencias para ninguno de los momentos temporales fue la de no-reactividad (véase Tabla 29).

Compasión

Se comenzará describiendo el resultado para la compasión por uno mismo, que se evaluó a través del SOSCS (véase Figura 29). En la comparación entre ambos grupos la intervención en ABCT mostró ser más efectiva para promover la autocompasión en los

participantes tanto en la medida post-intervención ($p = 0.001$, $d = 0.54$) como en el seguimiento ($p < 0.05$, $d = 0.50$), con tamaños del efecto moderados.

Figura 29

Evolución del resultado compasión por uno mismo (SOSC-S) en ambas condiciones



En el grupo ABCT, las subescalas de compasión por uno mismo mostraron mejoras significativas, frente al grupo control, para todas las subescalas en el momento post-intervención excepto para la comprensión del propio sufrimiento ($p = 0.126$). En el seguimiento la mayoría de escalas no obtuvieron diferencias significativas entre grupos, excepto la subescala de reconocer el sufrimiento propio, con un tamaño del efecto pequeño ($p < 0.05$, $d = 0.49$). Para ver la estadística comparativa de todas las subescalas véase la Tabla 29)

En cuanto a la variable de la compasión por los otros, en la Figura 30 se presenta la evolución de las dos condiciones a través de los tres momentos temporales. En la comparación estadística no se encontraron diferencias significativas entre los grupos ni en la medida después de la intervención ($p = 0.353$) ni en el seguimiento ($p = 0.133$).

Figura 30

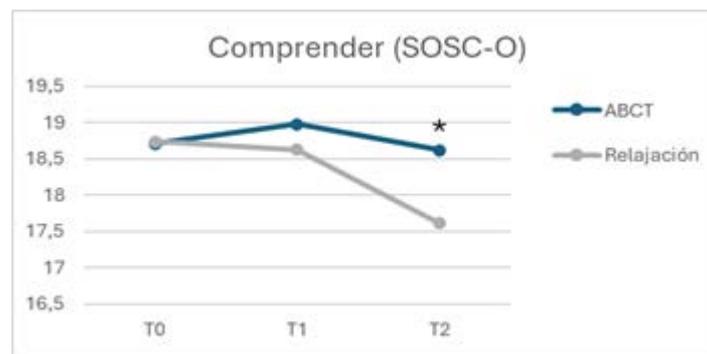
Evolución del resultado compasión por los otros (SOSC-O) en ambas condiciones



Aunque no se encontraron diferencias en las puntuaciones totales del cuestionario SOSC-O, si que se observaron diferencias para la variable de comprender el sufrimiento del otro (véase Figura 31) en la evaluación de seguimiento, con un tamaño del efecto moderado ($p < 0.05$, $d = 0.54$).

Figura 31

Evolución del resultado de la subescala comprender (SOSC-O) en ambas condiciones



En este apartado se han descrito detalladamente los resultados obtenidos en el estudio para cada uno de los grupos y en cada uno de los distintos momentos temporales.

En el siguiente apartado se va a realizar la discusión de estos resultados y la implicación que tienen para las hipótesis que propuestas en este trabajo.

8 DISCUSIÓN

A lo largo de este apartado, se va a valorar el cumplimiento de las hipótesis del presente trabajo de investigación, analizando para ello los resultados que han sido expuestos en el apartado anterior. Además, los resultados obtenidos se van a contrastar con la literatura previa. Por otro lado, se expondrán las consideraciones generales que han sido más relevantes para el estudio y las principales fortalezas y limitaciones de este trabajo de investigación. Finalmente, se realizarán una serie de recomendaciones para futuras investigaciones en esta área.

Como no hay apenas estudios previos sobre programas de compasión en la población universitaria, también se van a comparar los resultados con algunos programas de mindfulness que se han llevado a cabo en esta población ya que, como se ha visto a lo largo de este trabajo, comparten algunos mecanismos de acción y, sin duda, muestran similitudes que nos pueden servir para discutir los resultados obtenidos en este estudio.

8.1 Discusión sobre el cumplimiento de las hipótesis del estudio

8.1.1 Hipótesis 1

El programa de ABCT será más eficaz que la condición de relajación para reducir el malestar psicológico en estudiantes universitarios después del tratamiento.

El objetivo principal de este estudio era el de evaluar la eficacia de la Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego, para disminuir el malestar psicológico, frente a un grupo control de relajación, en una población de estudiantes de universidad.

En relación con la variable principal de malestar psicológico ambos grupos, tanto la condición ABCT como la condición control de relajación, mostraron reducciones significativas del malestar psicológico.

En la comparación de ambos grupos entre ellos, a pesar de que se muestra una mayor tendencia de mejora en el grupo experimental frente al grupo control, en el momento después de la intervención, no se alcanza la significancia. Tampoco se encuentran diferencias significativas para la variable principal a los seis meses de seguimiento. Por lo tanto, no se puede demostrar que la intervención de seis semanas con ABCT sea más eficaz que el control activo de relajación para reducir el malestar psicológico en estudiantes universitarios. Esto no concuerda con los resultados preliminares de ABCT en población sana que nos informaba que ABCT era más eficaz para reducir el malestar psicológico tanto después de la intervención como a los seis meses.

Se van a comparar los resultados con los escasos estudios previos similares, considerando que todos ellos carecen de control activo. Así mismo, se va a comparar los resultados con estudios similares realizados en población universitaria en los que se haya impartido algún programa basado en terapias de tercera generación. No se han encontrado programas basados en compasión para esta población que hayan hecho comparaciones de la reducción del malestar psicológico frente a controles activos.

Huang et al. (2021) realizaron un estudio de compasión en universitarios, don un protocolo breve de 4 semanas sobre habilidades de autocompasión consiguió también mejoras significativas en el malestar psicológico frente al control activo

Existen otros estudios donde encontramos resultados similares al que se ha encontrado en este estudio administrando terapias de tercera generación en población universitaria.

En el estudio de Jain et al. (2007) un ECA con tres brazos: a) mindfulness, b) relajación y c) control no activo. La intervención basada en mindfulness, una MBI de un mes de duración, no fue significativamente superior a la relajación (que incluía una mezcla de relajación muscular progresiva, relajación autógena, así como técnicas de visualización y respiración) para la reducción de los síntomas de malestar psicológico en el alumnado. Pero ambas condiciones mostraron diferencias significativas frente al control no activo. En el estudio de Ko et al. (2018) realizaron un semestre de clases de compasión dos veces a la semana durante quince semanas y, posteriormente, analizaron las variables de depresión, ansiedad y estrés percibido frente a un control pasivo. No encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, lo que está en línea con lo que observamos en el presente trabajo.

En el metaanálisis de Dawson (2020) sobre alumnado universitario, sí que se encontró que las intervenciones basadas en mindfulness y compasión mostraban evidencia para reducir el malestar a corto plazo. Sin embargo, las intervenciones solo reducían significativamente el malestar a largo plazo, a los seis meses, en aquellas comparaciones con controles no activos. A rasgos generales, las intervenciones tendían a perder su efecto si los comparábamos con un grupo control activo.

En población general, el metaanálisis de Kirby et al. (2017) sí que se encontraron tamaños del efecto moderados para la efectividad de los programas de compasión sobre el malestar psicológico en diversas poblaciones, tanto clínicas como no clínicas. Pero los mismos autores hablan de que los resultados son preliminares debido a la heterogeneidad de los estudios, tanto en las poblaciones diversas a los que fueron aplicados, así como por el uso o no de diferentes controles activos, y la utilización de instrumentos de evaluación dispares.

Por todos estos motivos es difícil hacer generalizaciones sólidas sobre los resultados de las terapias de tercera generación, tanto en la población general como en la población universitaria. Hace falta más investigación para solventar las discrepancias entre los estudios y poder sacar conclusiones más fiables sobre los efectos de programas de compasión y, en concreto, del programa ABCT para la reducción del malestar psicológico.

8.1.2 Hipótesis 2

El programa ABCT mostrará ser más eficaz que la condición de relajación para la mejora de los síntomas de ansiedad, depresión, estrés y burnout, así como el afecto positivo y negativo, y la regulación emocional en la evaluación post-tratamiento.

Los resultados intragrupo fueron muy positivos para el grupo de intervención, ya que mejoró en todas las variables en la evaluación post-tratamiento. El grupo control de relajación también obtuvo mejoras significativas en algunas variables como la depresión, la ansiedad, el estrés, en el afecto positivo y negativo y la reevaluación cognitiva, aunque, los tamaños del efecto fueron menores en todas ellas. En contraposición a nuestros hallazgos intragrupales, Kuhlmann et al. (2016) evaluaron los efectos de una intervención basada en mindfulness y un programa de relajación autógena frente a control no activo, y no obtuvieron diferencias significativas en el estrés de los estudiantes para ninguna de las dos condiciones.

Respecto a la comparación estadística entre las dos condiciones, en el momento post-intervención, se encontraron diferencias significativas para la reducción de la variable de cinismo relacionada con el burnout o quemado con la vida académica, donde los participantes del grupo experimental mejoraron más que el grupo control. También, se

encontró que los participantes del grupo experimental redujeron significativamente su afecto negativo en comparación con el grupo control.

Si se revisan los estudios previos, no se encuentra ninguna investigación que confirme nuestros hallazgos, ya que no existen estudios que hayan comparado la intervención de compasión con controles activos.

Si observamos los trabajos que han utilizado controles pasivos, existen estudios que, al contrario de lo observado en el presente trabajo, encontraron en la comparación estadística entre ambos grupos una disminución significativa de síntomas de **ansiedad y depresión** (Arimitsu, 2016; Dundas et al., 2017; Savari et al., 2021). En contraste con estos autores y en línea con nuestro trabajo Ko et al. (2018) hallaron que la **depresión, la ansiedad y el estrés** no se redujeron significativamente frente a un control no activo después de un curso largo de compasión durante todo un semestre universitario. Por lo tanto, podemos ver que los resultados para la depresión y la ansiedad son heterogéneos.

Respecto al **afecto positivo y negativo**, el único estudio previo ECA que aplica un programa de compasión en alumnado universitario comparado con un grupo control activo es el de Smeets (2014). Estos autores no encontraron diferencias significativas intergrupales en el afecto positivo y negativo al comparar una intervención breve de autocompasión y un control activo de gestión del tiempo (Smeets et al., 2014). En esta línea, tampoco las intervenciones IBM han demostrado diferencias significativas en el afecto cuando se mide después de la intervención (Dawson et al., 2020). Se destaca que, en contraste con nuestros resultados, el programa de autocompasión que realizaron Smeets et al (2014) no consiguió diferencias significativas en los cambios pre-post respecto al afecto positivo y negativo.

No hemos encontrado otros ECAs sobre compasión en la universidad que evalúen las variables de **burnout y/o regulación emocional**. En nuestro estudio los resultados fueron prometedores, ya que la intervención mostró muy buenos resultados pre-post, y logró diferencias significativas en la comparación entre grupos para la variable de cinismo. Sí que se encontraron otros estudios de intervenciones basadas en mindfulness con las que podemos hacer una comparación. Por ejemplo, en el estudio de Modrego-Alarcón et al. (2021) no se encontraron resultados significativos, en la comparación de los grupos de intervención frente al control, para las variables de reevaluación cognitiva o burnout. Con anterioridad a este estudio se habían realizado otros trabajos en los que, al igual que en el presente trabajo, los autores no encontraron reducciones significativas pero respecto a las condiciones de control no activo (Barbosa et al., 2013; de Vibe et al., 2013).

No se han encontrado explicaciones teóricas para esta discordancia entre los distintos resultados, algo que debe ser estudiado en mayor profundidad. Son necesarios más estudios de calidad y homogéneos para alcanzar conclusiones fiables (Dawson et al., 2020). También se resalta la necesidad de ampliar las investigaciones sobre terapias de compasión, porque los resultados intragrupalos son prometedores, y es necesario esclarecer para que tipo de síntomas psicológicos las terapias como ABCT, pueden llegar a ser efectivas.

8.1.3 Hipótesis 3

Las mejoras producidas por el programa de ABCT en la angustia psicológica, la ansiedad, la depresión, el estrés, el burnout, el afecto positivo y negativo y la regulación emocional se mantendrán a los seis meses de seguimiento.

En la comparación intragrupo, entre la evaluación pre-intervención y la evaluación a seis meses, los resultados se mantuvieron respecto a la post-intervención. El grupo intervención redujo los niveles de ansiedad, depresión, estrés, burnout, afecto negativo y supresión emocional y se produjo un aumento del afecto positivo y la reevaluación emocional. En el grupo control encontramos reducciones significativas en la comparación pre-seguimiento, en las variables de ansiedad, depresión, estrés, afecto negativo y supresión emocional. El grupo control no mostró diferencias intragrupales en el resto de las variables.

A nivel intergrupar, al hacer la comparación de las medidas de seguimiento entre cada uno de los grupos, encontramos que las diferencias que hallamos en el post sobre el cinismo y el afecto negativo han dejado de ser significativas. Sin embargo, encontramos que en el seguimiento a seis meses, la reducción de la supresión emocional fue mayor para el grupo de intervención en compasión.

Respecto a trabajos previos, no se han encontrado estudios realizados en alumnado universitario que comparen con un control activo. Además, los dos únicos trabajos referidos se centran en las variables de ansiedad, depresión y emociones negativas, que en su caso sí que aumentan frente a un control no activo. En el estudio de Dundas et al. (2017) sí que encontraron reducciones significativas de la ansiedad y la depresión a los seis meses de seguimiento. En el estudio de Arimusi et al. (2016), los resultados se mantuvieron en el seguimiento de 6 meses en el programa de mejora de la autocompasión, frente a un control lista de espera, con mejoras de reducciones en los pensamientos y emociones negativos, reducción significativa de la ansiedad y tendencias de reducción de los síntomas depresivos. Estos son los únicos trabajos que e han encontrado que apliquen un programa basado en compasión a estudiantado

universitario y que obtengan una medida a largo plazo de más de un mes de seguimiento.

En la evidencia que encontramos con otros programas, basados en atención plena, tenemos el estudio de Modrego-Alarcón et al. (2021), que también encontró diferencias significativas en la regulación emocional a los seis meses de seguimiento. En comparación con los presentes hallazgos, los autores encontraron también diferencias significativas en otras variables como, el afecto negativo y positivo, la ansiedad, la regulación emocional y el burnout (Modrego-Alarcón et al., 2021).

Los factores por los cuales nuestros resultados no han sido significativos no están claros. Es posible que la pérdida de muestra sea uno de ellos. La pérdida de significación estadística respecto a las variables, puede deberse a la importante tasa de abandonos sufrida durante el estudio, ya que este fenómeno aumenta la posibilidad de cometer un error tipo II y confirmar la hipótesis nula, aunque sea falsa, por falta de potencia estadística (Anaya-Prado et al., 2008).

8.1.4 Hipótesis 4

Se observarán mejoras significativas en el estilo de apego, la evitación experiencial, la compasión (por los demás/uno mismo) y las habilidades de mindfulness tras la intervención de seis semanas en ABCT.

En el momento post-intervención la intervención de ABCT mostró mejoras significativas, en comparación con las medidas basales, en todas las variables medidas relacionadas con aceptación, mindfulness y compasión, excepto para estilos de apego y compasión por los otros. El grupo de relajación también mejoró significativamente, respecto a la evaluación pre-intervención, para las variables de mindfulness y

compasión; disminuyendo, así mismo, la ansiedad en el apego. Sin embargo, no se objetivaron aumentos significativos de la aceptación, la compasión por los otros, y las otras medidas relacionadas con los estilos de apego.

Respecto a las comparaciones intergrupales, la intervención de ABCT mostró ser más eficaz que el grupo control de relajación, para aumentar la aceptación, la atención plena, y la autocompasión en la medida post-tratamiento.

La eficacia superior del grupo experimental frente al grupo control para las variables de mindfulness y compasión está en línea con el estudio anterior de Smeets (2014), que encontró también que, en comparación con el grupo de control de gestión del tiempo, el grupo de intervención de autocompasión produjo ganancias significativamente mayores en mindfulness y autocompasión. Si revisamos algún estudio más, tenemos que examinar aquellos como el de Ko et al. (2018) que hicieron comparaciones con control no activo y también encontraron aumentos en la autocompasión y la atención plena. Revisando las intervenciones de atención plena en el alumnado universitario, el estudio de Modrego et al. recoge mejoras significativas respecto al control activo relajación, tanto para mindfulness como para compasión. Pero no encontramos estudios que recojan resultados de medidas de compasión y los comparen con un control activo. De hecho, en el metaanálisis de Dawson (2020) se relata que la evidencia de la mejora de la autocompasión a través de intervenciones basadas en mindfulness, para esta población, es inconsistente, y no se pueden obtener conclusiones fiables.

Nuestro estudio es el primero en utilizar un instrumento de medida que incluye la compasión por los otros en una población universitaria. Los estudios previos han utilizado, en línea con la literatura previa, una medida de autocompasión (Dawson et al.,

2020; García-Campayo et al., 2023). Por lo tanto, es difícil comparar este aspecto específico de los resultados obtenidos. Los hallazgos de nuestro estudio muestran que se da un aumento de la autocompasión con la intervención pero, sin embargo, no aumenta la compasión por los otros. Quizás una intervención más larga o compleja o que incidiera más en la compasión por los demás sí que conseguiría obtener cambios significativos en esta variable. Como se afirma en el modelo de Neff (2004) puede que la autocompasión sea el paso previo que nos pueda llevar a la compasión por los demás. Sería recomendable que futuras investigaciones incluyesen esta medida para esclarecer esta cuestión.

Se destaca que, en contraste con nuestros resultados, en el estudio de Smeets et al. (2014), encuentra que el grupo control activo, consistente en una intervención sobre gestión del tiempo, no mejoró en variables de autocompasión ni de atención plena después de la intervención. Esta diferencia de resultados puede ser debida al tipo de intervención que se ha escogido para realizar el grupo control activo. Que no exista homogeneidad en el tipo de intervenciones que se utilizan como control activo para evaluar una terapia psicológica hace que los resultados no sean fácilmente comparables entre sí (Dawson et al., 2020; Wilson et al., 2019).

8.1.5 Hipótesis 5

La intervención de ABCT mejorara significativamente el estilo de apego, la evitación experiencial, la compasión (por los demás/uno mismo) y las habilidades de mindfulness en el seguimiento a seis meses.

En relación con los resultados intragrupal, en el grupo experimental las diferencias entre la medida pre y seguimiento se mantuvieron significativas para las variables de

aceptación, mindfulness y compasión por uno mismo. En la condición de relajación los participantes también mejoran en el seguimiento en aceptación, mindfulness y compasión por uno mismo. Hay que destacar que en el grupo control se da una disminución significativa de la comprensión del sufrimiento tanto para uno mismo como para los otros.

En la comparación de los grupos entre sí, para las medidas de seguimiento encontramos que el programa de ABCT consigue seguir siendo superior al grupo control activo en mejorar la aceptación, mindfulness y compasión por uno mismo. Siguen sin ser significativos los cambios en el estilo de apego ni en la compasión por los otros. Aunque, sí que encontramos una diferencia significativa en la subescala de comprender el sufrimiento de los otros, ya que el grupo de intervención puntúa mejor que el grupo control.

El único estudio de compasión en universitarios que incluye un seguimiento a seis meses es el de Dundas et al. (2017), en el que, en línea con el nuestro, los resultados obtenidos en la mejora de la autocompasión se mantienen en el seguimiento. Algo similar ocurre en el estudio de Huang et al. (2021), en un seguimiento a más corto plazo, con solo un mes de diferencia con la medida post-tratamiento, puesto que se siguen encontrando mejoras significativas de la autocompasión frente al grupo control. Ambos estudios son cursos breves, de 2 y 4 semanas respectivamente, de autocompasión, intervención que se compara con un grupo control no activo. Por lo tanto, parece que la evidencia apoya los resultados de este estudio y las intervenciones basadas en compasión pueden ser eficaces para mejorar la atención plena, la autocompasión y la aceptación incluso después de un periodo de tiempo.

En otras intervenciones con mindfulness en población universitaria, con duración del programa y medidas de seguimiento similares al presente estudio, las mejoras en las variables de mindfulness y compasión seguían siendo significativas a los seis meses de seguimiento frente a un control activo de relajación (Modrego-Alarcón et al., 2021).

Si se profundiza, en los resultados obtenidos para el estilo de apego en nuestro estudio, se encontraron mejoras significativas a nivel intragrupal en el grupo que siguió el programa de ABCT en el seguimiento a seis meses pero, el tamaño del efecto encontrado era muy pequeño. No se encontraron diferencias significativas en la comparación estadística entre las dos condiciones. No existen estudios similares en esta población que analicen el estilo de apego. Sin embargo, en hallazgos previos sobre el programa, en población sana, el estilo de apego seguro aumentó significativamente en el grupo ABCT, tanto en la medida post-tratamiento como en el seguimiento a seis meses en comparación con un control no activo (Navarro-Gil et al., 2020). Es necesaria más investigación sobre el efecto de ABCT sobre el estilo de apego.

Tanto en las intervenciones en las que se utiliza mindfulness como en las que se emplea compasión apenas se estudian medidas a largo plazo. Sería necesario que las investigaciones incluyesen medidas de seguimiento más prolongadas en el tiempo (Dawson et al., 2020).

8.2 Consideraciones generales

Es importante señalar algunos aspectos del estudio que no se han comentado con anterioridad, pero que son importantes para contextualizar los resultados que se han observado.

8.2.1 Adherencia al programa y asistencia a las sesiones

Se empezará señalando los análisis que se hicieron para examinar la adherencia al programa, y la comparación de esta entre las dos condiciones. La adherencia general al estudio fue baja: un 66,32% de los participantes completaron la evaluación post-tratamiento, mientras que solo un 44,73% completaron la evaluación de seguimiento a los 6 meses. Este porcentaje estuvo por debajo de otros estudios previos ECAs, similares, en población universitaria (Dundas et al., 2017; Huang et al., 2021; Ko et al., 2018; Savari et al., 2021; Smeets et al., 2014).

Por ejemplo, en el estudio de Modrego-Alarcón et al (2021), con un diseño similar al nuestro y población universitaria de Zaragoza, un 80% de la muestra contestó la evaluación post-intervención y un 67.14% de la muestra total realizó el seguimiento a seis meses. Además, estos autores encontraron que los abandonos fueron significativamente mayores en la condición control frente a la intervención. Este dato no ocurrió en nuestro estudio, ya que las pérdidas fueron similares para ambos grupos. En el estudio de Galante (2021), también en población universitaria, las pérdidas en el seguimiento fueron enormes, ya que solo el 53% de sus participantes contestaron la evaluación, pero el seguimiento fue a un año y la muestra era mucho más grande que la nuestra (N=616).

En lo relativo a la duración del programa, nuestra experiencia fue positiva, aunque no tuvimos una gran asistencia a las sesiones. Si tomamos de referencia el ECA de Modrego-Alarcón et al. (2021), observamos que para la misma población su programa, con la misma duración, logro mucha más adherencia a las sesiones, y una mejor adherencia a los

programas de intervención frente al grupo control relajación. Esto no se observó en nuestro estudio. Consideramos que la dosis es apropiada ya que se adaptaba bien al horario y el calendario académico del alumnado. Se sabe que intervenciones con mayor número de sesiones, ocho o más, muestran una mayor evidencia en cuanto a sus beneficios psicológicos (Bamber & Morpeth, 2019; Craig et al., 2020), pero también suelen implicar más problemas de adherencia (Dawson et al., 2020). Nosotros queríamos explorar la dosis mínima eficaz de una intervención de compasión en población universitaria.

Una de las teorías para una posible explicación de los resultados de este estudio relacionados con la baja adherencia y asistencia a las sesiones, está relacionado con que el estudio ha tenido lugar después de la pandemia mundial del COVID 19 y el cierre y posterior impacto que tuvo lugar en las universidades. Algunos estudios correlacionales preliminares señalan que ha podido tener un impacto en el absentismo universitario (Dee, 2024; Santibañez & Guarino, 2021). Esto es solo una teoría preliminar pero parece razonable tenerla en cuenta a la hora de valorar los resultados de adherencia obtenidos en este estudio.

8.2.2 Perspectiva de género

En este estudio de investigación obtuvimos mucha más participación de mujeres que de hombres. En concreto un 85,79% de la muestra fueron mujeres. Hay que destacar que la mayor prevalencia de mujeres no ocurre solo en nuestro estudio, si no que en la mayoría de las muestras de estudios similares estuvieron compuestas en mayor medida por mujeres (Dundas et al., 2017; Yela et al., 2020), incluso, en algunos, de forma exclusiva (Savari et al., 2021; Smeets et al., 2014).

Este fenómeno no solo ocurre en muestras universitarias sino en investigaciones de programas de compasión en poblaciones no universitarias. Así, en el trabajo Neff y Germer (2017) la muestra es mayoritariamente de mujeres (84%). También en el estudio de Navarro-Gil et al, (Navarro-Gil et al., 2020), en el que se realiza la aplicación de un programa de ABCT a población sana, y en el que el 88,9% fueron mujeres. Es posible que el entrenamiento de la compasión, así como de otros programas de psicoterapia en general y, en particular, los de tercera generación como el estudiado en este trabajo, sean más atractivos para las mujeres que para los hombres.

Por otra parte, el hecho de ser mujer se ha visto que puede aumentar en un 63,7% el riesgo de sufrir trastorno de salud mental para esta población (Rodríguez-Rodríguez et al., 2022). Esto puede influir en que sean más las mujeres que se presten a este tipo de estudios puesto que son las más afectadas. También es posible que las mujeres sientan que este tipo de intervenciones les pueden ser de más utilidad de lo que lo piensan los hombres.

En este sentido, algunos metaanálisis sobre intervenciones de tercera generación han obtenido mejoras significativas en las mujeres en comparación con los resultados de la muestra masculina (Ma et al., 2019; O'Driscoll et al., 2017). Otros metaanálisis recientes, sin embargo, no incluyen entre sus análisis la segregación de la muestra por género (Dawson et al., 2020; Wilson et al., 2019), análisis específico que resulta recomendable incluir para dilucidar si esta variable influye o no en los posibles beneficios de las terapias.

8.3 Fortalezas, limitaciones y recomendaciones futuras

8.3.1 Fortalezas

En cuanto a los puntos fuertes de este trabajo, se va a comenzar por señalar que, aunque los enfoques basados en la compasión son prometedores para el tratamiento de la salud mental de los estudiantes universitarios, este estudio será uno de los primeros ECA en evaluar la eficacia de las técnicas de compasión en la salud mental de los estudiantes universitarios, y el primero en verificar los beneficios potenciales específicos del programa específico ABCT para esta población.

Además, el estudio tuvo un diseño controlado aleatorio con una muestra relativamente grande de 190 estudiantes universitarios y un seguimiento a medio plazo (6 meses), tal y como recomiendan investigaciones previas sobre esta población (Dawson et al., 2020).

También es importante resaltar que utilizamos una intervención basada en técnicas de relajación como control activo que, en contraste con los anteriores estudios en esta población, nos permite atribuir los cambios que se han encontrado a las variables de la intervención y no a otros factores como la atención mostrada por el instructor o la relación con el grupo.

Todos los cuestionarios usados en el estudio fueron cuestionarios fiables, validados y ampliamente utilizados. Además, se destaca el hecho de utilizamos una medida de autoinforme para la compasión hacia los otros y otra para la autocompasión. Esto difiere de la investigación en compasión realizada hasta este momento, ya que el instrumento más utilizado era el cuestionario de autocompasión de Neff (2003) y no existían cuestionarios que midiesen de forma fiable la compasión hacia otros. Por ejemplo en la revisión de Kirby et al. (2017) de los 21 ECAs que analizaron sobre intervenciones en

compasión, sólo un 20% utilizaron la variable compasión como resultado, mientras que el 76% midió la autocompasión.

8.3.2 Limitaciones

En cuanto a las limitaciones de este estudio, la más relevante fue la pérdida muestral. Las pérdidas fueron grandes ya en la evaluación post-intervención, y la muestra se quedó muy ajustada al tamaño muestral que se calculó en un primer momento. Mas tarde, las pérdidas grandes para las medidas del seguimiento hicieron que la muestra perdiera potencia estadística. Aunque se utilizaron las medidas recomendadas para minimizar las pérdidas, no se consiguió hacerlo. Como hemos dicho, pensamos que el impacto de la pandemia en los hábitos de las poblaciones universitarias con tendencia a acentuar el absentismo sea uno de los factores explicativos.

Por otra parte, la muestra tiene unas características muy concretas: son estudiantes de la misma universidad (aunque el origen geográfico de los estudiantes es muy variable, incluso internacional), que vive en una zona urbana, y son preferentemente mujeres, lo que hace que la muestra no sea del todo representativa de esta población, con una limitada validez externa. Futuros estudios deberían replicarse en más lugares y en distintos entornos. Por otra parte, los participantes lo hicieron de forma voluntaria y por interés propio, lo que pudo influenciar en los resultados, sesgándolos hacia subgrupos con mayor patología o que mostraban interés por la salud mental (Erogul et al., 2014).

La investigación se basó exclusivamente en escalas de autoinforme para medir los resultados, lo que siempre implica posibles sesgos de los resultados debido a la deseabilidad social. Por otro lado, no hemos recogido otras variables que hubieran sido

interesantes para el estudio como la cantidad de tiempo dedicado a las prácticas semanales, o los posibles efectos adversos que pudieran tener lugar con la práctica.

Creemos que la práctica diaria que acompañó al programa fue escasa y que eso pudo explicar los escasos resultados en algunas variables del estudio (Parsons et al., 2017). Esto está en la línea de otras investigaciones recientes, con intervenciones similares en esta población como el estudio de Galante et al (2021).

En último lugar, una limitación importante fue también el hecho de que no se controló la posible influencia del terapeuta. Hubiera sido recomendable organizar el estudio de tal forma que varios terapeutas llevaran a cabo cada una de las intervenciones. Esto también pudo influir en los resultados del estudio.

8.3.3 Futuras líneas de investigación:

En cuanto a las posibles líneas futuras, lo primero a lo que queremos hacer referencia es que en este trabajo se prevé ampliar los análisis e incluir exámenes de mediación para poder observar si los mecanismos de acción de ambos grupos son diferentes. En estudios similares se sugiere que los cambios en la regulación emocional y la salud mental pueden ser facilitados por la autocompasión (Dundas et al., 2017). Existe alguna evidencia preliminar que muestra que las habilidades de evitación experiencial, autocompasión y atención plena tienen un papel mediador potencial en ABCT (Collado-Navarro et al., 2021; López-del-Hoyo et al., 2022; Montero-Marin et al., 2019). Sin embargo, no hay estudios previos que evalúen el estilo de apego y la compasión por los demás como mecanismos putativos de ABCT, a pesar de que son constructos centrales del programa. Por lo tanto, nos parece de suma importancia completar los análisis de los

datos presentados en este trabajo con análisis de mediación que se harán en un futuro próximo.

De forma general sería interesante que, los futuros estudios incorporasen alguna otra medida de evaluación aparte de las medidas de autoinforme. Por ejemplo, algunas variables fisiológicas más objetivas como el ritmo cardiaco, los niveles de cortisol o la tensión arterial). Y también resultados académicos o variables como el absentismo (Bamber & Morpeth, 2019; Dawson et al., 2020). También sería útil recoger el tiempo semanal o diario dedicado a las practica fuera de las sesiones (Galante, Stochl, et al., 2021). En suma, es necesario recopilar algunas valoraciones cualitativas de los estudiantes sobre el programa, e incluso sobre algunas de las variables estudiadas, como la compasión o los estilos de apego. Por eso, recomendamos aplicar metodologías cualitativas a las intervenciones basadas en compasión, dado los sesgos negativos que a veces acompañan al término (Lane et al., 2023).

Así mismo, sería interesante incorporar el uso de las nuevas tecnologías a este tipo de intervenciones psicológicas. Sobre todo, si como la de este estudio, van dirigidas a población joven. Se podrían realizar intervenciones en línea o con el apoyo de la tecnología, para facilitar la accesibilidad a los programas. Ya se han realizado estudios con intervenciones basadas en mindfulness y apoyo en las tecnologías que muestran evidencia en la reducción del estrés y la ansiedad, y que aumentan el bienestar y la atención plena en población universitaria (Chen et al., 2023), así que sería interesante evaluar esto mismo en las intervenciones basadas en compasión. Además la tecnología puede aportar otros soportes interesantes para la práctica meditativa, como la realidad aumentada o la realidad virtual (Modrego-Alarcón et al., 2021).

Finalmente, se anima a llevar a cabo otras futuras investigaciones con estudios controlados aleatorios, con muestras más grandes y un control activo para realizar las comparaciones intergrupales. En vista de que, en general, los resultados obtenidos por las intervenciones de compasión en población universitaria son prometedores, se debería seguir ampliando la evidencia en esta área. También es preciso insistir en la necesidad de diseñar estudios de investigación que incorporen, al menos, una evaluación de seguimiento a largo plazo, al menos de seis meses. Por supuesto, cuanto más se alarguen las evaluaciones en el tiempo, aunque los costes del estudio se multiplican, más útiles serán para dilucidar la efectividad de este tipo de intervenciones a largo plazo, como el seguimiento a un año que realizaron Galante et al. (2021).

En suma, consideramos que nos encontramos ante una intervención, la compasión, que puede ser útil para tratar enfermedades psicológicas y aumentar el bienestar en diferentes poblaciones, como la universitaria, y que este trabajo es una primera y modesta base sobre la que seguir evaluando su eficacia.

En este apartado hemos discutido en profundidad los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, analizando también las conclusiones que podemos alcanzar y las posibles explicaciones causales, teniendo en cuenta la literatura previa.

En el siguiente apartado y para concluir este trabajo, vamos a describir las distintas conclusiones que se han podido extraer de esta investigación.

9 CONCLUSIONES

A continuación, se van a exponer las principales conclusiones que se han obtenido de esta investigación:

1. El entrenamiento de seis semanas en ABCT no ha mostrado ser más efectivo que la condición de relajación para reducir el malestar psicológico en estudiantes universitarios después del tratamiento, ni en el seguimiento a seis meses.
2. En este ECA, el entrenamiento en compasión, ABCT, de seis semanas para alumnado universitario, ha demostrado ser más eficaz que la relajación para reducir el cinismo y el afecto negativo en una muestra de población universitaria española, después de la intervención.
3. La condición de intervención en compasión que se utilizó en el presente estudio mostró reducciones significativas de la supresión emocional, respecto al grupo control activo de relajación, en la medida de seguimiento a seis meses.
4. En cuanto a las variables relacionadas con la compasión, el grupo ABCT mostró ser más eficaz que el grupo control de relajación, para aumentar la aceptación, la atención plena, y la autocompasión en la medida post-tratamiento.
5. En el seguimiento a seis meses la condición de compasión siguió mostrando mejoras significativas respecto a la condición control en las variables de aceptación, mindfulness y compasión por uno mismo.

6. Este estudio tuvo grandes tasas de abandono general, que no tuvieron que ver con la condición a la que los sujetos fueron asignados, ya que no hubo diferencias significativas en la adherencia entre las dos condiciones.
7. No se encontraron diferencias significativas en la asistencia de los participantes a las sesiones del grupo de mindfulness en comparación con el grupo control.
8. Este estudio muestra los resultados de una intervención breve basada en compasión, a través de un protocolo estandarizado, adaptada a la población universitaria. Los resultados deben ser la base para realizar más estudios ECAs, y analizar en mayor profundidad el impacto de la terapia de compasión en esta población.

9 CONCLUSIONS

The main conclusions obtained from this research will be presented below:

1. Six-week ABCT training has not been shown to be more effective than the relaxation condition in reducing psychological distress in university students after treatment, nor at six-month follow-up.
2. In this RCT, six-week compassion training, ABCT, for university students, has been shown to be more effective than relaxation in reducing cynicism and negative affect in a sample of the Spanish university population after the intervention.
3. The compassion intervention condition used in the present study showed significant reductions in emotional suppression, compared to the active relaxation control group, at the six-month follow-up measure.
4. Regarding the variables related to compassion, the ABCT group was shown to be more effective than the relaxation control group in increasing acceptance, mindfulness, and self-compassion on the post-treatment measure.
5. At the six-month follow-up, the compassion condition continued to show significant improvements compared to the control condition on the variables of acceptance, mindfulness, and self-compassion.
6. This study had high overall dropout rates, which were not related with the condition to which subjects were assigned, as there were no significant differences in adherence between the two conditions.

7. No significant differences were found in the attendance of the participants to the sessions of the mindfulness group compared to the control group.

8. This study shows the results of a brief compassion-based intervention, through a standardized protocol, adapted to the university population. The results should be the basis for further RCT studies and further analysis of the impact of compassion therapy in this population.

10 REFERENCIAS

- Abelson, S., Lipson, S. K., & Eisenberg, D. (2021). Mental Health in College Populations: A Multidisciplinary Review of What Works, Evidence Gaps, and Paths Forward. En L. W. Perna (Ed.), *Higher Education: Handbook of Theory and Research: Volume 37* (pp. 1-107). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-66959-1_6-1
- Ahmed, I., Hazell, C. M., Edwards, B., Glazebrook, C., & Davies, E. B. (2023). A systematic review and meta-analysis of studies exploring prevalence of non-specific anxiety in undergraduate university students. *BMC Psychiatry*, *23*(1), 240. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04645-8>
- Almutairi, H., Alsubaie, A., Abduljawad, S., Alshatti, A., Fekih-Romdhane, F., Husni, M., & Jahrami, H. (2022). Prevalence of burnout in medical students: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, *68*(6), 1157-1170. <https://doi.org/10.1177/00207640221106691>
- Alsubaie, M. M., Stain, H. J., Webster, L. A. D., & Wadman, R. (2019). The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, *24*(4), 484-496. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1568887>
- Amanvermez, Y., Rahmadiana, M., Karyotaki, E., de Wit, L., Ebert, D. D., Kessler, R. C., & Cuijpers, P. (2020). Stress management interventions for college students: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12342>

- American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Anaya-Prado, R., Grover-Páez, F., Centeno-López, N. M., & Godínez-Rubí, M. (2008). Ensayos clínicos sin significado estadístico. La importancia del error tipo II. *Cirugía y Cirujanos*, 76(3), 271-275.
- Andersson, C., Bergsten, K. L., Lilliengren, P., Norbäck, K., Rask, K., Einhorn, S., & Osika, W. (2021). The effectiveness of smartphone compassion training on stress among Swedish university students: A pilot randomized trial. *Journal of Clinical Psychology*, 77(4), 927-945. <https://doi.org/10.1002/jclp.23092>
- Arias-de la Torre, J., Fernández-Villa, T., Molina, A. J., Amezcua-Prieto, C., Mateos, R., Cancela, J. M., Delgado-Rodríguez, M., Ortíz-Moncada, R., Alguacil, J., Redondo, S., Gómez-Acebo, I., Morales-Suárez-Varela, M., Blázquez Abellán, G., Jiménez Mejías, E., Valero, L. F., Ayán, C., Vilorio-Marqués, L., Olmedo-Requena, R., & Martín, V. (2019). Psychological Distress, Family Support and Employment Status in First-Year University Students in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), Article 7. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071209>
- Arimitsu, K. (2016). The effects of a program to enhance self-compassion in Japanese individuals: A randomized controlled pilot study. *The Journal of Positive Psychology*, 11(6), 559-571. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1152593>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2001). *Adolescence and emerging adulthood: A cultural approach*, 2nd ed (pp. xix, 538). Pearson Education New Zealand.

- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* (pp. viii, 270). Oxford University Press.
- Arslan, C., Hamarta, E., & Uslu, M. (2010). The relationship between conflict communication, self-esteem and life satisfaction in university students. *Educational Research and Reviews*, 5(01), 031-034.
- Asensio-Martínez, Á., Masluk, B., Montero-Marin, J., Oliván-Blázquez, B., Navarro-Gil, M. T., García-Campayo, J., & Magallón-Botaya, R. (2019). Validation of Five Facets Mindfulness Questionnaire – Short form, in Spanish, general health care services patients sample: Prediction of depression through mindfulness scale. *PLOS ONE*, 14(4), e0214503.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214503>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127, 623-638.
<https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- 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., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>

- Bamber, M. D., & Morpeth, E. (2019). Effects of Mindfulness Meditation on College Student Anxiety: A Meta-Analysis. *Mindfulness*, *10*(2), 203-214.
<https://doi.org/10.1007/s12671-018-0965-5>
- Bamber, M. D., & Schneider, J. K. (2016). Mindfulness-based meditation to decrease stress and anxiety in college students: A narrative synthesis of the research. *Educational Research Review*, *18*, 1-32.
<https://doi.org/10.1016/j.edurev.2015.12.004>
- Baminiwatta, A., & Solangaarachchi, I. (2021). Trends and Developments in Mindfulness Research over 55 Years: A Bibliometric Analysis of Publications Indexed in Web of Science. *Mindfulness*, *12*(9), 2099-2116.
<https://doi.org/10.1007/s12671-021-01681-x>
- Banyard, V. L., Demers, J. M., Cohn, E. S., Edwards, K. M., Moynihan, M. M., Walsh, W. A., & Ward, S. K. (2020). Academic Correlates of Unwanted Sexual Contact, Intercourse, Stalking, and Intimate Partner Violence: An Understudied but Important Consequence for College Students. *Journal of Interpersonal Violence*, *35*(21-22), 4375-4392. <https://doi.org/10.1177/0886260517715022>
- Barbosa, P., Raymond, G., Zlotnick, C., Wilk, J., Toomey, R. I., & Mitchell, J. I. (2013). Mindfulness-Based Stress Reduction Training is Associated with Greater Empathy and Reduced Anxiety for Graduate Healthcare Students. *Education for Health*, *26*(1), 9. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.112794>
- Bardacke, N. (2012). *Mindful birthing: Training the mind, body, and heart for childbirth and beyond*. Harper Collins.
- Barker, R. L. (2008). *The social work dictionary*. NASW Press.
- Bartels-Velthuis, A. A., Schroevers, M. J., van der Ploeg, K., Koster, F., Fler, J., & van den Brink, E. (2016). A Mindfulness-Based Compassionate Living Training in a

- Heterogeneous Sample of Psychiatric Outpatients: A Feasibility Study. *Mindfulness*, 7(4), 809-818. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0518-8>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667-672. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x>
- Becerra, M. B., & Becerra, B. J. (2020). Psychological Distress among College Students: Role of Food Insecurity and Other Social Determinants of Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), Article 11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114118>
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 173, 90-96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.054>
- Beltrán-Ruiz, M., Fernández, S., García-Campayo, J., Puebla-Guedea, M., López-del-Hoyo, Y., Navarro-Gil, M., & Montero-Marin, J. (2023). Effectiveness of attachment-based compassion therapy to reduce psychological distress in university students: A randomised controlled trial protocol. *Frontiers in Psychology*, 14, 1185445. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1185445>
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>

- Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive Relaxation Training: A Manual for the Helping Professions*. Research Press, 2612 North Mattis Avenue, Champaign, Illinois 61820 (ISBN 0-87822-104-2).
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., Lackner, K. J., & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>
- Bewick, B., Koutsopoulou, G., Miles, J., Slaa, E., & Barkham, M. (2010). Changes in undergraduate students' psychological well-being as they progress through university. *Studies in Higher Education*, *35*(6), 633-645. <https://doi.org/10.1080/03075070903216643>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S.-M., & Olfson, M. (2008). Mental Health of College Students and Their Non-College-Attending Peers: Results From the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, *65*(12), 1429-1437. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.12.1429>
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*(6), 539-544. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.005>

- Bohlmeijer, E., ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., & Baer, R. (2011). Psychometric Properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Depressed Adults and Development of a Short Form. *Assessment, 18*(3), 308-320. <https://doi.org/10.1177/1073191111408231>
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. E., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse, 30*(4), 295-305. <https://doi.org/10.1080/08897070903250084>
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide* (pp. xix, 179). Guilford Press.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry, 71*(5), 547-556. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida* (Vol. 1). Paidós Iberica.
- Breedvelt, J. J. F., Amanvermez, Y., Harrer, M., Karyotaki, E., Gilbody, S., Bockting, C. L. H., Cuijpers, P., & Ebert, D. D. (2019). The Effects of Meditation, Yoga, and Mindfulness on Depression, Anxiety, and Stress in Tertiary Education Students: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry, 10*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00193>
- Bresó Esteve, E. (2008). Well-being and performance in academic settings. The predicting role of self-efficacy [Ph.D. Thesis, Universitat Jaume I]. En *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. <https://www.tdx.cat/handle/10803/10524>

- Brito-Pons, G. (2014). *Cultivating Healthy Minds and Open Hearts: A Mixed-method Controlled Study on the Psychological and Relational Effects of Compassion Cultivation Training in Chile* [Ph.D.].
<https://www.proquest.com/docview/1564778113/abstract/A92875016F58407APQ/1>
- Brito-Pons, G., Campos, D., & Cebolla, A. (2018). Implicit or Explicit Compassion? Effects of Compassion Cultivation Training and Comparison with Mindfulness-based Stress Reduction. *Mindfulness*, 9(5), 1494-1508.
<https://doi.org/10.1007/s12671-018-0898-z>
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of Affective Disorders*, 225, 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.044>
- Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, L., Carmen Fernández Alonso, M. del, García Campayo, J., Montón Franco, C., & Tizón García, J. L. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Atencion Primaria*, 50(Suppl 1), 83-108.
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30364-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30364-0)
- Bullock, G., Kraft, L., Amsden, K., Gore, W., Prengle, B., Wimsatt, J., Ledbetter, L., Covington, K., & Goode, A. (2017). The prevalence and effect of burnout on graduate healthcare students. *Canadian Medical Education Journal*, 8(3), e90-e108.
- Buote, V. M., Pancer, S. M., Pratt, M. W., Adams, G., Birnie-Lefcovitch, S., Polivy, J., & Wintre, M. G. (2007). The Importance of Friends: Friendship and Adjustment

- Among 1st-Year University Students. *Journal of Adolescent Research*, 22(6), 665-689. <https://doi.org/10.1177/0743558407306344>
- Byrd, D. R., & McKinney, K. J. (2012). Individual, Interpersonal, and Institutional Level Factors Associated With the Mental Health of College Students. *Journal of American College Health*, 60(3), 185-193. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.584334>
- Byrom, N. C., Dinu, L., Kirkman, A., & Hughes, G. (2020). Predicting stress and mental wellbeing among doctoral researchers. *Journal of Mental Health*, 31(6), 783-791. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1818196>
- Caballero, C. C., Bresó, É., & González Gutiérrez, O. (2015). Burnout in university students. *Psicología Desde El Caribe*, 32(3), 424-441. <https://doi.org/10.14482/psdc.32.3.6217>
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. J. (2013). A Spanish Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 234-240. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>
- Carmody, J., Baer, R. A., L. B. Lykins, E., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 613-626. <https://doi.org/10.1002/jclp.20579>
- Carvalho, S., Guerrero, E., & Chambel, M. J. (2018). Emotional intelligence and health students' well-being: A two-wave study with students of medicine, physiotherapy and nursing. *Nurse Education Today*, 63, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.010>

- Carvalho, S., Martins, C. P., Almeida, H. S., & Silva, F. (2017). The Evolution of Cognitive Behavioural Therapy – The Third Generation and Its Effectiveness. *European Psychiatry, 41*(S1), s773-s774.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1461>
- 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). *The European Journal of Psychiatry, 26*(2), 118-126. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>
- Chen, B., Yang, T., Xiao, L., Xu, C., & Zhu, C. (2023). Effects of Mobile Mindfulness Meditation on the Mental Health of University Students: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research, 25*(1), e39128.
<https://doi.org/10.2196/39128>
- Christiansen, J., Qualter, P., Friis, K., Pedersen, S., Lund, R., Andersen, C., Bekker-Jepesen, M., & Lasgaard, M. (2021). Associations of loneliness and social isolation with physical and mental health among adolescents and young adults. *Perspectives in Public Health, 141*(4), 226-236.
<https://doi.org/10.1177/17579139211016077>
- Cladder-Micus, M. B., Speckens, A. E. M., Vrijzen, J. N., T. Donders, A. R., Becker, E. S., & Spijker, J. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and Anxiety, 35*(10), 914-924. <https://doi.org/10.1002/da.22788>
- Cohen, J. (2013). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Academic Press.
- Collado-Navarro, C., Navarro-Gil, M., Pérez-Aranda, A., López-del-Hoyo, Y., Garcia-Campayo, J., & Montero-Marin, J. (2021). Effectiveness of mindfulness-based

stress reduction and attachment-based compassion therapy for the treatment of depressive, anxious, and adjustment disorders in mental health settings: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 38(11), 1138-1151.

<https://doi.org/10.1002/da.23198>

Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S., Bordin, I. A., Costello, E. J., Durkin, M., Fairburn, C., Glass, R. I., Hall, W., Huang, Y., Hyman, S. E., Jamison, K., Kaaya, S., Kapur, S., Kleinman, A., Ogunniyi, A., ... Walport, M. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475(7354), Article 7354. <https://doi.org/10.1038/475027a>

Colman, A. M. (2009). *A dictionary of psychology*. Oxford University Press.

Conley, C. S., Durlak, J. A., & Dickson, D. A. (2013). An Evaluative Review of Outcome Research on Universal Mental Health Promotion and Prevention Programs for Higher Education Students. *Journal of American College Health*, 61(5), 286-301. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.802237>

Conley, C. S., Durlak, J. A., & Kirsch, A. C. (2015). A Meta-analysis of Universal Mental Health Prevention Programs for Higher Education Students. *Prevention Science*, 16(4), 487-507. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0543-1>

Conley, C. S., Durlak, J. A., Shapiro, J. B., Kirsch, A. C., & Zahniser, E. (2016). A Meta-Analysis of the Impact of Universal and Indicated Preventive Technology-Delivered Interventions for Higher Education Students. *Prevention Science*, 17(6), 659-678. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0662-3>

Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(4), 385-400.

<https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>

- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2016). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, *47*(6), 990-999.
<https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Ebert, D. D., Koot, H. M., Auerbach, R. P., Bruffaerts, R., & Kessler, R. C. (2016). Psychological Treatment of Depression in College Students: A Metaanalysis. *Depression and Anxiety*, *33*(5), 400-414.
<https://doi.org/10.1002/da.22461>
- Dalky, H. F., & Gharaibeh, A. (2019). Depression, anxiety, and stress among college students in Jordan and their need for mental health services. *Nursing Forum*, *54*(2), 205-212. <https://doi.org/10.1111/nuf.12316>
- Davies, E. B., Morriss, R., & Glazebrook, C. (2014). Computer-Delivered and Web-Based Interventions to Improve Depression, Anxiety, and Psychological Well-Being of University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *16*(5), e3142. <https://doi.org/10.2196/jmir.3142>
- Dawson, A. F., Brown, W. W., Anderson, J., Datta, B., Donald, J. N., Hong, K., Allan, S., Mole, T. B., Jones, P. B., & Galante, J. (2020). Mindfulness-Based Interventions for University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *12*(2), 384-410. <https://doi.org/10.1111/aphw.12188>
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *24*(3), 195-205.
<https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>

- de Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friberg, O., Rosenvinge, J. H., Sørli, T., & Bjørndal, A. (2013). Mindfulness training for stress management: A randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC Medical Education*, *13*(1), 107. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-107>
- Dederichs, M., Weber, J., Muth, T., Angerer, P., & Loerbroks, A. (2020). Students' perspectives on interventions to reduce stress in medical school: A qualitative study. *PLOS ONE*, *15*(10), e0240587. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240587>
- Dee, T. S. (2024). Higher chronic absenteeism threatens academic recovery from the COVID-19 pandemic. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *121*(3), e2312249121. <https://doi.org/10.1073/pnas.2312249121>
- Dehghan-nayeri, N., & Adib-Hajbaghery, M. (2011). Effects of progressive relaxation on anxiety and quality of life in female students: A non-randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, *19*(4), 194-200. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2011.06.002>
- Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and Rumination: Does Mindfulness Training Lead to Reductions in the Ruminative Thinking Associated With Depression? *EXPLORE*, *5*(5), 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2009.06.005>
- Di Bello, M., Carnevali, L., Petrocchi, N., Thayer, J. F., Gilbert, P., & Ottaviani, C. (2020). The compassionate vagus: A meta-analysis on the connection between compassion and heart rate variability. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *116*, 21-30. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.016>
- Dimidjian, S., Arch, J. J., Schneider, R. L., Desormeau, P., Felder, J. N., & Segal, Z. V. (2016). Considering Meta-Analysis, Meaning, and Metaphor: A Systematic

Review and Critical Examination of “Third Wave” Cognitive and Behavioral Therapies. *Behavior Therapy*, 47(6), 886-905.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.07.002>

Dixon, S. K., & Kurpius, S. E. R. (2008). Depression and college stress among university undergraduates: Do mattering and self-esteem make a difference? *Journal of College Student Development*, 49(5), 412-424.

<https://doi.org/10.1353/csd.0.0024>

Dolbier, C. L., & Rush, T. E. (2012). Efficacy of abbreviated progressive muscle relaxation in a high-stress college sample. *International Journal of Stress Management*, 19(1), 48-68. <https://doi.org/10.1037/a0027326>

Doom, J. R., & Haeffel, G. J. (2013). Teasing Apart the Effects of Cognition, Stress, and Depression on Health. *American Journal of Health Behavior*, 37(5), 610-619. <https://doi.org/10.5993/AJHB.37.5.4>

Dundas, I., Binder, P.-E., Hansen, T. G. B., & Stige, S. H. (2017). Does a short self-compassion intervention for students increase healthy self-regulation? A randomized control trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(5), 443-450. <https://doi.org/10.1111/sjop.12385>

Dunning, D., Tudor, K., Radley, L., Dalrymple, N., Funk, J., Vainre, M., Ford, T., Montero-Marin, J., Kuyken, W., & Dalglish, T. (2022). Do mindfulness-based programmes improve the cognitive skills, behaviour and mental health of children and adolescents? An updated meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Ment Health*, 25(3), 135-142. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300464>

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Power, D. V., Durning, S., Moutier, C., Massie, F. S. J., Harper, W., Eacker, A., Szydlo, D. W., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2010).

- Burnout and Serious Thoughts of Dropping Out of Medical School: A Multi-Institutional Study. *Academic Medicine*, 85(1), 94.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c46aad>
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. *Academic Medicine*, 81(4), 354.
- Eberth, J., & Sedlmeier, P. (2012). The Effects of Mindfulness Meditation: A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 3(3), 174-189. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0101-x>
- Eisenberg, D. (2018). College Student Mental Health: The National Landscape. En M. D. Cimini & E. M. Rivero (Eds.), *Promoting Behavioral Health and Reducing Risk among College Students* (pp. 75-86). Routledge.
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S. E. (2007). Help-Seeking and Access to Mental Health Care in a University Student Population. *Medical Care*, 45(7), 594-601.
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Hunt, J. B. (2009). Mental Health and Academic Success in College. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 9(1).
<https://doi.org/10.2202/1935-1682.2191>
- Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2012). Help seeking for mental health on college campuses: Review of evidence and next steps for research and practice. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(4), 222-232.
<https://doi.org/10.3109/10673229.2012.712839>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Erogul, M., Singer, G., McIntyre, T., & Stefanov, D. G. (2014). Abridged Mindfulness Intervention to Support Wellness in First-Year Medical Students. *Teaching and*

Learning in Medicine, 26(4), 350-356.

<https://doi.org/10.1080/10401334.2014.945025>

Evans, T. M., Bira, L., Gastelum, J. B., Weiss, L. T., & Vanderford, N. L. (2018).

Evidence for a mental health crisis in graduate education. *Nature Biotechnology*, 36(3), Article 3. <https://doi.org/10.1038/nbt.4089>

Extremera, N., Sánchez-Álvarez, N., & Rey, L. (2020). Pathways between Ability Emotional Intelligence and Subjective Well-Being: Bridging Links through Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Sustainability*, 12(5), Article 5. <https://doi.org/10.3390/su12052111>

Falsafi, N. (2016). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Versus Yoga:

Effects on Depression and/or Anxiety in College Students. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 22(6), 483-497.

<https://doi.org/10.1177/1078390316663307>

Farabaugh, A., Bitran, S., Nyer, M., Holt, D. J., Pedrelli, P., Shyu, I., Hollon, S. D.,

Zisook, S., Baer, L., Busse, W., Petersen, T. J., Pender, M., Tucker, D. D., & Fava, M. (2012). Depression and Suicidal Ideation in College Students. *Psychopathology*, 45(4), 228-234. <https://doi.org/10.1159/000331598>

Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering.

Contemporary Buddhism, 12(1), 143-155.

<https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564831>

Fernandez, A., Howse, E., Rubio-Valera, M., Thorncraft, K., Noone, J., Luu, X.,

Veness, B., Leech, M., Llewellyn, G., & Salvador-Carulla, L. (2016). Setting-based interventions to promote mental health at the university: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 61(7), 797-807.

<https://doi.org/10.1007/s00038-016-0846-4>

- Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., & Einstein, D. A. (2019). Self-Compassion Interventions and Psychosocial Outcomes: A Meta-Analysis of RCTs. *Mindfulness, 10*(8), 1455-1473.
<https://doi.org/10.1007/s12671-019-01134-6>
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 23*(4), 315-336.
<https://doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>
- Fletcher, L., Schoendorff, B., & Hayes, S. C. (2010). Searching for Mindfulness in the Brain: A Process-Oriented Approach to Examining the Neural Correlates of Mindfulness. *Mindfulness, 1*(1), 41-63. <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0006-5>
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(2), 350-365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>
- Frazier, P., Anders, S., Perera, S., Tomich, P., Tennen, H., Park, C., & Tashiro, T. (2009). Traumatic events among undergraduate students: Prevalence and associated symptoms. *Journal of Counseling Psychology, 56*(3), 450-460.
<https://doi.org/10.1037/a0016412>
- Galante, J., Dufour, G., Vainre, M., Wagner, A. P., Stochl, J., Benton, A., Lathia, N., Howarth, E., & Jones, P. B. (2018). A mindfulness-based intervention to increase resilience to stress in university students (the Mindful Student Study): A pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet Public Health, 3*(2), e72-e81. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30231-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30231-1)

- Galante, J., Friedrich, C., Dawson, A. F., Modrego-Alarcón, M., Gebbing, P., Delgado-Suárez, I., Gupta, R., Dean, L., Dalgleish, T., White, I. R., & Jones, P. B. (2021). Mindfulness-based programmes for mental health promotion in adults in nonclinical settings: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *PLOS Medicine*, *18*(1), e1003481.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003481>
- Galante, J., Galante, I., Bekkers, M.-J., & Gallacher, J. (2014). Effect of kindness-based meditation on health and well-being: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82*(6), 1101-1114.
<https://doi.org/10.1037/a0037249>
- Galante, J., Stochl, J., Dufour, G., Vainre, M., Wagner, A. P., & Jones, P. B. (2021). Effectiveness of providing university students with a mindfulness-based intervention to increase resilience to stress: 1-year follow-up of a pragmatic randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health*, *75*(2), 151-160.
<https://doi.org/10.1136/jech-2020-214390>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, *14*(2), 231-233.
<https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Gallagher, R. P. (2008). *The American College Counseling Association (ACCA)*
Publisher: The International Association of Counseling Services, Inc.
Monograph Series Number 8Q, (8).
- Gallagher, R. P. (2015). *National Survey of College Counseling Centers 2014*
(Monograph 9V). The International Association of Counseling Services (IACS).
<http://d-scholarship.pitt.edu/28178/>

- Gallego, J., Aguilar-Parra, J. M., Cangas, A. J., Langer, Á. I., & Mañas, I. (2014). Effect of a Mindfulness Program on Stress, Anxiety and Depression in University Students. *The Spanish Journal of Psychology, 17*, E109.
<https://doi.org/10.1017/sjp.2014.102>
- García Campayo, J., & Demarzo, M. (2018). *¿Qué sabemos del mindfulness?* Editorial Kairós.
- García-Campayo, J. (2019a). *La práctica de la compasión: Amabilidad con los demás y con uno mismo*. Siglantana.
- García-Campayo, J. (2019b). *Mindfulness nuevo manual práctico: El camino de la atención plena*. Editorial Siglantana.
- García-Campayo, J., Barceló-Soler, A., Martínez-Rubio, D., Navarrete, J., Pérez-Aranda, A., Feliu-Soler, A., Luciano, J. V., Baer, R., Kuyken, W., & Montero-Marin, J. (2023). Exploring the Relationship Between Self-Compassion and Compassion for Others: The Role of Psychological Distress and Wellbeing. *Assessment, 10731911231203966*. <https://doi.org/10.1177/10731911231203966>
- García-Campayo, J., Cebolla, A., & Demarzo, M. (2016). *La ciencia de la compasión: Más allá del Mindfulness* (Alianza Editorial).
- García-Campayo, J., & Demarzo, M. (2015). *Mindfulness y compasión: La nueva revolución*. Barcelona: Siglantana.
- García-Campayo, J., Demarzo, M., & Modrego-Alarcón, M. (2017). *Bienestar emocional y mindfulness en la educación*. Alianza.
- García-Campayo, J., Díez, M. A., & Sanmartin, A. O. (2005). *Salud mental e inmigración en atención primaria*. Edikamed.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26

- items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., & Demarzo, M. (2016). Attachment-based compassion therapy. *Mindfulness & Compassion*, 1(2), 68-74. <https://doi.org/10.1016/j.mincom.2016.10.004>
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25(6), 482-488. <https://doi.org/10.1002/da.20321>
- Germer, C. (2009). *The Mindful Path to Self-Compassion: Freeing Yourself from Destructive Thoughts and Emotions*. Guilford Press.
- Germer, C. K. (2005). What is it: What does it matter? En C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3-27). New York: Guilford Press.
- Germer, C. K. (2011). *El poder del mindfulness*. Paidós, Barcelona.
- Gethin, R. (2011). On some definitions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 263-279. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564843>
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. En *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9-74). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203003459>
- Gilbert, P. (2009a). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2009b). *The compassionate mind*. Constable & Robinson.

- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*. London & New York: Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gillath, O., Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2005). An attachment-theoretical approach to compassion and altruism. En P. Gilbert (Ed.), *Compassion Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 121-147). Routledge.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351-374. <https://doi.org/10.1037/a0018807>
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>
- Goldin, P. R., & Jazaieri, H. (2017). The compassion cultivation training (CCT) program. En E. M. Seppälä, E. Simon-Thomas, S. L. Brown, M. C. Worline, C. D. Cameron, & J. Doty (Eds.), *The Oxford handbook of compassion science* (Vol. 1, pp. 237-246). Oxford University Press.
- Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M., & Hempel, S. (2017). Mindfulness-based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine*, 11(5), 386-396. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000338>
- Greenberg, M. T., & Turksma, C. (2018). Understanding and Watering the Seeds of Compassion. En *The Study of Human Development*. Routledge.

- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994a). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(3), 430-445. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430>
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994b). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. En *Attachment processes in adulthood* (pp. 17-52). Jessica Kingsley Publishers.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Grossman, P., & Dam, N. T. V. (2011). Mindfulness, by Any Other Name?: Trials and Tribulations of Sati in Western Psychology and Science. *Contemporary Buddhism*, *12*(1), 219-239. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564841>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(1), 35-43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Gu, J., Baer, R., Cavanagh, K., Kuyken, W., & Strauss, C. (2020). Development and Psychometric Properties of the Sussex-Oxford Compassion Scales (SOCS). *Assessment*, *27*(1), 3-20. <https://doi.org/10.1177/1073191119860911>
- Gu, J., Cavanagh, K., Baer, R., & Strauss, C. (2017). An empirical examination of the factor structure of compassion. *PLOS ONE*, *12*(2), e0172471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172471>
- Gummadam, P., Pittman, L. D., & Ioffe, M. (2016). School Belonging, Ethnic Identity, and Psychological Adjustment Among Ethnic Minority College Students. *The*

Journal of Experimental Education, 84(2), 289-306.

<https://doi.org/10.1080/00220973.2015.1048844>

Gyatso, T. (2003). Compassion and cultivating the compassion within. En *The Heart of Compassion: A Practical Approach to a meaningful Life*. Lotus Press.

Hagerty, B. M., Williams, R. A., Coyne, J. C., & Early, M. R. (1996). Sense of belonging and indicators of social and psychological functioning. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(4), 235-244. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(96\)80029-X](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(96)80029-X)

Halladay, J. E., Dawdy, J. L., McNamara, I. F., Chen, A. J., Vitoroulis, I., McInnes, N., & Munn, C. (2019). Mindfulness for the Mental Health and Well-Being of Post-Secondary Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mindfulness*, 10(3), 397-414. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0979-z>

Harrer, M., Adam, S. H., Baumeister, H., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Auerbach, R. P., Kessler, R. C., Bruffaerts, R., Berking, M., & Ebert, D. D. (2019). Internet interventions for mental health in university students: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), e1759. <https://doi.org/10.1002/mpr.1759>

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.

Head, L. Q., & Lindsey, J. D. (1983). Anxiety and the university student: A brief review of the professional literature. *College Student Journal*, 17(2), 176-182.

- Healthy Minds Network. (2020). *Healthy Minds Study among Colleges and Universities, 2020*. Healthy Minds Network, University of Michigan, University of California Los Angeles, Boston University, and Wayne State University [dataset]. <https://healthymindsnetwork.org/research/data-for-researchers>
- Hefner, J., & Eisenberg, D. (2009). Social Support and Mental Health Among College Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 491-499.
<https://doi.org/10.1037/a0016918>
- Hernández-Torrano, D., Ibrayeva, L., Sparks, J., Lim, N., Clementi, A., Almukhambetova, A., Nurtayev, Y., & Muratkyzy, A. (2020). Mental Health and Well-Being of University Students: A Bibliometric Mapping of the Literature. *Frontiers in Psychology*, 11.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.01226>
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., Colaiaco, B., Maher, A. R., Shanman, R. M., Sorbero, M. E., & Maglione, M. A. (2017). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 199-213.
<https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & 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>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on*

Psychological Science, 6(6), 537-559.

<https://doi.org/10.1177/1745691611419671>

Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). Relation between Emotion Regulation and Mental Health: A Meta-Analysis Review.

Psychological Reports, 114(2), 341-362.

<https://doi.org/10.2466/03.20.PR0.114k22w4>

Hu, T., Zhao, X., Wu, M., Li, Z., Luo, L., Yang, C., & Yang, F. (2022). Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 311, 114511. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114511>

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114511>

Huang, J., Lin, K., Fan, L., Qiao, S., & Wang, Y. (2021). The Effects of a Self-Compassion Intervention on Future-Oriented Coping and Psychological Well-being: A Randomized Controlled Trial in Chinese College Students.

Mindfulness, 12(6), 1451-1458. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01614-8>

Huang, J., Nigatu, Y. T., Smail-Crevier, R., Zhang, X., & Wang, J. (2018).

Interventions for common mental health problems among university and college students: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.

Journal of Psychiatric Research, 107, 1-10.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.09.018>

Hughes, B. M. (2005). Study, examinations, and stress: Blood pressure assessments in college students. *Educational Review*, 57(1), 21-36.

<https://doi.org/10.1080/0013191042000274169>

Hurtado, S., Eagan, M. K., Tran, M. C., Newman, C. B., Chang, M. J., & Velasco, P.

(2011). "We Do Science Here": Underrepresented Students' Interactions with Faculty in Different College Contexts. *Journal of Social Issues*, 67(3), 553-579.

<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2011.01714.x>

- Hwang, J. Y., Plante, T., & Lackey, K. (2008). The Development of the Santa Clara Brief Compassion Scale: An Abbreviation of Sprecher and Fehr's Compassionate Love Scale. *Pastoral Psychology, 56*(4), 421-428.
<https://doi.org/10.1007/s11089-008-0117-2>
- Hysenbegasi, A., Hass, S. L., & Rowland, C. R. (2005). The impact of depression on the academic productivity of university students. *The Journal of Mental Health Policy and Economics, 8*(3), 145-151.
- Hyun, J. K., Quinn, B. C., Madon, T., & Lustig, S. (2006). Graduate Student Mental Health: Needs Assessment and Utilization of Counseling Services. *Journal of College Student Development, 47*(3), 247-266.
<https://doi.org/10.1353/csd.2006.0030>
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research, 47*(3), 391-400.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health: A Systematic Review. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 10*(2), 215-235.
<https://doi.org/10.1111/aphw.12127>
- Jackman, P., & Sisson, K. (2021). Promoting psychological wellbeing in doctoral students: A qualitative study adopting a positive psychology perspective. *Studies in Graduate and Postdoctoral Education*. <https://doi.org/10.1108/SGPE-11-2020-0073>
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*. New York: Norton.

- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 295-304. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.295>
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. R. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine, 33*(1), 11-21. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3301_2
- Jinpa, G. (2010). *Compassion cultivation training (CCT): Instructor's manual*. Unpubl Stanford.
- Jinpa, G., Gyatso, T., & Others. (1995). *The Power of Compassion: A Collection of Lectures by His Holiness the XIV Dalai Lama*. Natl Book Network.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*(1), 33-47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness, 15th anniversary ed* (pp. xxxiii, 471). Delta Trade Paperback/Bantam Dell.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Mindfulness en la vida cotidiana: Cómo descubrir las clases de la atención plena*. Paidós.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>

- Kaggwa, M. M., Kajjimu, J., Sserunkuma, J., Najjuka, S. M., Atim, L. M., Olum, R., Tagg, A., & Bongomin, F. (2021). Prevalence of burnout among university students in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, *16*(8), e0256402. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256402>
- Kahveci, A., Southerland, S. A., & Gilmer, P. J. (2008). From marginality to legitimate peripherality: Understanding the essential functions of a women's program. *Science Education*, *92*(1), 33-64. <https://doi.org/10.1002/sce.20234>
- Kang, Y. S., Choi, S. Y., & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, *29*(5), 538-543. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.12.003>
- Karp, D. A., Holmstrom, L. L., & Gray, P. S. (1998). Leaving Home for College: Expectations for Selective Reconstruction of Self. *Symbolic Interaction*, *21*(3), 253-276. <https://doi.org/10.1525/si.1998.21.3.253>
- Karyotaki, E., Cuijpers, P., Albor, Y., Alonso, J., Auerbach, R. P., Bantjes, J., Bruffaerts, R., Ebert, D. D., Hasking, P., Kiekens, G., Lee, S., McLafferty, M., Mak, A., Mortier, P., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., & Kessler, R. C. (2020). Sources of Stress and Their Associations With Mental Disorders Among College Students: Results of the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student Initiative. *Frontiers in Psychology*, *11*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.01759>
- Kawamoto, T. (2020). The moderating role of attachment style on the relationship between self-concept clarity and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, *152*, 109604. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109604>

- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S26-S30. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>
- Kendrick, T., & Pilling, S. (2012). Common mental health disorders — identification and pathways to care: NICE clinical guideline. *British Journal of General Practice*, 62(594), 47-49. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X616481>
- Keniston, K. (1971). *Youth and dissent: The rise of a new opposition*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Kenney, B. A., & Holahan, C. J. (2008). Depressive Symptoms and Cigarette Smoking in a College Sample. *Journal of American College Health*, 56(4), 409-414. <https://doi.org/10.3200/JACH.56.44.409-414>
- Kerr, D. C. R., & Capaldi, D. M. (2010). Young men's intimate partner violence and relationship functioning: Long-term outcomes associated with suicide attempt and aggression in adolescence. *Psychological medicine*, 1-11. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001182>
- Keyes, C. L. M., Eisenberg, D., Perry, G. S., Dube, S. R., Kroenke, K., & Dhingra, S. S. (2012). The Relationship of Level of Positive Mental Health With Current Mental Disorders in Predicting Suicidal Behavior and Academic Impairment in College Students. *Journal of American College Health*, 60(2), 126-133. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.608393>
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.-A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>

- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 78*(6), 519-528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy, 48*(6), 778-792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Kılıç, A., Hudson, J., McCracken, L. M., Ruparelia, R., Fawson, S., & Hughes, L. D. (2021). A Systematic Review of the Effectiveness of Self-Compassion-Related Interventions for Individuals With Chronic Physical Health Conditions. *Behavior Therapy, 52*(3), 607-625. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.001>
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Lamm, C., & Singer, T. (2013). Functional Neural Plasticity and Associated Changes in Positive Affect After Compassion Training. *Cerebral Cortex, 23*(7), 1552-1561. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhs142>
- Ko, C. M., Grace, F., Chavez, G. N., Grimley, S. J., Dalrymple, E. R., & Olson, L. E. (2018). Effect of Seminar on Compassion on student self-compassion, mindfulness and well-being: A randomized controlled trial. *Journal of American College Health, 66*(7), 537-545. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1431913>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of Health Psychology, 4*(3), 357-363. <https://doi.org/10.1177/135910539900400305>

- Kristeller, J. L., & Johnson, T. (2005). Cultivating Loving Kindness: A Two-Stage Model of the Effects of Meditation on Empathy, Compassion, and Altruism. *Zygon*[®], *40*(2), 391-408. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9744.2005.00671.x>
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2013). Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. En L. DeSole (Ed.), *Eating Disorders and Mindfulness*. Routledge.
- Kudesia, R. S., & Nyima, Ven. T. (2015). Mindfulness Contextualized: An Integration of Buddhist and Neuropsychological Approaches to Cognition. *Mindfulness*, *6*(4), 910-925. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0337-8>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *61*(3), 154-158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalglish, T. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*, *73*(6), 565-574. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D., & Dalglish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, *48*(11), 1105-1112. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003>
- Landow, M. V. (2006). *Stress and Mental Health of College Students* (Mery V. Landow). Nova Publishers.

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=T4U0ZKtQkLUC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Stress+and+mental+health+of+college+students&ots=OGXo8I6swW&sig=B3Rx->

[LWzyCz0Wm0rK2cHT9TUU6w#v=onepage&q=Stress%20and%20mental%20health%20of%20college%20students&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=T4U0ZKtQkLUC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Stress+and+mental+health+of+college+students&ots=OGXo8I6swW&sig=B3Rx-LWzyCz0Wm0rK2cHT9TUU6w#v=onepage&q=Stress%20and%20mental%20health%20of%20college%20students&f=false)

Lane, C. B., Brauer, E., & Mascaro, J. S. (2023). Discovering compassion in medical training: A qualitative study with curriculum leaders, educators, and learners. *Frontiers in Psychology, 14*, 1184032.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1184032>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. NY: Springer.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Cognitive Theories of Stress and the Issue of Circularity. En M. H. Appley & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of Stress: Physiological, Psychological and Social Perspectives* (pp. 63-80). Springer US.

https://doi.org/10.1007/978-1-4684-5122-1_4

Leak, G. K., & Parsons, C. J. (2001). THE SUSCEPTIBILITY OF THREE ATTACHMENT STYLE MEASURES TO SOCIALLY DESIRABLE RESPONDING. *Social Behavior and Personality: an international journal, 29*(1), 21-29. <https://doi.org/10.2224/sbp.2001.29.1.21>

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(5), 887-904. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>

Lee, D., Olson, E. A., Locke, B., Michelson, S. T., & Odes, E. (2009). The Effects of College Counseling Services on Academic Performance and Retention. *Journal*

of College Student Development, 50(3), 305-319.

<https://doi.org/10.1353/csd.0.0071>

Lehtimäki, S., Martić, J., Wahl, B., Foster, K. T., & Schwalbe, N. (2021). Evidence on Digital Mental Health Interventions for Adolescents and Young People: Systematic Overview. *JMIR Mental Health*, 8(4), e25847.

<https://doi.org/10.2196/25847>

Levinson, D. J. (1978). *The seasons of a man's life*. New York: Ballantine.

Li, W., Zhao, Z., Chen, D., Peng, Y., & Lu, Z. (2022). Prevalence and associated factors of depression and anxiety symptoms among college students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(11), 1222-1230. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13606>

Lim, D., Condon, P., & DeSteno, D. (2015). Mindfulness and Compassion: An Examination of Mechanism and Scalability. *PLOS ONE*, 10(2), e0118221.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118221>

Lin, S.-H., & Huang, Y.-C. (2014). Life stress and academic burnout. *Active Learning in Higher Education*, 15(1), 77-90. <https://doi.org/10.1177/1469787413514651>

Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2017). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Clinical Psychology Review*, 51, 48-59.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.011>

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1370285712546837890>

Liu, C. H., Stevens, C., Wong, S. H. M., Yasui, M., & Chen, J. A. (2019). The prevalence and predictors of mental health diagnoses and suicide among U.S. college students: Implications for addressing disparities in service use.

Depression and Anxiety, 36(1), 8-17. <https://doi.org/10.1002/da.22830>

- Liu, Z., Xie, Y., Sun, Z., Liu, D., Yin, H., & Shi, L. (2023). Factors associated with academic burnout and its prevalence among university students: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, *23*(1), 317. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04316-y>
- Lo, K., Gupta, T., & Keating, J. L. (2018). Interventions to Promote Mental Health Literacy in University Students and Their Clinical Educators. A Systematic Review of Randomised Control Trials. *Health Professions Education*, *4*(3), 161-175. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.08.001>
- López, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., Sonderen, E. van, Ranchor, A., & Schroevers, M. J. (2015). A Reconsideration of the Self-Compassion Scale's Total Score: Self-Compassion versus Self-Criticism. *PLOS ONE*, *10*(7), e0132940. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132940>
- López-del-Hoyo, Y., Collado-Navarro, C., Pérez-Aranda, A., García-Campayo, J., López-Montoyo, A., Feliu-Soler, A., Luciano, J. V., & Montero-Marin, J. (2022). Assessing mindfulness and self-compassion facets as mediators of change in patients with depressive, anxious and adjustment disorders: Secondary data analysis of a randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *24*, 171-178. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.05.007>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney, Australia: Psychology Foundation of Australia. <https://doi.org/10.1037/t39835-000>
- Lutz, A., Slagter, H., Dunne, J., & Davidson, R. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation: Trends in Cognitive Sciences. *Trends Cogn Sci*, *12*, 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.01.005>

- Ma, L., Wang, Y., Pan, L., Cui, Z., & Schluter, P. J. (2022). Mindfulness-informed (ACT) and Mindfulness-based Programs (MBSR/MBCT) applied for college students to reduce symptoms of depression and anxiety. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 32(4), 271-289.
<https://doi.org/10.1016/j.jbct.2022.05.002>
- Ma, L., Zhang, Y., & Cui, Z. (2019). Mindfulness-Based Interventions for Prevention of Depressive Symptoms in University Students: A Meta-analytic Review. *Mindfulness*, 10(11), 2209-2224. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01192-w>
- MaceGeorge, E. L., Samter, W., & Gillihan, S. J. (2005). Academic Stress, Supportive Communication, and Health A version of this paper was presented at the 2005 International Communication Association convention in New York City. *Communication Education*, 54(4), 365-372.
<https://doi.org/10.1080/03634520500442236>
- Madigan, D. J., & Curran, T. (2021). Does Burnout Affect Academic Achievement? A Meta-Analysis of over 100,000 Students. *Educational Psychology Review*, 33(2), 387-405. <https://doi.org/10.1007/s10648-020-09533-1>
- Mann, M. (Michelle), Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P., & de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357-372. <https://doi.org/10.1093/her/cyg041>
- Marôco, J., Assunção, H., Harju-Luukkainen, H., Lin, S.-W., Sit, P.-S., Cheung, K., Maloa, B., Ilic, I. S., Smith, T. J., & Campos, J. A. D. B. (2020). Predictors of academic efficacy and dropout intention in university students: Can engagement suppress burnout? *PLOS ONE*, 15(10), e0239816.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239816>

- Marsh, I. C., Chan, S. W. Y., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and Psychological Distress in Adolescents—A Meta-analysis. *Mindfulness*, *9*(4), 1011-1027. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>
- Maslach, C. (1982). *Burnout the cost of caring*. New Jersey: Prentice Hall.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 20-21). New York: Taylor and Francis.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. En C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 191-218). Scarecrow Education.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, *52*(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- May, R. W., Bauer, K. N., & Fincham, F. D. (2015). School burnout: Diminished academic and cognitive performance. *Learning and Individual Differences*, *42*, 126-131. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2015.07.015>
- McBee, L. (2008). *Mindfulness-based Elder Care*. Springer.
- Menefee, D. S., Ledoux, T., & Johnston, C. A. (2022). The Importance of Emotional Regulation in Mental Health. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *16*(1), 28-31. <https://doi.org/10.1177/15598276211049771>
- Merianos, A. L., Nabors, L. A., Vidourek, R. A., & King, K. A. (2013). The Impact of Self-Esteem and Social Support on College Students' Mental Health. *American Journal of Health Studies*, *28*(1), 27-34.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). *Attachment in Adulthood, First Edition: Structure, Dynamics, and Change*. Guilford Publications.

- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 326, 168-192.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010>
- Ministerio de Universidades. (2023, abril 13). *Datos y cifras del Sistema Universitario Español (Publicación 2022-2023)*. Publicaciones e Informes.
<https://www.universidades.gob.es/publicaciones-e-informes/>
- Mistretta, E. G., & Davis, M. C. (2022). Meta-analysis of Self-compassion Interventions for Pain and Psychological Symptoms Among Adults with Chronic Illness. *Mindfulness*, 13(2), 267-284. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01766-7>
- Modrego-Alarcón, M., López-del-Hoyo, Y., García-Campayo, J., Pérez-Aranda, A., Navarro-Gil, M., Beltrán-Ruiz, M., Morillo, H., Delgado-Suarez, I., Oliván-Arévalo, R., & Montero-Marin, J. (2021). Efficacy of a mindfulness-based programme with and without virtual reality support to reduce stress in university students: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 142, 103866. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103866>
- Moher, D., & Chan, A.-W. (2014). SPIRIT (Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials). En *Guidelines for Reporting Health Research: A User's Manual* (pp. 56-67). John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9781118715598.ch7>
- Moher, D., Schulz, K. F., & Altman, D. G. (2001). The CONSORT Statement: Revised Recommendations for Improving the Quality of Reports of Parallel-Group Randomized Trials. *Annals of Internal Medicine*, 134(8), 657-662.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-8-200104170-00011>

- Moix, J., Cladellas, M., Gayete, S., Guarch, M., Heredia, I., Parpal, G., Toledo, A., Torrent, D., & Trujillo, A. (2021). Effects of a Mindfulness Program for University Students. *Clinica y Salud*, 32(1), 23-28.
<https://doi.org/10.5093/clysa2020a24>
- Mongrain, M., Chin, J. M., & Shapira, L. B. (2011). Practicing Compassion Increases Happiness and Self-Esteem. *Journal of Happiness Studies*, 12(6), 963-981.
<https://doi.org/10.1007/s10902-010-9239-1>
- Montero-Marin, J., Andrés-Rodríguez, L., Tops, M., Luciano, J. V., Navarro-Gil, M., Feliu-Soler, A., López-del-Hoyo, Y., & Garcia-Campayo, J. (2019). Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on brain-derived neurotrophic factor and low-grade inflammation among fibromyalgia patients: A randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 9(1), Article 1.
<https://doi.org/10.1038/s41598-019-52260-z>
- Montero-Marín, J., Kuyken, W., Crane, C., Gu, J., Baer, R., Al-Awamleh, A. A., Akutsu, S., Araya-Véliz, C., Ghorbani, N., Chen, Z. J., Kim, M.-S., Mantzios, M., Rolim dos Santos, D. N., Serramo López, L. C., Teleb, A. A., Watson, P. J., Yamaguchi, A., Yang, E., & García-Campayo, J. (2018). Self-Compassion and Cultural Values: A Cross-Cultural Study of Self-Compassion Using a Multitrait-Multimethod (MTMM) Analytical Procedure. *Frontiers in Psychology*, 9.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02638>
- Morris, S. B. (2008). Estimating Effect Sizes From Pretest-Posttest-Control Group Designs. *Organizational Research Methods*, 11(2), 364-386.
<https://doi.org/10.1177/1094428106291059>
- Mortier, P., Cuijpers, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Kessler, R. C., Nock, M. K., & Bruffaerts, R. (2018). The prevalence of suicidal

- thoughts and behaviours among college students: A meta-analysis.
Psychological Medicine, 48(4), 554-565.
<https://doi.org/10.1017/S0033291717002215>
- Mounts, N. S. (2004). Contributions of Parenting and Campus Climate to Freshmen Adjustment in a Multiethnic Sample. *Journal of Adolescent Research*, 19(4), 468-491. <https://doi.org/10.1177/0743558403258862>
- Navarro-Gil, M., Lopez-del-Hoyo, Y., Modrego-Alarcón, M., Montero-Marin, J., Van Gordon, W., Shonin, E., & Garcia-Campayo, J. (2020). Effects of Attachment-Based Compassion Therapy (ABCT) on Self-compassion and Attachment Style in Healthy People. *Mindfulness*, 11(1), 51-62. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0896-1>
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
<https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2004). Self-Compassion and Psychological Well-Being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9(2), 27-37.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-Compassion: What It Is, What It Does, and How It Relates to Mindfulness. En B. D. Ostafin, M. D. Robinson, & B. P. Meier (Eds.), *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation* (pp. 121-137). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5_10
- Neff, K. D., & Germer, C. (2017). Self-compassion and psychological wellbeing. En J. Doty (Ed.), *Oxford Handbook of Compassion Science* (pp. 371-386). Oxford University Press.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality

- traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916.
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
- Nhat Hanh, T. (1975). *The Miracle of Mindfulness*. Beacon Books.
- Norman, G. R., Sloan, J. A., & Wyrwich, K. W. (2003). Interpretation of Changes in Health-Related Quality of Life: The Remarkable Universality of Half a Standard Deviation. *Medical Care*, 41(5), 582-592.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. En *Mental health action plan 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97488>
- Orzech, K. M., Salafsky, D. B., & Hamilton, L. A. (2011). The State of Sleep Among College Students at a Large Public University. *Journal of American College Health*, 59(7), 612-619. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.520051>
- Oswalt, S. B., & Wyatt, T. J. (2011). Sexual Orientation and Differences in Mental Health, Stress, and Academic Performance in a National Sample of U.S. College Students. *Journal of Homosexuality*, 58(9), 1255-1280.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2011.605738>
- Öztürk, A., & Mutlu, T. (2010). The relationship between attachment style, subjective well-being, happiness and social anxiety among university students'. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 9, 1772-1776.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.12.398>
- Pace, T. W. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D., Issa, M. J., & Raison, C. L. (2009). Effect of compassion meditation on

- neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, *34*(1), 87-98.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.08.011>
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & Kuyken, W. (2017). Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *95*, 29-41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004>
- Pasco Fearon, R. M., & Roisman, G. I. (2017). Attachment theory: Progress and future directions. *Current Opinion in Psychology*, *15*, 131-136.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.002>
- Pastore, O. L., Brett, B., & Fortier, M. S. (2023). Self-Compassion and Happiness: Exploring the Influence of the Subcomponents of Self-Compassion on Happiness and Vice Versa. *Psychological Reports*, *126*(5), 2191-2211.
<https://doi.org/10.1177/00332941221084902>
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet*, *369*(9569), 1302-1313.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College Students: Mental Health Problems and Treatment Considerations. *Academic Psychiatry*, *39*(5), 503-511. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0205-9>
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *12*(2), 291-310.
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero Jurado, M. M., Simón Márquez, M. M., Oropesa Ruiz, N. F., & Gázquez Linares, J. J. (2020). Validation of the Maslach Burnout

- Inventory-Student Survey in Spanish adolescents. *Psicothema*, 32(3), 444-451.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2019.373>
- Phillips, W. J., & Hine, D. W. (2021). Self-compassion, physical health, and health behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 15(1), 113-139.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1705872>
- Pommier, E., Neff, K. D., & Tóth-Király, I. (2020). The Development and Validation of the Compassion Scale. *Assessment*, 27(1), 21-39.
<https://doi.org/10.1177/1073191119874108>
- Posselt, J. R., & Lipson, S. K. (2016). Competition, Anxiety, and Depression in the College Classroom: Variations by Student Identity and Field of Study. *Journal of College Student Development*, 57(8), 973-989.
<https://doi.org/10.1353/csd.2016.0094>
- Post, S. G. (2002). The tradition of agape. En S. G. Post, L. G. Underwood, J. P. Schloss, & W. B. Hurlbut, *Altruism & altruistic love: Science, philosophy, & religion in dialogue* (pp. 51-64). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195143584.003.0006>
- Querstret, D., Morison, L., Dickinson, S., Cropley, M., & John, M. (2020). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy for psychological health and well-being in nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stress Management*, 27(4), 394-411.
<https://doi.org/10.1037/str0000165>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Rahula, A., W. (1965). *Lo que el Buda enseñó*. Buenos Aires: Kier.

- Regehr, C., Glancy, D., & 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>
- Ribeiro, Í. J. S., Pereira, R., Freire, I. V., de Oliveira, B. G., Casotti, C. A., & Boery, E. N. (2018). Stress and Quality of Life Among University Students: A Systematic Literature Review. *Health Professions Education, 4*(2), 70-77. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.002>
- Rickwood, D. J., Mazzer, K. R., & Telford, N. R. (2015). Social influences on seeking help from mental health services, in-person and online, during adolescence and young adulthood. *BMC Psychiatry, 15*(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0429-6>
- Rith-Najarian, L. R., Boustani, M. M., & Chorpita, B. F. (2019). A systematic review of prevention programs targeting depression, anxiety, and stress in university students. *Journal of Affective Disorders, 257*, 568-584. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.035>
- Rodríguez-Rodríguez, A., Guerrero-Barona, E., Chambel, M. J., Guerrero-Molina, M., & González-Rico, P. (2022). Predictor Variables of Mental Health in Spanish University Students. *Education Sciences, 12*(11), Article 11. <https://doi.org/10.3390/educsci12110839>
- Rogers, C. R. (1995). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Rosales-Ricardo, Y., Rizzo-Chunga, F., Mocha-Bonilla, J., Ferreira, J. P., Rosales-Ricardo, Y., Rizzo-Chunga, F., Mocha-Bonilla, J., & Ferreira, J. P. (2021). Prevalence of burnout syndrome in university students: A systematic review. *Salud Mental, 44*(2), 91-102. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2021.013>

- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. [The PANAS Scales of Positive and Negative Affect: Factor analytic validation and cross-cultural convergence.]. *Psicothema*, *11*(1), 37-51.
- Santibañez, L., & Guarino, C. M. (2021). The Effects of Absenteeism on Academic and Social-Emotional Outcomes: Lessons for COVID-19. *Educational Researcher*, *50*(6), 392-400. <https://doi.org/10.3102/0013189X21994488>
- Sargent, J., Williams, R. A., Hagerty, B., Lynch-Sauer, J., & Hoyle, K. (2002). Sense of belonging as a buffer against depressive symptoms. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *8*(4), 120-129. <https://doi.org/10.1067/mpn.2002.127290>
- Sarokhani, D., Delpisheh, A., Veisani, Y., Sarokhani, M. T., Manesh, R. E., & Sayehmiri, K. (2013). Prevalence of Depression among University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Depression Research and Treatment*, *2013*, e373857. <https://doi.org/10.1155/2013/373857>
- Savari, Y., Mohagheghi, H., & Petrocchi, N. (2021). A Preliminary Investigation on the Effectiveness of Compassionate Mind Training for Students with Major Depressive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, *12*(5), 1159-1172. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01584-3>
- Schantz, M. L. (2007). Compassion: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, *42*(2), 48-55. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00067.x>
- Schaufeli, W. B., Martínez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and Engagement in University Students: A Cross-National Study.

Journal of Cross-Cultural Psychology, 33(5), 464-481.

<https://doi.org/10.1177/0022022102033005003>

Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-92.

<https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>

Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 607-628.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>

Schuling, R., Huijbers, M. J., van Ravesteijn, H., Donders, R., Kuyken, W., & Speckens, A. E. M. (2016). A parallel-group, randomized controlled trial into the effectiveness of Mindfulness-Based Compassionate Living (MBCL) compared to treatment-as-usual in recurrent depression: Trial design and protocol. *Contemporary Clinical Trials*, 50, 77-83.

<https://doi.org/10.1016/j.cct.2016.07.014>

Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Florescu, S., de Girolamo, G., Hu, C., de Jonge, P., Kawakami, N., Medina-Mora, M. E., Moskalewicz, J., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., Torres, Y., & Kessler, R. C. (2016). Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA Psychiatry*, 73(2), 150-158.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2688>

Scott-Sheldon, L. A. J., Gathright, E. C., Donahue, M. L., Balletto, B., Feulner, M. M., DeCosta, J., Cruess, D. G., Wing, R. R., Carey, M. P., & Salmoirago-Blotcher,

- E. (2020). Mindfulness-Based Interventions for Adults with Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 54(1), 67-73. <https://doi.org/10.1093/abm/kaz020>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shamsuddin, K., Fadzil, F., Ismail, W. S. W., Shah, S. A., Omar, K., Muhammad, N. A., Jaffar, A., Ismail, A., & Mahadevan, R. (2013). Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(4), 318-323. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.01.014>
- Shankland, R., Kotsou, I., Vallet, F., Bouteyre, E., Dantzer, C., & Leys, C. (2019). Burnout in university students: The mediating role of sense of coherence on the relationship between daily hassles and burnout. *Higher Education*, 78(1), 91-113. <https://doi.org/10.1007/s10734-018-0332-4>
- Shapiro, S., & Weisbaum, E. (2020). History of Mindfulness and Psychology. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.678>
- Sharp, J., & Theiler, S. (2018). A Review of Psychological Distress Among University Students: Pervasiveness, Implications and Potential Points of Intervention. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 40(3), 193-212. <https://doi.org/10.1007/s10447-018-9321-7>
- Sheldon, E., Simmonds-Buckley, M., Bone, C., Mascarenhas, T., Chan, N., Wincott, M., Gleeson, H., Sow, K., Hind, D., & Barkham, M. (2021). Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A

- systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 287, 282-292. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.054>
- Shin, H., Noh, H., Jang, Y., Park, Y. M., & Lee, S. M. (2013). A longitudinal examination of the relationship between teacher burnout and depression. *Journal of Employment Counseling*, 50(3), 124-137. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2013.00031.x>
- Shonin, E., Gordon, W. V., Garcia-Campayo, J., & Griffiths, M. D. (2017). Can compassion help cure health-related disorders? *British Journal of General Practice*, 67(657), 177-178. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X690329>
- Shonin, E., & Van Gordon, W. (2015). Practical Recommendations for Teaching Mindfulness Effectively. *Mindfulness*, 6(4), 952-955. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0342-y>
- Siegel, D. (2010). *Cerebro y mindfulness*. Ediciones Paidós.
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From? En F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 17-35). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_2
- Simón, V. (2014). El reencuentro científico con la compasión. En A. Cebolla, J. García-Campayo, & M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness y ciencia. De la tradición a la modernidad*. (pp. 191-226). Alianza Editorial.
- Simón, V. M. (2010). Mindfulness y psicología: Presente y futuro. *Informació psicològica, Extra 100 (Septiembre-diciembre: La vida del COPCV en papel couche)*, 162-170.
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting Suffering With Kindness: Effects of a Brief Self-Compassion Intervention for Female College

- Students. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 794-807.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22076>
- Smith, D. G. (2020). *Diversity's Promise for Higher Education: Making It Work*. Johns Hopkins University Press.
- Sontag-Padilla, L., Dunbar, M. S., Ye, F., Kase, C., Fein, R., Abelson, S., Seelam, R., & Stein, B. D. (2018). Strengthening College Students' Mental Health Knowledge, Awareness, and Helping Behaviors: The Impact of Active Minds, a Peer Mental Health Organization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(7), 500-507. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.03.019>
- Sontag-Padilla, L., Woodbridge, M. W., Mendelsohn, J., D'Amico, E. J., Osilla, K. C., Jaycox, L. H., Eberhart, N. K., Burnam, A. M., & Stein, B. D. (2016). Factors Affecting Mental Health Service Utilization Among California Public College and University Students. *Psychiatric Services*, 67(8), 890-897.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500307>
- Soriano-Ayala, E., Amutio, A., Franco, C., & Mañas, I. (2020). Promoting a Healthy Lifestyle through Mindfulness in University Students: A Randomized Controlled Trial. *Nutrients*, 12(8), Article 8. <https://doi.org/10.3390/nu12082450>
- Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 45, 102-114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>
- Spikins, P. (2017). Prehistoric origins. The compassion of far distant strangers. En P. Gilbert, *Compassion: Concept, research and applications* (pp. 16-31). Routledge.

- Sprecher, S., & Fehr, B. (2005). Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personal Relationships, 22*(5), 629-651.
<https://doi.org/10.1177/0265407505056439>
- Stallman, H. M. (2011). Embedding resilience within the tertiary curriculum: A feasibility study. *Higher Education Research & Development, 30*(2), 121-133.
<https://doi.org/10.1080/07294360.2010.509763>
- Stebleton, M. J., Soria, K. M., & Huesman Jr., R. L. (2014). First-Generation Students' Sense of Belonging, Mental Health, and Use of Counseling Services at Public Research Universities. *Journal of College Counseling, 17*(1), 6-20.
<https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2014.00044.x>
- Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., & Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors, 37*(7), 747-775.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.014>
- Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review, 47*, 15-27.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>
- Sussman, S., & Arnett, J. J. (2014). Emerging Adulthood: Developmental Period Facilitative of the Addictions. *Evaluation & the Health Professions, 37*(2), 147-155. <https://doi.org/10.1177/0163278714521812>
- Tay, J. L., Tay, Y. F., & Klainin-Yobas, P. (2018). Effectiveness of information and communication technologies interventions to increase mental health literacy: A systematic review. *Early Intervention in Psychiatry, 12*(6), 1024-1037.
<https://doi.org/10.1111/eip.12695>

- Taylor, C. B., & Arnow, B. (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders* (pp. ix, 422). Free Press.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), 275-287. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.275>
- Thompson, G., Wrath, A., Trinder, K., & Adams, G. C. (2018). The roles of attachment and resilience in perceived stress in medical students. *Canadian Medical Education Journal, 9*(4), e69-e77.
- Thurber, C. A., & Walton, E. A. (2012). Homesickness and Adjustment in University Students. *Journal of American College Health, 60*(5), 415-419. <https://doi.org/10.1080/07448481.2012.673520>
- Universidad de Harvard. (2020). *Report of the Task Force on Managing Student Mental Health—July 2020*. <https://provost.harvard.edu/report-task-force-managing-student-mental-health-july-2020>
- Upsher, R., Nobili, A., Hughes, G., & Byrom, N. (2022). A systematic review of interventions embedded in curriculum to improve university student wellbeing. *Educational Research Review, 37*, 100464. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2022.100464>
- Vaez, M., & Laflamme, L. (2008). Experienced stress, psychological symptoms, self-rated health and academic achievement: A longitudinal study of swedish university students. *Social Behavior and Personality: an international journal, 36*(2), 183-196. <https://doi.org/10.2224/sbp.2008.36.2.183>
- Vaillant, G. E. (2012). Positive mental health: Is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry, 11*(2), 93-99.

- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.011>
- Van den Brink, E., & Koster, F. (2015). *Mindfulness-Based Compassionate Living*. Routledge.
- Velten, J., Bieda, A., Scholten, S., Wannemüller, A., & Margraf, J. (2018). Lifestyle choices and mental health: A longitudinal survey with German and Chinese students. *BMC Public Health*, 18(1), 632. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5526-2>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Watts, A. W. (1957). *The Way of Zen* (Pantheon Books Inc). Nueva York.
- Weng, H. Y., Lapate, R. C., Stodola, D. E., Rogers, G. M., & Davidson, R. J. (2018). Visual Attention to Suffering After Compassion Training Is Associated With Decreased Amygdala Responses. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00771>
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. Y. (2019). Effectiveness of Self-Compassion Related Therapies: A Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 10(6), 979-995. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>
- Winzer, R., Lindberg, L., Guldbrandsson, K., & Sidorchuk, A. (2018). Effects of mental health interventions for students in higher education are sustainable over time: A

- systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PeerJ*, 6, e4598. <https://doi.org/10.7717/peerj.4598>
- Wongpakaran, N., DeMaranville, J., & Wongpakaran, T. (2021). Validation of the Relationships Questionnaire (RQ) against the Experience of Close Relationship-Revised Questionnaire in a Clinical Psychiatric Sample. *Healthcare*, 9(9), Article 9. <https://doi.org/10.3390/healthcare9091174>
- Woodford, M. R., Kulick, A., & Atteberry, B. (2015). Protective factors, campus climate, and health outcomes among sexual minority college students. *Journal of Diversity in Higher Education*, 8, 73-87. <https://doi.org/10.1037/a0038552>
- Woodford, M. R., Kulick, A., Garvey, J. C., Sinco, B. R., & Hong, J. S. (2018). LGBTQ policies and resources on campus and the experiences and psychological well-being of sexual minority college students: Advancing research on structural inclusion. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5, 445-456. <https://doi.org/10.1037/sgd0000289>
- World Health Organization. (2019). *Mental Health. Suicide data*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>
- Worsley, J. D., Pennington, A., & Corcoran, R. (2022). Supporting mental health and wellbeing of university and college students: A systematic review of review-level evidence of interventions. *PLOS ONE*, 17(7), e0266725. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266725>
- Yárnoz, S., & Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: Análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción psicológica*, 8(2), 67-85.
- Yela, J. R., Gómez-martínez, M. ángeles, Crego, A., & Jiménez, L. (2020). Effects of the Mindful Self-Compassion programme on clinical and health psychology

trainees' well-being: A pilot study. *Clinical Psychologist*, 24(1), 41-54.

<https://doi.org/10.1111/cp.12204>

Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18(5), 459-482. <https://doi.org/10.1002/cne.920180503>

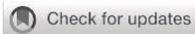
Yu, Y., Yang, X., Yang, Y., Chen, L., Qiu, X., Qiao, Z., Zhou, J., Pan, H., Ban, B., Zhu, X., He, J., Ding, Y., & Bai, B. (2015). The Role of Family Environment in Depressive Symptoms among University Students: A Large Sample Survey in China. *PLOS ONE*, 10(12), e0143612.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143612>

11 ANEXOS

11.1. ANEXO I. Artículo publicado en una revista indexada, revisado por pares, del protocolo del estudio.....	248
11.2. ANEXO II. Hoja de información para las personas participantes y consentimiento informado.....	258
11.3. ANEXO III. Informe favorable CEICA.....	262

11.1. ANEXO I. Artículo publicado en una revista indexada, revisado por pares, del protocolo del estudio.



OPEN ACCESS

EDITED BY

Changiz Mohiyeddini,
Oakland University William Beaumont School
of Medicine, United States

REVIEWED BY

Juan Carlos Padierna Cardona,
Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid,
Colombia
Petros Skapinakis,
University of Ioannina, Greece

*CORRESPONDENCE

Marta Puebla-Guedea
✉ martapueblag@gmail.com

RECEIVED 13 March 2023

ACCEPTED 08 August 2023

PUBLISHED 24 August 2023

CITATION

Beltrán-Ruiz M, Fernández S,
García-Campayo J, Puebla-Guedea M,
López-del-Hoyo Y, Navarro-Gil M and
Montero-Marin J (2023) Effectiveness of
attachment-based compassion therapy to
reduce psychological distress in university
students: a randomised controlled trial
protocol.

Front. Psychol. 14:1185445.

doi: 10.3389/fpsyg.2023.1185445

COPYRIGHT

© 2023 Beltrán-Ruiz, Fernández, García-Campayo, Puebla-Guedea, López-del-Hoyo, Navarro-Gil and Montero-Marin. This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Effectiveness of attachment-based compassion therapy to reduce psychological distress in university students: a randomised controlled trial protocol

María Beltrán-Ruiz^{1,2}, Selene Fernández³,
Javier García-Campayo^{2,3,4}, Marta Puebla-Guedea^{1,2*},
Yolanda López-del-Hoyo^{1,2,4}, Mayte Navarro-Gil^{1,2} and
Jesus Montero-Marin^{5,6,7}

¹Department of Psychology and Sociology, University of Zaragoza, Zaragoza, Spain, ²Research Network on Chronicity, Primary Care and Health Promotion (RICAPPS), Zaragoza, Spain, ³Department of Psychiatry, University of Zaragoza, Zaragoza, Spain, ⁴Aragonese Institute of Health Research, University of Zaragoza, Zaragoza, Spain, ⁵Department of Psychiatry, Warneford Hospital, University of Oxford, Oxford, United Kingdom, ⁶Teaching, Research & Innovation Unit, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Spain, ⁷Consortium for Biomedical Research in Epidemiology & Public Health (CIBERESP), Madrid, Spain

Introduction: Higher education, particularly university, is a challenge for many students that can lead to their mental health being seriously affected. The stress to which they are subject throughout their time at university can lead to anxiety and depression. “Third wave” psychotherapies, including compassion-based therapy, have been used to improve psychological outcomes, such as stress, anxiety, emotional distress and well-being. There are some signs that third wave psychotherapies reduce psychological distress in university students, but more and higher-quality studies are needed. In this randomised controlled trial (RCT), we hypothesise that the provision of attachment-based compassion therapy (ABCT) will be more effective than an active control group based on relaxation therapy for improving psychological distress in university students.

Methods and analysis: A two-arm RCT will be conducted involving 140 university undergraduate and postgraduate students from the University of Zaragoza and the National University of Distance Education (UNED) who reside in the autonomous community of Aragon, Spain. Interventions with either ABCT or relaxation therapy will be implemented, with an allocation ratio of 1:1 between groups. Both interventions will last six weeks and consist of six weekly group sessions lasting 1.5 h each. Data will be collected before and after the intervention, and there will be a follow-up at six months. The primary outcome will be psychological distress at post-intervention. Secondary outcomes will be depression, anxiety, stress and burnout symptoms, affectivity and emotional regulation. Attachment style, experiential avoidance, compassion (for others/oneself) and mindfulness skills will be measured as potential mechanistic variables. Intention-to-treat analysis will be performed using linear mixed regression models. The clinical significance of improvements will be calculated. Potential side effects will be monitored by an independent clinical psychologist.

Ethics and dissemination: This study was approved by the Clinical Research Ethics Committee of Aragón. Participant data will remain anonymous, and results

will be submitted to peer-reviewed open-access journals and disseminated via conferences.

Clinical Trial Registration: [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov), identifier NCT05197595.

KEYWORDS

university students, psychological distress, compassion, attachment, mindfulness

Introduction

Background and rationale

Recent studies show that university students commonly suffer from mental health problems (Auerbach et al., 2018; Karyotaki et al., 2020). It has been found that more than half of university students might suffer from depression, panic and/or generalised anxiety (Keyes et al., 2012). Anxiety levels increase during university years (Bewick et al., 2010), and the prevalence rates of psychological distress and mental health problems are significantly higher than those of the general population (Stallman, 2010; Jackman et al., 2022). There are numerous areas that can pose a challenge and increase stress for university students, such as financial status, health, love life, family and work/school relationships, and problems experienced by loved ones (Karyotaki et al., 2020). The main mental health pathologies found are depression and anxiety (Regehr et al., 2013), although some university students also report feelings of loneliness, difficulties with family and intimate relationships, and other interpersonal concerns (Conley et al., 2015). All these mental health problems may have psychological and social impacts, and they can also determine students' ability to function in academic terms, leading to an increase in dropout rates (Dyrbye et al., 2010; Sharp and Theiler, 2018; Marôco et al., 2020), which presents a problem for themselves and for the institutions involved (Conley et al., 2015). Nevertheless, providing psychological tools is believed to be a promising way to enhance students' resilience and minimise risks of mental health problems (Sharp and Theiler, 2018; Sheldon et al., 2021).

In recent years, there has been an increasing number of studies regarding so-called "third wave" cognitive-behavioural psychological techniques. Through the promotion of acceptance, mindfulness, cognitive defusion and compassion, these therapies seek to change the function of experience for the individual in order to enhance well-being (Hayes et al., 2006). Third wave therapies have demonstrated promising results in different areas related to people's health and psychological well-being (Grossman et al., 2004; Houry et al., 2015; Spijkerman et al., 2016; Kirby et al., 2017). A number of studies show that these techniques can reduce anxiety, stress and burnout, and increase psychological well-being in the university population (Regehr et al., 2013; de Vibe et al., 2018; Patel et al., 2018; Dawson et al., 2020). Nonetheless, although their results are promising, some of the studies have also been found to have low methodological quality and considerable heterogeneity of effects (Dawson et al., 2020).

Among third wave psychological techniques, mindfulness-based programmes (MBPs) have predominantly been studied for the prevention and treatment of depressive or anxiety symptoms, and they have also been used in clinical practice for the longest time (Parsons

et al., 2017; Cladder-Micus et al., 2018; Goldberg et al., 2018). As examples of how this has materialised, we can see that the National Institute of Health and Care Excellence (NICE) UK guideline recommends an MBP for the prevention of relapses in depression (Kendrick and Pilling, 2012), and that some MBP adaptations for university students have been piloted with positive results (Medlicott et al., 2021). One of the implicit components of MBPs is compassion. However, the effectiveness of compassion-based programmes (CBPs), which use specific practices to develop compassion, is yet to be proven in non-clinical populations (Brito-Pons et al., 2018). A number of pilot studies that include explicit compassion practices and programmes based on compassion therapy have shown encouraging results; however, they were conducted using small samples and therefore require further replications (Arimitsu, 2016; Ko et al., 2018; Collado-Navarro et al., 2021; Martínez-Rubio et al., 2021). In the university population specifically, the efficacy of self-compassion is inconclusive as there is not a great deal of evidence (Dawson et al., 2020) that is consistent with the state of the art in the general population, meaning that further research is required (Kirby et al., 2017; Shonin et al., 2017).

CBPs propose meditative techniques and practices to develop (a) compassion for others, which arises from witnessing the suffering of others and having the desire to alleviate it (Goetz et al., 2010); and (b) self-compassion, which is this same desire but towards oneself (Neff, 2003). The attachment-based compassion therapy (ABCT) programme (García-Campayo et al., 2016; García-Campayo, 2020) seeks to promote compassion for others and self-compassion in individuals through the development of a secure attachment style. Although work on the attachment style has already formed part of some of the compassion programmes on which ABCT is based (Neff, 2003; Gilbert, 2009), ABCT makes the change towards a healthy attachment style the core of the therapeutic process. This programme has obtained satisfactory results by increasing self-compassion in healthy adults (Navarro-Gil et al., 2020) and reducing affective distress in patients with anxiety, depressive and adjustment disorders (Collado-Navarro et al., 2021), and its clinical usefulness with fibromyalgia patients has also been demonstrated (Montero-Marin et al., 2019; Santos et al., 2022), with results maintained in the medium term.

This present study will continue this line of research by assessing the effectiveness of an adapted six-week ABCT programme in the treatment of psychological distress in university students, compared with relaxation therapy. It will also evaluate the potential mediating role of attachment style, experiential avoidance [i.e., the unwillingness to experience painful thoughts and emotions (Berta-Otero et al., 2022)], compassion (for others/oneself) and mindfulness skills (i.e., an awareness of the present moment that is characterised by a non-judgmental attitude) in the intervention group, compared to the

active control group based on relaxation therapy. There is some preliminary evidence to show that experiential avoidance, self-compassion and mindfulness skills having a potential mediating role in ABCT (Montero-Marin et al., 2019; Collado-Navarro et al., 2021; Lopez-del-Hoyo et al., 2022). However, there are no previous studies evaluating attachment style and compassion for others as putative mechanisms of ABCT, even though they are core constructs of the programme.

Objectives and hypotheses

The main aim of this study will be to assess the effectiveness of a six-week ABCT programme, compared with an active control group based on relaxation therapy (including progressive muscular relaxation and guided imagery), for the reduction of psychological distress symptoms in university students. Secondary objectives are (a) to examine the effects of ABCT on anxiety, depression, stress and burnout symptoms, as well as positive and negative affect, and emotional regulation and (b) to analyse the possible mediating role of attachment style, experiential avoidance, compassion (for others/oneself) and mindfulness skills on improvements in the ABCT group, compared to the control group based on relaxation therapy.

The main hypothesis is that ABCT will be more effective than relaxation therapy to reduce psychological distress in university students at post-treatment. Secondary hypotheses are the following: (a) ABCT will be more effective than relaxation therapy for the improvement of anxiety, depression, stress and burnout symptoms, as well as positive and negative affect, and emotional regulation at post-treatment; (b) improvements in psychological distress, anxiety, depression, stress, burnout, positive and negative affect, and emotional regulation will be maintained at six-month follow-up; and (c) attachment style, experiential avoidance, compassion (for others/oneself) and mindfulness skills will have a mediating role on the improvements obtained in the ABCT group vs. the control group based on relaxation therapy.

Trial design

This study will be a randomised controlled trial (RCT) comprising two parallel arms, with pre-treatment, post-treatment and six-month follow-up measurements, and a 1:1 allocation ratio between groups. University students in Zaragoza, Spain, will be randomly assigned to two different conditions: ABCT (intervention group) and relaxation therapy (active control).

Methods

This protocol was designed in accordance with the Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials (SPIRIT) statement (Moher and Chan, 2014). The trial registration can be found at [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov) NCT05197595 (January 19, 2022).

Setting and study sample

We will recruit students from the University of Zaragoza and the National Distance Education University (UNED), both in Spain, who

meet the following inclusion/exclusion criteria. Inclusion criteria: (a) over 17 years of age; (b) studying for an undergraduate or postgraduate (master's or PhD) degree; (c) proficient in spoken and written Spanish; and (d) provide signed informed consent. Exclusion criteria: (a) over 30 years of age; (b) diagnosed with a disease that affects the Central Nervous System or a serious mental illness; and (c) consumption of recreational drugs or on medication that could affect the nervous system. Concomitant care will be permitted during the trial if treatment has been initiated previously and consists of a maintenance dose (no increments or psychological interventions will be allowed).

Sample size

The sample size estimation was calculated based on the assumption that the ABCT group would be able to obtain intermediate effects when compared to the active control condition based on relaxation therapy. In order to determine this, we considered a standardised difference between trial arms on the main outcome (psychological distress, measured by the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) total scale) of 0.5, which is the more conservative estimation observed in a previous similar study that included university students and delivered a third wave psychological intervention based on six meditation sessions (Modrego-Alarcon et al., 2021), and is usually considered a common rule of thumb of clinically significant change (Norman et al., 2003). Considering a power ($1-\beta$) of 0.80 for a two-tailed contrast and an α of 0.05 with a group allocation ratio of 1:1, we obtained a group size of approximately 64 subjects. Therefore, the total size of the required sample will be 128 voluntary participants from the university student population. Assuming a loss rate of around 30%, based on a previous similar study (Modrego-Alarcon et al., 2021), we have inflated the numbers so that the total sample size needed will be approximately 190 subjects, 95 in each group.

Recruitment

Recruitment of potential participants will begin as follows: (1) informative posters providing a brief explanation of the study will be displayed around the main campus of the University of Zaragoza at tutoring whose services are used by students of distance courses (for UNED students) and other places of interest for university students to encourage interested students to make contact via e-mail; (2) contact will be made with different student organisations to send informative e-mails to students. Each organization will send the message using e-mail lists, without providing the research group with any personal information; and (3) contact with local government agencies and media (e.g., newspapers) to disseminate information about the research study and provide a contact e-mail for any interested students.

Those students who make e-mail contact will be provided with more detailed information by means of a phone call or virtual meeting. A research assistant will explain the study and verify that the student meets the inclusion criteria. This contact will also specify the route by which the study information document is to be received, and a link will be provided to the baseline evaluation. All assessments which will be made online, both at baseline and in the subsequent follow-up measurements at the end of the intervention (post-treatment), and at

six months, and the surveys will be completed online using SurveyMonkey®. Before beginning the baseline survey, the participants will be able to read the information sheet, accept the privacy terms and conditions of the website, and sign the informed consent form. The recruitment and baseline assessment process will continue until the required sample size is obtained.

Randomisation, allocation, and blinding

Once baseline data is collected, participants will be randomly allocated to each arm. The random assignment of the subjects will be carried out by a different member of the research group who is unrelated to the study and using a computer-generated random sequence. This sequence will be blinded to both the participants and the research assistants who will be assisting with the assessments (i.e., by providing the link to the survey on the appropriate date), as well as to the trial manager who will be in charge of group allocation. Participants will be assigned to one of two groups: ABCT or relaxation therapy. Given the nature of the interventions, neither the group facilitators (i.e., psychotherapists) nor the university student participants will be blinded to their allocation. However, the research assistant in charge of providing the link to the assessment survey will be blinded, as well as the expert who will carry out the statistical analysis.

Data collection and monitoring

After completing the programmes, the same person who provided the links to complete the baseline survey will oversee the process of contacting the participants so that they can carry out the post-test (with a time window of one month after the intervention), and follow-up (six months after the last session of the programme, with a time window of one month) measurements. Participation in meditation programmes, as in the case of any psychotherapeutic approach, can cause negative side effects that, although rare, need to be monitored (Van Dam et al., 2018; Baer et al., 2021). Therefore, study participants will be asked to report any signs of a worsening in their mental or physical health (whether serious or not) that may arise during the sessions. Participants will also be asked to comment on any discomfort they experience both during and between sessions. If adverse effects appear, the psychologist in charge of the groups will discuss with an independent data monitoring committee (which will be made up of the trial manager, a clinical psychologist and a psychiatrist) whether any additional measures need to be taken to ensure the integrity of the participant (e.g., abandon the study). The results of the surveys at each time point will also be overseen by the data monitoring committee, who will decide whether any potential deterioration of psychological health needs further consideration or treatment. This will be facilitated by contacting the corresponding mental health services of national health system. Figure 1 is the flow diagram that shows the expected participation of the subjects throughout the study, from recruitment to follow-up data collection.

Interventions

Both groups will receive interventions with a duration of six weeks. Each session will be 90 min long and will be held in face-to-face

groups. Before beginning the programme, participants will be given a paper copy of the information sheet and the informed consent form, and they will be able to raise any doubts they might have regarding the study.

Attachment-based compassion therapy

The ABCT programme that will be used is a short adaptation of the University of Zaragoza compassion training programme (García-Campayo et al., 2016). Table 1 shows how the sessions are structured in terms of theory as well as formal and informal practices. Tasks to consist of practical exercises using audio recordings will be set for completion between sessions. The ABCT programme will be conducted by a clinical psychologist with experience in ABCT and third generation therapies.

Relaxation therapy

The progressive muscle relaxation programme proposed by Bernstein and Borkovec (1973) will be used. To match this programme to the ABCT programme, it will be adapted to six sessions, each lasting 90 min, with the addition of guided imagery. As in the previous case, tasks to consist of practical exercises using audio recordings will be also set for completion between sessions. The contents and structure of the sessions are described in Table 2. The relaxation program will be facilitated by a clinical psychologist with experience in relaxation techniques.

Outcomes

Data will be collected using a battery of questionnaires administered at baseline, immediately after the intervention (post-treatment) and at six-month follow-up. Outcomes of the ABCT and the control conditions will be evaluated and compared. The primary outcome will be a self-reported global measure of psychological distress to provide data on the intervention. Secondary outcomes will allow a more detailed exploration of ABCT in terms of depression, anxiety, stress, burnout, emotional regulation and affectivity. Furthermore, the role of attachment style, experiential avoidance, compassion (for others/oneself) and mindfulness skills as potential mediators of outcome will be explored. A breakdown of the study outcomes is given in Table 3.

Main outcome

The main effectiveness outcome will be psychological distress at post-intervention as the primary endpoint, which will be assessed using the short version of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21) (Lovibond and Lovibond, 1996). The DASS-21 is a self-report questionnaire composed of the three negative affectivity subscales of depression, anxiety and stress. Each of the subscales comprises seven items with Likert-type response options (from 0 “did not apply to me at all” to 3 “applied to me very much, or most of the time”). The result of each of these scales will be doubled to achieve equivalence with the long version of 42 items (Lovibond and Lovibond, 1996). The DASS-21 has been specifically validated in the Spanish population, showing strong internal consistency values (total scale $\alpha = 0.96$; depression $\alpha = 0.93$; anxiety $\alpha = 0.86$, and stress $\alpha = 0.91$), as well as appropriate patterns of discriminant, convergent and factorial validity (Daza et al., 2002). The DASS-21 total scale

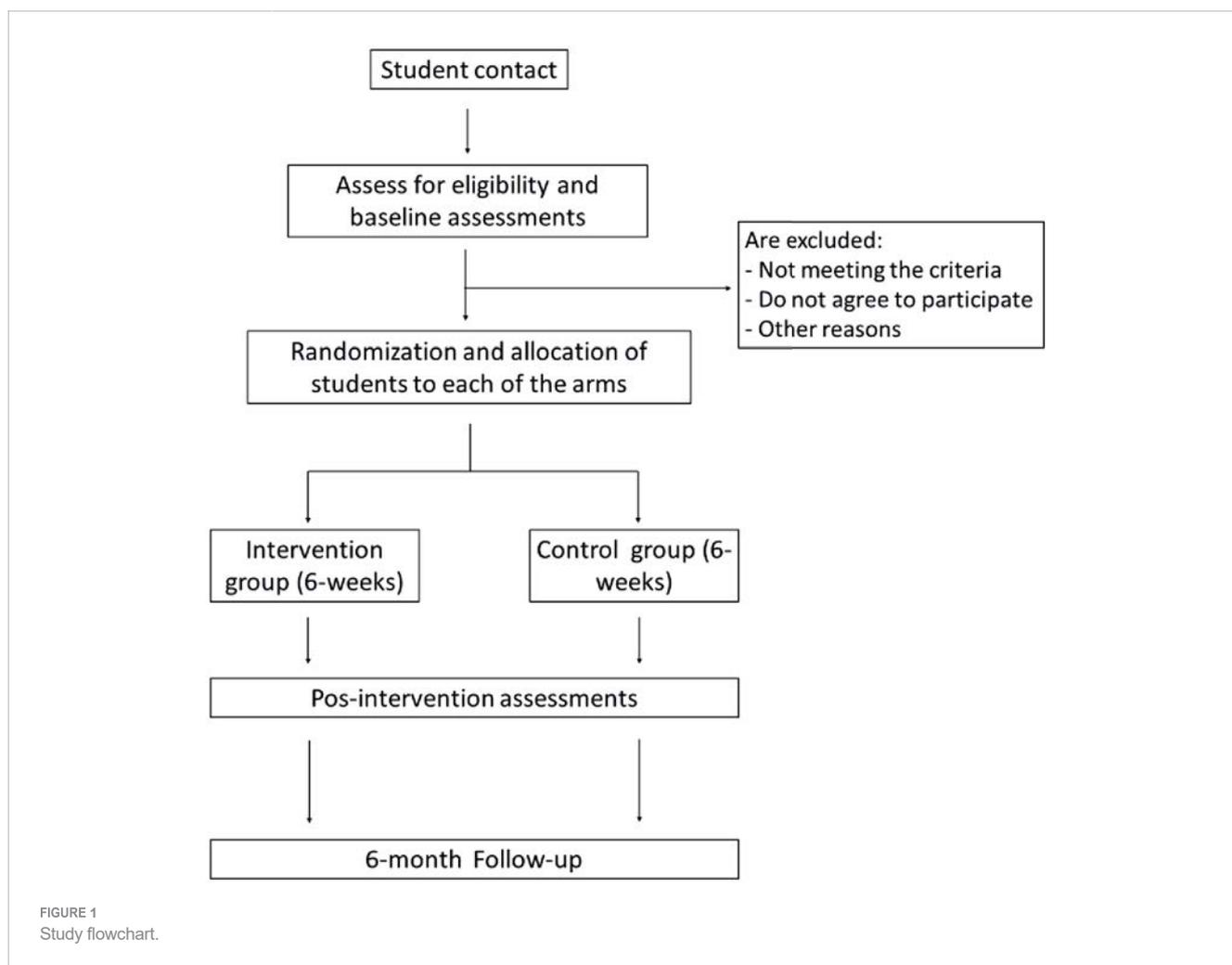


TABLE 1 Adaptation of the ABCT programme (6 weeks).

Session 1	Preparing for compassion: kind attention.	Theory: the functioning of our brain, the reality of suffering: primary and secondary suffering, what is and what is not compassion. Formal practices: compassionate breathing and compassionate body scan, compassionate coping with difficulties. Informal practices: 3-Minute compassion practice, self-compassion journal, savour and thank you
Session 2	Discovering our compassionate world	Theory: compassion and mindfulness, self-esteem and compassion, fear of compassion. Formal practices: connect with affection, develop a situation or a safe place, compassionate gesture and phrases. Informal practices: the object that unites us to the world, compassion practice diary, what are we good at?
Session 3	Developing our compassionate world	Theory: mechanisms of action of compassion, efficacy of compassion, self-criticism. Formal practices: identify and develop the secure attachment figure, replace the critical voice with the compassionate voice. Informal practices: write a letter to the attachment figure.
Session 4	Understanding our relationship with compassion	Theory: attachment models, importance of these models in daily life. Formal practices: becoming aware of our attachment model, receiving affection from friends, indifferent and enemies. Informal practices: Letter to parents
Session 5	Working on ourselves	Theory: importance of affection towards oneself and towards others Formal practices: giving affection to friends and indifferent, giving affection to ourselves, reconciliation with our parents. Informal practices: three positive and three negative aspects of our parents, the largest sample of affection (in general and from our parents)
Session 6	Understanding the importance of forgiveness	Theory: guilt and the importance of forgiveness Formal practices: become aware of the damage we have done to others and ask for forgiveness, forgive others, and give compassion to enemies, forgive oneself. Informal practices: compassion in daily life

TABLE 2 Relaxation programme (6 weeks).

Session 1	Presentation of the group and the goals of relaxation Basic principles of progressive muscle relaxation Brief explanation of the initial procedure with 16 muscle groups Progressive muscle relaxation practice with 16 muscle groups Imagination training Identification of the sensations and difficulties of relaxation
Session 2	Share homework related experiences and doubts Theory of visualisation techniques Practice of progressive muscle relaxation with 16 muscle groups Visualisation Practice: The Orange Identification of sensations and difficulties of relaxation
Session 3	Share homework related experiences and doubts Brief explanation of the procedure with 7 muscle groups Practice of progressive muscle relaxation with 7 muscle groups Visualisation Practice: The Beach Identification of sensations and difficulties of relaxation
Session 4	Share homework related experiences and doubts Practice of progressive muscle relaxation with 7 muscle groups Visualisation practice: the landscape Identification of sensations and difficulties of relaxation
Session 5	Share homework related experiences and doubts Brief explanation of the procedure with 4 muscle groups Practice of progressive muscle relaxation with 4 muscle groups Visualisation practices: the globe and white light Identification of sensations and difficulties of relaxation
Session 6	Share homework related experiences and doubts Brief explanation of relaxation by evocation, relaxation by evocation + counting and relaxation by counting Relaxation by evocation + counting Relaxation by counting Mental relaxation and visualisation practice: the perfect day Identification of sensations and difficulties of relaxation

TABLE 3 Study outcomes.

Instrument	Assessment area	Kind of outcome	Time
Bespoke survey	Sociodemographic	Characteristics of participants	Baseline
DASS-21	Psychological distress	Primary (total score) Secondary (sub-scales) outcome	Baseline, post-treatment and 6-month follow-up
PANAS	Positive and negative affect	Secondary outcome	Baseline, post-treatment and 6-month follow-up
ERQ	Emotional regulation	Secondary outcome	Baseline, post-treatment and 6-month follow-up
MBI-SS	Burnout	Secondary outcome	Baseline, post-treatment and 6-month follow-up
RQ	Attachment style	Mechanistic measures	Baseline, post-treatment and 6-month follow-up
AAQ-II	Experiential avoidance	Mechanistic measures	Baseline, post-treatment and 6-month follow-up
SOCS-O	Compassion for others	Mechanistic measures	Baseline, post-treatment and 6-month follow-up
SOCS-S	Compassion for the self	Mechanistic measures	Baseline, post-treatment and 6-month follow-up
FFMQ-SF	Mindfulness	Mechanistic measures	Baseline, post-treatment and 6-month follow-up

DASS-21, depression, anxiety and stress scales, 21 items; PANAS, positive and negative affect schedule; ERQ, emotional regulation questionnaire; MBI-SS, Maslach burnout inventory student survey; RQ, relationship questionnaire; AAQ-II, acceptance and action questionnaire-II; SOCS-O, Sussex-Oxford compassion for others scale; SOCS-S, Sussex-Oxford compassion for the self scale; FFMQ-SF, Five facet mindfulness questionnaire short-form.

score will be considered the main outcome, and the DASS-21 subscales (i.e., depression, anxiety, and stress) will be considered secondary outcomes. To facilitate interpretation, and following [Chin et al. \(2019\)](#), we will also use a secondary pre-defined binary outcome measure based on the DASS-21 total score that will differentiate those participants who scores 16 points or more to identify individuals with potential anxiety disorders or a major depressive disorder.

Secondary outcomes

Burnout symptoms will be evaluated using the Maslach Burnout Inventory Student Survey (MBI-SS) ([Schaufeli et al., 2002](#)). This inventory consists of 15 items, in which references to work are changed to references to study. The MBI-SS includes three subscales: exhaustion (5 items), cynicism (4 items) and efficacy (6 items). Participants respond on a Likert-type scale with seven response options ranging from 0 (“never”) to 6 (“always”). The psychometric

properties of the MBI-SS Spanish validation have been observed to be adequate (exhaustion $\alpha = 0.83$, cynicism $\alpha = 0.83$ and efficacy $\alpha = 0.82$) (Pérez Fuentes et al., 2020).

Positive affect and negative affect will be evaluated by means of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Watson et al., 1988). This self-report questionnaire consists of two 10-item scales (i.e., positive affect, and negative affect). Each item is scored on a five-point Likert-type scale, from 1 (“not at all”) to 5 (“very much”). The internal consistency of the Spanish version of the PANAS positive and negative scales is adequate, with values of $\alpha = 0.87$ and 0.91 , respectively (Sandín et al., 1999).

Emotional regulation will be measured by the Emotional Regulation Questionnaire (ERQ) (Gross and John, 2003). This scale consists of 10 items, to which participants respond using a seven-point Likert scale (1 = “strongly disagree”, 7 = “strongly agree”). The ERQ is designed to measure the tendency of respondents to regulate their emotions through (1) cognitive reappraisal (6 items), and (2) expressive suppression (4 items). The Spanish version of the ERQ shows an adequate internal consistency (cognitive reappraisal: $\alpha = 0.89$ – 0.90 ; expressive suppression: $\alpha = 0.76$ – 0.80), test–retest reliability and convergent/discriminant validity (Cabello et al., 2013).

Mechanistic measures

Attachment style will be measured using the Relationship Questionnaire (RQ) (Bartholomew and Horowitz, 1991), a self-report questionnaire in which participants are asked to rate their correspondence to four separate paragraphs, each representing a secure, preoccupied, dismissive or fearful attachment style, by means of a seven-point Likert-type scale. An algorithm allows for a categorical classification of attachment style (i.e., secure, or insecure) (Griffin and Bartholomew, 1994a). The RQ also offers the possibility of measuring two key dimensions underlying attachment in adults: anxiety, which is more self-related, and avoidance, which is more other-related (Griffin and Bartholomew, 1994b). Studies have demonstrated reliability of the RQ questionnaire to be high (Leak and Parsons, 2001). The validated Spanish version of the RQ, which shows adequate psychometric properties (Yáñez-Yaben and Comino, 2011), will be used in our study.

Experiential avoidance will be assessed with the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) (Bond et al., 2011). The AAQ-II is a measure of experiential avoidance as an aspect of lack of psychological flexibility. It is made up of seven items on a seven-point Likert-type scale, where 1 is “never true” and 7 is “always true”. The items reflect a lack of willingness to experience unwanted emotions or thoughts, and a lack of ability to be in the present moment and behave according to what is valued when experiencing unwanted psychological events. The instrument presents a unifactorial solution, with good internal consistency ($\alpha = 0.88$), and good convergent, divergent and discriminant validity (Berta-Otero et al., 2022). An adaptation to Spanish will be used (Ruiz et al., 2013).

Compassion will be assessed using the Sussex-Oxford Compassion for Others Scale (SOCS-O) and the Sussex-Oxford Compassion for the Self Scale (SOCS-S) (Gu et al., 2020). The SOCS-O and SOCS-S represent two dimensions, compassion for others and self-compassion, respectively, with 20 items each. Participants indicate how true each statement is using a five-point Likert-type scale, ranging from 1 (“not entirely true for me”) to 5 (“always true for me”). A total score is calculated for the SOCS-O and for the SOCS-S, with higher scores

meaning greater levels of compassion for others or self-compassion. The study will use an adaptation of the scale to the Spanish language, which is currently being validated.¹

Mindfulness skills will be measured with a short version (24 items) of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ-SF) (Bohlmeijer et al., 2011). The FFMQ questionnaire is grouped into five mindfulness facets: observing, describing, acting with awareness, non-judging of inner experience, and non-reactivity to inner experience. Participants must indicate the degree to which each of the items is generally true for them on a five-point Likert-type scale, from 1 (“never or very rarely true”) to 5 (“very often or always true”). Scores from the subscales can be combined to produce a total score. The Spanish version of FFMQ-SF presents good internal consistency values for the total score ($\alpha = 0.70$) and subscales (α values ranging from 0.65 to 0.80), and an appropriate factorial structure (Cebolla et al., 2012; Asensio-Martínez et al., 2019).

Data analysis plan

The results will be presented in accordance with CONSORT recommendations (Moher et al., 2001; Moher and Chan, 2014). All the variables will be described and subject to visual inspection at baseline by using frequencies (proportions) for qualitative variables, or means (standard deviations, SD) for quantitative variables.

Main analysis

The effectiveness of the ABCT group vs. the control group based on relaxation therapy will be evaluated at post-treatment on the main DASS-21 total score, considered as a continuous variable. Multilevel mixed effects linear regressions will be carried out by means of a repeated measures design on an intention-to-treat (ITT) basis, using the restricted maximum likelihood (REML) method. Non-standardised slopes and 95% confidence intervals (95% CIs) for the “group \times time” interaction will be provided, together with raw means (SDs) by group. Cohen’s d effect size (ES) will be calculated using the combined SD at baseline (Morris, 2008). ESs are considered small when $d \leq 0.2$; medium when $d = 0.5$; and large when $d \geq 0.8$ (Cohen, 1988).

Secondary analysis

The effectiveness of the ABCT group vs. the relaxation group regarding the secondary outcomes, as well as secondary time points, will be evaluated following the same analytical strategy used for the main analysis. Per protocol analysis will also be performed, considering only those university student participants who attend at least three sessions (out of six). The clinical significance of improvements between groups will be explored by calculating the

¹ Garcia-Campayo, J., Barcelo-Soler, A., Martínez-Rubio, D., Navarrete, J., Perez-Aranda, A., Feliu-Soler, A., et al. (under review). Exploring the relationship between self-compassion and compassion for others: the role of psychological distress and wellbeing.

absolute risk reduction and number needed to treat (NNT) (and their 95% CI) for the DASS-21 total scores. We will use three criteria for improvement: (i) changing to a less severe cluster in the DASS-21 total score, compared to the one the patient was allocated to at baseline (Chin et al., 2019); (ii) calculating reliable change; and (iii) the clinically significant change of improvements by establishing both reliable change and the cut-off point on the DASS-21 total score, using the Jacobson and Truax method (Jacobson and Truax, 1992).

Mediation analysis

The potential mediating role of the proposed mechanistic variables will be explored in both the primary and secondary outcomes. For this purpose: (i) primary and secondary outcome pre-follow-up differential scores will be calculated and considered dependent variables; (ii) pre-post differential scores of attachment style, experiential avoidance, compassion (others/self) and mindfulness skills will be calculated and included as potential mediators; and (iii) the group condition (ABCT vs. relaxation therapy) will be considered the independent variable. Indirect effects (IEs) will be estimated using path analyses. Regression coefficients of bootstrapped IEs will be calculated, as well as their 95% CIs based on 10,000 bootstrap samples, considering a significant mediating effect when the mentioned bootstrapped 95% CI does not include zero (Lockhart et al., 2011). The percentage of the mediating effects will also be calculated.

Level of significance

An alpha level of 0.05 will be established using a two-tailed test.

Discussion

Different studies conducted over the years have pointed out that the mental health of university students is being increasingly compromised (Storrie et al., 2010; Macaskill, 2013). The university population faces a difficult period with many stressors that can trigger a number of serious mental disorders (Karyotaki et al., 2020). Psychological distress has been identified as one of the most important points to be improved in the mental health of young university students (Williams et al., 2015). As a result of all of this, interventions that aim to improve mental health in university students have been widely used (Regehr et al., 2013). Specifically, it has been proposed that programmes aimed at reducing stress and improving well-being among university students should include experiential avoidance, self-compassion and mindfulness skills as therapeutic targets (Martinez-Rubio et al., 2023). In fact, some interventions based on acceptance, compassion and mindfulness training have shown positive results in reducing psychological distress symptoms (de Vibe et al., 2018; Patel et al., 2018; Dawson et al., 2020). CBPs propose practices through which to develop compassion for others and self-compassion (Goetz et al., 2010), and in the case of ABCT, the use of attachment style is proposed as the common thread to generate compassion (for others/oneself) by building a secure attachment figure (García-Campayo et al., 2016;

García-Campayo, 2020). ABCT has been shown to be effective in reducing psychological distress in both clinical and non-clinical populations. Some studies show promising results of the use of CBPs in university students (Arimitsu, 2016; Ko et al., 2018; Collado-Navarro et al., 2021; Martínez-Rubio et al., 2021).

With regard to the strengths of this study, although compassion-based approaches show promise for treating the mental health of university students, this study will be one of the first RCTs to evaluate the efficacy of CBPs on university students' mental health, and the first to verify the specific potential benefits of ABCT for this population. In addition, the study will make use of a randomised controlled design with a relatively large sample of university students and a medium-term (6 months) follow-up, as recommended by previous research on this population (Dawson et al., 2020). This will allow changes to be observed in the medium term and mediation analyses to be carried out. It is also important to point out that an active control group will be used, as recommended in research using contemplative programmes (Ma and Teasdale, 2004), since it allows possible changes in the variables to be attributed to the intervention and not to other factors, such as the attention shown by the instructor or the relationship with the group.

As limitations, we need to recognise that the use of self-report measures can be biased due to social desirability. Another possible barrier is the fact that these programmes require consistent home-based practice between sessions (Grossman et al., 2004). This can lead to the distraction of part of the sample due to fatigue or lack of commitment to the programme.

Ethics statement

The studies involving human participants were reviewed and approved by Clinical Research Ethics Committee of Aragón (registration: PI21-395). The patients/participants provided their written informed consent to participate in this study.

Author contributions

MB-R, JG-C, and JM-M conceptualised and designed the study. MB-R and JM-M wrote the first draft of the protocol. JM-M developed the statistical analysis plan. SF, JG-C, MP-G, YL-d-H, and MN-G reviewed the manuscript content. All authors contributed to the article and approved the submitted version.

Funding

The project has received funding from the DGA Mental Health Research group (B17_23R), from the Mental Health in Primary Care research group dependent on the Aragonese Institute of Health Research (GIIS017), and from the Chronicity, Primary Care and Health Research Network. Health Promotion (RICAPPS) RD21/0016/ Grant 0005 from the Carlos III Health Institute of the Spanish Ministry of Economy and Competitiveness, co-financed with FEDER funds from the European Union. The funders have no role in study design, data collection and analysis, publication decision, or manuscript preparation. JM-M has a Miguel Servet contract from the Institute of Health Carlos III (ISCH; CP21/00080).

Acknowledgments

The authors would like to thank the Mental Health Research group (B17_23R) of the Department of Innovation, Research and University of the Government of Aragon (Spain) and the Health Research Institute of Aragon (IIS Aragon); the Chronicity, Primary Care and Health Promotion Research Network (RICAPPS, RD21/0016/0005) which is part of the Cooperative Research Networks in Results-Oriented Health (RICORS) (Carlos III Health Institute); Feder Funds “Another way of making Europe”, NextGenerationEU funds.

JM-M is grateful to the CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP CB22/02/00052; ISCIII) for its support.

References

- Arimitsu, K. (2016). The effects of a program to enhance self-compassion in Japanese individuals: A randomized controlled pilot study. *J. Posit. Psychol.* 11, 559–571. doi: 10.1080/17439760.2016.1152593
- Asensio-Martínez, Á., Masluk, B., Montero-Marin, J., Oliván-Blázquez, B., Navarro-Gil, M. T., García-Campayo, J., et al. (2019). Validation of five facets mindfulness questionnaire—short form, in Spanish, general health care services patients sample: prediction of depression through mindfulness scale. *PLoS One* 14:e0214503. doi: 10.1371/journal.pone.0214503
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., et al. (2018). WHO world mental health surveys international college student project: prevalence and distribution of mental disorders. *J. Abnorm. Psychol.* 127, 623–638. doi: 10.1037/abn0000362
- Baer, R., Crane, C., Montero-Marin, J., Phillips, A., Taylor, L., Tickell, A., et al. (2021). Frequency of self-reported unpleasant events and harm in a mindfulness-based program in two general population samples. *Mindfulness* 12, 763–774. doi: 10.1007/s12601-020-01547-8
- Bartholomew, K., and Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J. Pers. Soc. Psychol.* 61, 226–244. doi: 10.1037//0022-3514.61.2.226
- Bernstein, D. A., and Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: a manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press.
- Berta-Otero, T., Barceló-Soler, A., Montero-Marin, J., Maloney, S., Pérez-Aranda, A., López-Montoyo, A., et al. (2022). Experiential avoidance in primary care providers: psychometric properties of the Brazilian “acceptance and action questionnaire” (AAQ-II) and its criterion validity on mood disorder-related psychological distress. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 20:225. doi: 10.3390/ijerph20010225
- Bewick, B., Koutsopoulou, G., Miles, J., Slaa, E., and Barkham, M. (2010). Changes in undergraduate students’ psychological well-being as they progress through university. *Stud. High. Educ.* 35, 633–645. doi: 10.1080/03075070903216643
- Bohlmeijer, E., Ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., and Baer, R. (2011). Psychometric properties of the five facet mindfulness questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment* 18, 308–320. doi: 10.1177/1073191111408231
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire—II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav. Ther.* 42, 676–688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Brito-Pons, G., Campos, D., and Cebolla, A. (2018). Implicit or explicit compassion? Effects of compassion cultivation training and comparison with mindfulness-based stress reduction. *Mindfulness* 9, 1494–1508. doi: 10.1007/s12671-018-0898-z
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., and Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the emotion regulation questionnaire. *Eur. J. Psychol. Assess.* 29, 234–240. doi: 10.1371/journal.pone.0201656
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillén, V., Baños, R., and Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the five facets of mindfulness questionnaire (FFMQ). *Eur. J. Psychiatry* 26, 118–126. doi: 10.4321/S0213-61632012000200005
- Chin, E. G., Buchanan, E. M., Ebesutani, C., and Young, J. (2019). Depression, anxiety, and stress: how should clinicians interpret the total and subscale scores of the 21-item depression, anxiety, and stress scales? *Psychol. Rep.* 122, 1550–1575. doi: 10.1177/0033294118783508
- Cladder-Micus, M. B., Speckens, A. E., Vrijzen, J. N., T Donders, A. R., Becker, E. S., and Spijker, J. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic,

Conflict of interest

The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Publisher’s note

All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article, or claim that may be made by its manufacturer, is not guaranteed or endorsed by the publisher.

treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depress. Anxiety* 35, 914–924. doi: 10.1002/da.22788

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Collado-Navarro, C., Navarro-Gil, M., Pérez-Aranda, A., López-del-Hoyo, Y., García-Campayo, J., and Montero-Marin, J. (2021). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and attachment-based compassion therapy for the treatment of depressive, anxious, and adjustment disorders in mental health settings: A randomized controlled trial. *Depress. Anxiety* 38, 1138–1151. doi: 10.1002/da.23198

Conley, C. S., Durlak, J. A., and Kirsch, A. C. (2015). A meta-analysis of universal mental health prevention programs for higher education students. *Prev. Sci.* 16, 487–507. doi: 10.1007/s11211-015-0543-1

Dawson, A. F., Brown, W. W., Anderson, J., Datta, B., Donald, J. N., Hong, K., et al. (2020). Mindfulness-based interventions for university students: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Appl. Psychol. Health Well Being* 12, 384–410. doi: 10.1111/aphw.12188

Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., and Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 24, 195–205. doi: 10.1023/A:1016014818163

de Vibe, M., Solhaug, I., Rosenvinge, J. H., Tyssen, R., Hanley, A., and Garland, E. (2018). Six-year positive effects of a mindfulness-based intervention on mindfulness, coping and well-being in medical and psychology students; results from a randomized controlled trial. *PLoS One* 13:e0196053. doi: 10.1371/journal.pone.0196053

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Power, D. V., Durning, S., Moutier, C., Massie, F. S. Jr., et al. (2010). Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. *Acad. Med.* 85, 94–102. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181c466ad

García-Campayo, J. (2020). *La práctica de la compasión: Amabilidad Con Los demás Y Con uno mismo*. Madrid: Editorial Siglantana.

García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., and Demarzo, M. (2016). Attachment-based compassion therapy. *Mindfulness Compassion* 1, 68–74. doi: 10.1016/j.mincom.2016.10.004

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Adv. Psychiatr. Treat.* 15, 199–208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264

Goetz, J. L., Keltner, D., and Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychol. Bull.* 136, 351–374. doi: 10.1037/a0018807

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Keamey, D. J., et al. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 59, 52–60. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.011

Griffin, D. W., and Bartholomew, K. (1994a). The metaphysics of measurement: the case of adult attachment. *Adv. Pers. Relatsh.* 5, 17–52.

Griffin, D. W., and Bartholomew, K. (1994b). Models of the self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *J. Pers. Soc. Psychol.* 67, 430–445. doi: 10.1037/0022-3514.67.3.430

Gross, J. J., and John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J. Pers. Soc. Psychol.* 85, 348–362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., and Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *J. Psychosom. Res.* 57, 35–43. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00573-7

Gu, J., Baer, R., Cavanagh, K., Kuyken, W., and Strauss, C. (2020). Development and psychometric properties of the Sussex-Oxford compassion scales (SOCS). *Assessment* 27, 3–20. doi: 10.1177/1073191119860911

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., and Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav. Res. Ther.* 44, 1–25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Jackman, P. C., Jacobs, L., Hawkins, R. M., and Sisson, K. (2022). Mental health and psychological wellbeing in the early stages of doctoral study: a systematic review. *Europ. J. High. Educ.* 12, 293–313. doi: 10.1080/21568235.2021.1939752
- Jacobson, N. S., and Truax, P. (1992). “Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research,” in *Methodological issues & strategies in clinical research*. ed. A. E. Kazdin (American Psychological Association), pp. 631–648.
- Karyotaki, E., Cuijpers, P., Albor, Y., Alonso, J., Auerbach, R. P., Bantjes, J., et al. (2020). Sources of stress and their associations with mental disorders among college students: results of the world health organization world mental health surveys international college student initiative. *Front. Psychol.* 11:1759. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01759
- Kendrick, T., and Pilling, S. (2012). Common mental health disorders—identification and pathways to care: NICE clinical guideline. *Br. J. Gen. Pract.* 62, 47–49. doi: 10.3399/bjgp12X616481
- Keyes, C. L., Eisenberg, D., Perry, G. S., Dube, S. R., Kroenke, K., and Dhingra, S. S. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *J. Am. Coll. Heal.* 60, 126–133. doi: 10.1080/07448481.2011.608393
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., and Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *J. Psychosom. Res.* 78, 519–528. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.009
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., and Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: current state of knowledge and future directions. *Behav. Ther.* 48, 778–792. doi: 10.1016/j.beth.2017.06.003
- Ko, C. M., Grace, F., Chavez, G. N., Grimley, S. J., Dalrymple, E. R., and Olson, L. E. (2018). Effect of seminar on compassion on student self-compassion, mindfulness and well-being: A randomized controlled trial. *J. Am. Coll. Heal.* 66, 537–545. doi: 10.1080/07448481.2018.1431913
- Leak, G. K., and Parsons, C. J. (2001). The susceptibility of three attachment style measures to socially desirable responding. *Soc. Behav. Personal. Int. J.* 29, 21–29. doi: 10.2224/sbp.2001.29.1.21
- Lockhart, G., MacKinnon, D. P., and Ohlrich, V. (2011). Mediation analysis in psychosomatic medicine research. *Psychosom. Med.* 73, 29–43. doi: 10.1097/PSY.0b013e318200a54b
- Lopez-del-Hoyo, Y., Collado-Navarro, C., Perez-Aranda, A., Garcia-Campayo, J., Lopez-Montoyo, A., Feliu-Soler, A., et al. (2022). Assessing mindfulness and self-compassion facets as mediators of change in patients with depressive, anxious and adjustment disorders: secondary data analysis of a randomized controlled trial. *J. Contextual Behav. Sci.* 24, 171–178. doi: 10.1016/j.jcbs.2022.05.007
- Lovibond, S. H., and Lovibond, P. F. (1996). *Manual for the depression anxiety stress scales* Psychology Foundation of Australia.
- Ma, S. H., and Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J. Consult. Clin. Psychol.* 72, 31–40. doi: 10.1037/0022-006X.72.1.31
- Macaskill, A. (2013). The mental health of university students in the United Kingdom. *Brit. J. Guid. Counsel.* 41, 426–441. doi: 10.1080/03069885.2012.743110
- Marôco, J., Assunção, H., Harju-Luukkainen, H., Lin, S.-W., and Sit, P.-S., Cheung, K.-c., Maloa, B., Ilic, I. S., Smith, T. J., and Campos, J. A. (2020). Predictors of academic efficacy and dropout intention in university students: can engagement suppress burnout? *PLoS One*, 15, e0239816. doi: 10.1371/journal.pone.0239816
- Martínez-Rubio, D., and Colore-Carbonell, A., Sanabria-Mazo, J. P., Perez-Aranda, A., Navarrete, J., Martínez-Brotons, C., Escamilla, C., Muro, A., and Montero-Marín, J., Luciano, J. V., Feliu Soler, A., (2023). How mindfulness, self-compassion, and experiential avoidance are related to perceived stress in a sample of university students. *PLoS One*, 18, e0280791. doi: 10.1371/journal.pone.0280791
- Martínez-Rubio, D., Navarrete, J., and Montero-Marín, J. (2021). Feasibility, effectiveness, and mechanisms of a brief mindfulness-and compassion-based program to reduce stress in university students: a pilot randomized controlled trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 19:154. doi: 10.3390/ijerph19010154
- Medlicott, E., Phillips, A., Crane, C., Hinze, V., Taylor, L., Tickell, A., et al. (2021). The mental health and wellbeing of university students: acceptability, effectiveness, and mechanisms of a mindfulness-based course. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18:6023. doi: 10.3390/ijerph18116023
- Modrego-Alarcon, M., Lopez-del-Hoyo, Y., Garcia-Campayo, J., Perez-Aranda, A., Navarro-Gil, M., Beltran-Ruiz, M., et al. (2021). Efficacy of a mindfulness-based programme with and without virtual reality support to reduce stress in university students: A randomized controlled trial. *Behav. Res. Ther.* 142:103866. doi: 10.1016/j.brat.2021.103866
- Moher, D., and Chan, A. W. (2014). “SPIRIT (standard protocol items: recommendations for interventional trials)” in *Guidelines for reporting health research: a user’s manual*, eds D. Moher, D. G. Altman, K. F. Schulz, I. Simeria and E. Wager (Guidelines for Reporting Health Research: A User’s Manual), 56–67.
- Moher, D., Schulz, K. F., and Altman, D. G. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *Explore* 1, 40–45. doi: 10.1016/j.explore.2004.11.001
- Montero-Marín, J., Andrés-Rodríguez, L., Tops, M., Luciano, J. V., Navarro-Gil, M., Feliu-Soler, A., et al. (2019). Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on brain-derived neurotrophic factor and low-grade inflammation among fibromyalgia patients: A randomized controlled trial. *Sci. Rep.* 9, 15639–15614. doi: 10.1038/s41598-019-52260-z
- Morris, S. B. (2008). Estimating effect sizes from pretest-posttest-control group designs. *Organ. Res. Methods* 11, 364–386. doi: 10.1177/1094428106291059
- Navarro-Gil, M., Lopez-del-Hoyo, Y., Modrego-Alarcón, M., Montero-Marín, J., Van Gordon, W., Shonin, E., et al. (2020). Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on self-compassion and attachment style in healthy people. *Mindfulness* 11, 51–62. doi: 10.1007/s12671-018-0896-1
- Neff, K. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity* 2, 85–101. doi: 10.1080/15298860309032
- Norman, G. R., Sloan, J. A., and Wyrwich, K. W. (2003). Interpretation of changes in health-related quality of life: the remarkable universality of half a standard deviation. *Med. Care* 41, 582–592. doi: 10.1097/01.MLR.0000062554.74615.4C
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., and Kuyken, W. (2017). Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: a systematic review and meta-analysis of participants’ mindfulness practice and its association with outcomes. *Behav. Res. Ther.* 95, 29–41. doi: 10.1016/j.brat.2017.05.004
- Patel, N. K., Nivethitha, L., and Moiventhan, A. (2018). Effect of a yoga based meditation technique on emotional regulation, self-compassion and mindfulness in college students. *Explore* 14, 443–447. doi: 10.1016/j.explore.2018.06.008
- Pérez Fuentes, M. D. C., Molero Jurado, M. D. M., Simón Márquez, M. D. M., Oropesa Ruiz, N. F., and Gázquez Linares, J. J. (2020). Validation of the maslach burnout inventory-student survey in Spanish adolescents. *Psicothema* 32, 444–451. doi: 10.7334/psicothema2019.373
- Regehr, C., Glancy, D., and Pitts, A. (2013). Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 148, 1–11. doi: 10.1016/j.jad.2012.11.026
- Ruiz, F. J., Herrera, Á. I. L., Luciano, C., Cangas, A. J., and Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish version of the acceptance and action questionnaire-II. *Psicothema* 25, 123–129. doi: 10.7334/psicothema2011.239
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santet, M. A., and Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema* 11, 37–51.
- Santos, A., Crespo, I., Pérez-Aranda, A., Beltrán-Ruiz, M., Puebla-Guedea, M., and García-Campayo, J. (2022). Attachment-based compassion therapy for reducing anxiety and depression in fibromyalgia. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 19:8152. doi: 10.3390/ijerph19138152
- Schaufeli, W. B., Martínez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M., and Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *J. Cross-Cult. Psychol.* 33, 464–481. doi: 10.1177/0022022102033005003
- Sharp, J., and Theiler, S. (2018). A review of psychological distress among university students: pervasiveness, implications and potential points of intervention. *Int. J. Adv. Couns.* 40, 193–212. doi: 10.1007/s10447-018-9321-7
- Sheldon, E., Simmonds-Buckley, M., Bone, C., Mascarenhas, T., Chan, N., Wincott, M., et al. (2021). Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 287, 282–292. doi: 10.1016/j.jad.2021.03.054
- Shonin, E., Van Gordon, W., Garcia-Campayo, J., and Griffiths, M. D. (2017). Can compassion help cure health-related disorders? *Br. J. Gen. Pract.* 67, 177–178. doi: 10.3399/bjgp17X690329
- Spijkerman, M., Pots, W. T. M., and Bohlmeijer, E. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin. Psychol. Rev.* 45, 102–114. doi: 10.1016/j.cpr.2016.03.009
- Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Aust. Psychol.* 45, 249–257. doi: 10.1080/00050067.2010.482109
- Storrie, K., Ahern, K., and Tuckett, A. (2010). A systematic review: students with mental health problems—a growing problem. *Int. J. Nurs. Pract.* 16, 1–6. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01813.x
- Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., et al. (2018). Reiterated concerns and further challenges for mindfulness and meditation research: a reply to Davidson and dahl. *Perspect. Psychol. Sci.* 13, 66–69. doi: 10.1177/1745691617727529
- Watson, D., Clark, L. A., and Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J. Pers. Soc. Psychol.* 54, 1063–1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Williams, M., Coare, P., Marvell, R., Pollard, E., Houghton, A., and Anderson, J. (2015). *Understanding provision for students with mental health problems and intensive support needs*. A report to HEFCE: Institute for Employment Studies and Researching Equity, Access and Partnership.
- Yáñez-Yaben, S., and Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: Análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica* 8, 67–85. doi: 10.5944/ap.8.2.191

11.2. ANEXO II. Hoja de información para las personas participantes y consentimiento informado.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título de la investigación: Eficacia de un programa de compasión para la reducción del estrés y la mejora de variables de bienestar psicológico, en estudiantes universitarios.

Investigador Principal: Javier García Campayo

Tfno: 976506578

Mail: investigauniversidadcompa@gmail.com

Centro: Grupo de investigación en Salud Mental, del Instituto de Investigación Sanitaria Aragón.

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación en un proyecto de investigación que ha sido desarrollado por el grupo de investigación en Salud Mental, del Instituto de Investigación Sanitaria Aragón, dirigido por el Doctor Javier García Campayo. Su participación es voluntaria, pero es importante para obtener el conocimiento que necesitamos. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética, pero antes de tomar una decisión es necesario que:

- lea este documento entero
- entienda la información que contiene el documento
- haga todas las preguntas que considere necesarias
- tome una decisión meditada
- firme el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de esta hoja y del documento de consentimiento firmado. Por favor, consérvelo por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se le solicita su colaboración por ser estudiante de grado o Máster universitario.

En total en el estudio participarán 200 estudiantes.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

El objetivo de esta investigación es estudiar la eficacia de programas de entrenamiento en relajación y compasión en distintas variables como el estrés, la ansiedad, el afecto positivo o negativo, o el burnout.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Después de contactar vía mail, se le informará mediante una llamada o reunión virtual del procedimiento y la finalidad del estudio. En esta reunión se concretará la vía por la que quieren recibir el documento de información del estudio y el enlace a la evaluación, que será realizada de forma online. La encuesta se realizará en SurveyMonkey®. Antes de comenzar el cuestionario los participantes podrán leer la hoja de información y el consentimiento informado, así como las normas de privacidad del sitio web.

Posteriormente se realizará la asignación de los sujetos, que será llevada a cabo por otro miembro diferente del grupo de investigación, también ajeno al estudio, mediante una secuencia aleatoria generada por ordenador.

Los participantes serán asignados a uno de estos dos grupos: 1) Grupo de entrenamiento en compasión; 2) Grupo control con relajación.

Versión 1.0, de fecha 27/09/2021

En ambos grupos se realizará un programa de entrenamiento en técnicas psicológicas, que tiene como objetivo actuar en distintas variables: estrés, ansiedad, afecto positivo o negativo, o burnout. El programa tendrá una duración de seis semanas y se llevará a cabo de forma presencial en el Campus San Francisco de la Universidad de Zaragoza.

Antes de comenzar la intervención se entregará una copia en papel de la hoja de información y el consentimiento informado, y podrán plantear todas las dudas que puedan tener respecto al estudio. Después de que los participantes firmen y entreguen el consentimiento informado comenzará la intervención. Tras la realización de los programas, la misma persona encargada de la primera evaluación se hará cargo de contactar con los participantes para volver a evaluarlos, se hará una evaluación al finalizar la intervención y otra a los seis meses. Todas las evaluaciones se harán online, igual que la primera. Los sujetos no serán ciegos al tratamiento recibido, pero si lo será la persona encargada de contactar con ellos para la evaluación, así como la encargada de realizar el análisis estadístico.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

No se espera que exista ningún riesgo o molestia debido a su participación en el estudio. Los cuestionarios psicológicos son de realización inocua, de las intervenciones aplicadas no se conocen efectos secundarios de las mismas, y serán continuamente monitorizados por los psicólogos participantes en el estudio, quienes, en caso de efectos adversos, se encargarán de tomar las medidas oportunas.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no es probable que obtenga ningún beneficio por su participación si bien usted contribuirá al avance científico y al beneficio social.

Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación.

7. ¿Cómo se van a tratar mis datos personales?

Responsable del tratamiento: Javier García Campayo

Finalidad: Sus datos personales serán tratados exclusivamente para el trabajo de investigación a los que hace referencia este documento.

Legitimación: El tratamiento de los datos de este estudio queda legitimado por su consentimiento a participar.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros salvo obligación legal.

Derechos: Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD 2016/679) ante el investigador principal del proyecto, pudiendo obtener información al respecto dirigiendo un correo electrónico a la dirección dpd@salud.aragon.es.

Así mismo, en cumplimiento de lo dispuesto en el RGPD, se informa que, si así lo desea, podrá acudir a la Agencia de Protección de Datos (<https://www.aepd.es>) para presentar una reclamación cuando considere que no se hayan atendido debidamente sus derechos.

En cuanto a la recopilación de los datos para el estudio, que se realiza a través de la plataforma **SurveyMonkey** que permite realizar encuestas online de forma segura de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) que entró en vigor el 25 de mayo de 2018. Dicha plataforma permite el control de datos a través de la cuenta de cada cliente/usuario, lo que implica el control total para el investigador sobre los tipos de datos específicos que se

conservan y durante cuánto tiempo. Una vez eliminados los datos de la plataforma, éstos se eliminan de la copia de seguridad de SurveyMonkey permanentemente. En el portal web <https://es.surveymonkey.com/mp/legal/security/> se puede encontrar la declaración de seguridad completa. Durante el período de recogida de datos sólo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a los datos a través de un usuario y contraseña que requiere de la identificación personal por medio del envío de un código de seguridad al correo electrónico del investigador; lo que asegura que ninguna otra persona pueda acceder a los datos del estudio. A partir de los resultados del trabajo de investigación, se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas en congresos o revistas científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

9. ¿Quién financia el estudio?

El estudio no tiene financiación propia. Los gastos en material que puedan generarse serán asumidos por el Grupo de Investigación en Salud Mental, del Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

10. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

11. ¿Puedo cambiar de opinión?

Su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

12. ¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En la primera página de este documento está recogido el nombre y el teléfono de contacto del investigador responsable del estudio. Puede dirigirse a él en caso de que le surja cualquier duda sobre su participación.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO: Eficacia de un programa de compasión para la reducción del estrés y la mejora de variables de bienestar psicológico, en estudiantes universitarios

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con:(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado (y para que se realice el análisis genético –si procede-).

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:



Dña. María González Hincos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 06/10/2021, Acta Nº 18/2021 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

Título: Eficacia de un programa de compasión para la reducción del malestar psicológico en estudiantes universitarios

Investigador Principal: José Javier García Campayo

Versión protocolo: V 2.0 de 27/09/2021

Versión documento de información: V 2.0 de 27/09/2021

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuada la utilización de los datos y los documentos elaborados para obtener el consentimiento informado.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del estudio.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA
- DNI
03857456B

Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
MARIA - DNI
03857456B
Fecha: 2021.10.08
10:12:06 +02'00'

María González Hincos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)