



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 19 No. 1

Marzo de 2016

MEJORA DE LA EMPATÍA COGNITIVA Y EL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA TRAS UNA INTERVENCIÓN EN MINDFULNESS

Miguel Bellosta-Batalla¹, Josefa Pérez-Blasco², María José Nácher Pons³ y Luis Moya-Albiol⁴

Facultad de Psicología. Universitat de València
España

RESUMEN

Los psicoterapeutas eficaces se caracterizan por su capacidad para empatizar y no dejarse arrastrar por el sufrimiento ajeno. En los últimos años, el mindfulness se está convirtiendo en una herramienta ampliamente estudiada por sus beneficios en la salud física y psicológica, entre los cuales se encuentra la mejora de las relaciones interpersonales. El objetivo de esta investigación es contribuir a la búsqueda de estrategias que permitan mejorar la formación de los estudiantes de Psicología, mediante el desarrollo de competencias personales que favorezcan su práctica profesional. Para ello, se analiza el efecto de un programa de entrenamiento en mindfulness sobre la empatía y el bienestar psicológico en un grupo de estudiantes de Psicología. Se ha utilizado un diseño longitudinal de tipo cuasi experimental de comparación de grupos, con medidas antes y después de la intervención. Los resultados muestran un incremento en la empatía cognitiva y el bienestar psicológico de los participantes en el entrenamiento. El mindfulness se presenta así como una alternativa viable

¹ Departamento de Psicobiología. Universitat de València.

Bellostabatalla@gmail.com

² Departamento de Psicología evolutiva y de la educación. Universitat de València.

Josefa.Perez@uv.es

³ Departamento de Psicología básica. Universitat de València.

Maria.Jose.Nacher@uv.es

⁴ Departamento de Psicobiología. Universitat de València.

Luis.Moya@uv.es

para la mejora de la formación de los psicólogos durante su etapa universitaria, en concreto para la mejora de una habilidad básica como es la empatía.

Palabras clave: *Mindfulness, Empatía cognitiva, Empatía emocional, Bienestar psicológico, Estudiantes de psicología.*

IMPROVEMENT OF COGNITIVE EMPATHY AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN PSYCHOLOGY STUDENTS AFTER A MINDFULNESS-BASED INTERVENTION

ABSTRACT

Effective psychotherapists characterize themselves for its capacity to empathize and not allowing themselves to be dragged for others' suffering. In recent years, mindfulness is becoming in a widely studied instrument due to its benefits in physical and psychological health, including the improvement of interpersonal relationships. The aim of this study is to contribute to search strategies that allow improving the education of psychology students, through the development of self-competence that benefits their own professional practice. For this purpose, we analyzed the effect of a mindfulness-based intervention on empathy and psychological well-being in psychology students. A cuasi-experimental longitudinal design was used, measuring before and after the intervention. Results show an increasement on cognitive empathy and the psychological well-being of participants in the intervention. Mindfulness seems a viable alternative to improve the psychologists' education during their university period, particularly to the improvement of a basic ability as empathy is.

Keywords: *Mindfulness, Cognitive empathy, Emotional empathy, Psychological well-being, Psychology students.*

INTRODUCCIÓN

La empatía constituye el aspecto esencial en el que se sustenta toda relación de ayuda efectiva. Fue conceptualizada como una de las tres actitudes básicas del terapeuta –empatía, aceptación incondicional y autenticidad- que resultan necesarias, y suficientes, para que se produzca el cambio terapéutico (Rogers, 1957). En este sentido, algunos estudios sugieren que en la efectividad de una psicoterapia influye más la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente que el tipo de intervención utilizada (Lambert y Ogles, 2004), siendo la empatía una de las habilidades facilitadoras de dicha relación. Además, se ha demostrado la existencia de una asociación positiva entre las actitudes básicas del terapeuta y el éxito del tratamiento (Keijsers, Schaap y Hoodguin, 2000), de forma que los pacientes cuyos terapeutas muestran estas habilidades obtienen mejores resultados. Así pues, la empatía constituye uno de los elementos fundamentales del éxito de la terapia. Gracias a ella, y a través de su vertiente cognitiva y emocional (Davis, 1996), es posible que se produzca un acercamiento integral del terapeuta al estado interno del paciente, lo cual posibilita el establecimiento de una adecuada relación terapéutica que facilite el cambio. En este sentido, Kohut (1959), sostiene que una actitud distante no resulta de utilidad con los pacientes, y que en su lugar es necesaria una experiencia cercana. El mismo autor considera que es la empatía la habilidad que la posibilita, y que ésta consiste en pensar y sentir la vida interior de otra persona como si fuese la propia, mediante lo que él denomina una “introspección vicaria”. Según Rogers (1959), principal promotor de la incorporación de la empatía en el ámbito de la psicoterapia, ésta es la habilidad para percibir el estado interno de otra persona, su marco de referencia y los aspectos emocionales asociados; lo que implica situarse en su lugar como si se fuese esa misma persona, pero sin perder nunca el propio marco de referencia. Esto último adquiere una especial relevancia, ya que una fusión emocional con el estado afectivo de la persona que sufre puede ser perjudicial para el profesional de la salud y para el propio proceso terapéutico. En este sentido, el *contagio emocional* se ha definido como la antecámara de la empatía (Moya-Albiol, 2014), ya que constituye un acercamiento a la emoción ajena que resulta necesario para

que se produzca la respuesta empática. Sin embargo, si en este acercamiento el observador se deja arrastrar por el estado afectivo del otro, en lugar de establecer una distancia que le permita actuar desde su comprensión, se estará produciendo una respuesta de simpatía, y no de empatía; la cual puede derivar en un sentimiento de angustia o de malestar emocional (Davis, 1980). En ese caso, la atención del observador no se encuentra centrada en la otra persona, sino en el propio observador, en cómo le afecta el sufrimiento del otro (Batson, Fultz y Schoenrade, 1992), impidiendo por tanto el establecimiento de una adecuada relación terapéutica. Así, algunos estudios han relacionado el contagio emocional con sintomatología ansiosa y depresiva (O'Connor, Berry, Weiss y Gilbert, 2002; Schreiter, Pijnenborg y Aan Het Rot, 2013; Zahn-Waxler y Van Hulle, 2012), y se han descrito niveles elevados de sintomatología asociada al estrés y una mayor prevalencia de *burnout* en profesionales de la salud que tratan con el sufrimiento ajeno (McCray, Cronholm, Bogner, Gallo y Neill, 2008; Nelson-Gardell y Harris, 2003; Schauben y Frazier, 1995), proceso en el que el contagio emocional puede tener una influencia determinante.

En definitiva, nos encontramos con que el acercamiento al estado interno de la persona que sufre, siendo la vía fundamental a través de la cual se facilita el proceso terapéutico, puede ser a su vez una fuente de estrés y malestar para el profesional que presta su ayuda, en virtud de lo que se conoce como *victimización secundaria* o *fatiga por compasión* (Figley, 1983, 1995, 2002); un fenómeno que deriva de la fusión o el contagio emocional con el estado de sufrimiento del otro, y que puede afectar de forma negativa a la competencia del profesional. En este sentido, el estudio acerca de las diferentes formas de desarrollar la empatía y evitar el contagio emocional y las consecuencias negativas derivadas de la victimización secundaria en los profesionales de la salud –y especialmente en los psicólogos- adquiere una gran importancia, debido a la enorme influencia de estas variables en su bienestar y en su desempeño profesional.

En los últimos años, se ha producido un notable aumento en la investigación acerca de los beneficios del *mindfulness* o atención plena. Así, son muchos los estudios que han demostrado su influencia en el bienestar físico y psicológico y en

las relaciones interpersonales (Khoury, Sharma, Rush y Fournier, 2015; Ngô, 2013). Las actitudes que se desarrollan a través del mindfulness –curiosidad, apertura, aceptación, mente de principiante, ausencia de juicios, amor incondicional, compasión y soltar (Kabat-Zinn, 2003; Siegel, 2010)- se encuentran en íntima relación con las que favorecen el desarrollo de la empatía. A nivel cognitivo, la curiosidad, la apertura a la experiencia y la aceptación facilitan el acercamiento a la forma de ver y sentir el mundo de los demás, independientemente de que sea diferente a la nuestra. La mente de principiante y la inhibición de juicios disminuyen los sesgos asociados al aprendizaje previo y permiten un acercamiento sincero a la experiencia del otro. A nivel emocional, el amor incondicional y la compasión sientan las bases de una disposición afectiva de ayuda, por la que se reconoce el sufrimiento ajeno como un vehículo de conexión y no de aislamiento (Salzberg, 2011). Finalmente, la capacidad de soltar permite tomar la suficiente distancia de la emoción observada para evitar el contagio y la fusión con ella, lo que facilita un manejo eficaz de la misma. En definitiva, el mindfulness parece favorecer el desarrollo de una actitud empática adecuada, en lugar de una respuesta de simpatía.

En general, la literatura científica que se ha centrado en el estudio de las relaciones entre el mindfulness y la empatía señala un incremento de esta última – y no así del contagio emocional- tras la aplicación de diferentes intervenciones basadas en mindfulness (Bazarko, Cate, Azocar y Kreitzer, 2013; Birnie, Speca y Carlson, 2010; Rimes y Wingrove, 2011; Shapiro, Brown, Thoresen y Plante, 2011). Estas investigaciones se han centrado en estudiantes universitarios y en profesionales de la salud. Así mismo, diversos estudios señalan que la práctica del mindfulness se encuentra asociada a una mejora del bienestar psicológico (Brown y Ryan, 2003; Eberth y Sedlmeier, 2012), algo muy beneficioso para contrarrestar los efectos negativos que el contacto con el sufrimiento ajeno tiene en los profesionales de la salud.

El objetivo de esta investigación consiste en comprobar si el entrenamiento en mindfulness es útil en la formación de futuros psicólogos y psicoterapeutas, contribuyendo a la mejora de la empatía y a la disminución del contagio emocional

o simpatía, dado que el desarrollo de estas habilidades durante la etapa universitaria resulta relevante para garantizar un buen desempeño futuro de la profesión. Así mismo, se pretende comprobar si el entrenamiento en mindfulness mejora el bienestar psicológico en esta población, ya que este efecto contribuiría a disminuir la influencia negativa de la fatiga por compasión. Para ello, se realizó un estudio longitudinal de tipo cuasiexperimental de comparación de grupos en estudiantes del Grado de Psicología de la Universitat de València, evaluando los niveles de empatía cognitiva y emocional y de bienestar psicológico antes y después de la intervención. En el grupo experimental ($n=16$), se aplicó un programa de entrenamiento en mindfulness de ocho semanas de duración, y en el grupo control ($n=16$) no se llevó a cabo ninguna intervención. Hipotetizamos que la participación activa en el programa de entrenamiento en mindfulness estaría directamente asociada a un incremento en la empatía tanto cognitiva como emocional (Birnie, Speca y Carlson 2010; Rimes y Wingrove, 2011), así como del bienestar psicológico (Brown y Ryan, 2003; Eberth y Sedlmeier, 2012), y a una disminución en el contagio emocional (Beitel, Ferrer y Cecero, 2005; Dekeyser, Raes, Leijssen, Leysen y Dewulf, 2008).

MÉTODO

MUESTRA

Este estudio fue llevado a cabo en una muestra 32 estudiantes del Grado de Psicología de la Universitat de València, cuyas edades oscilaban entre los 19 y los 33 años ($M=21.03$; $DT=3.35$). Los participantes fueron asignados de forma aleatoria al grupo experimental y control, formados ambos por 16 alumnos (13 mujeres y 3 hombres, respectivamente). Si bien los grupos fueron homogéneos en cuanto a género y edad, las características generales de la población de referencia quedan reflejadas en la distribución por géneros.

INSTRUMENTOS

-*Interpersonal Reactivity Index, IRI* (Davis, 1980; Mestre, Frías y Samper, 2004).

Se trata de un cuestionario de 28 ítems valorados en una escala tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 “No me describe bien” y 5 “Me describe muy bien”. Se evalúan los niveles de empatía del sujeto mediante cuatro subescalas, agrupadas en empatía cognitiva y empatía emocional. La empatía cognitiva se evalúa a través de las subescalas de *toma de perspectiva* (intentos espontáneos de adoptar la perspectiva de otros en situaciones de la vida cotidiana, y comprender así su punto de vista) y *fantasía* (tendencia a identificarse con personajes del cine y de la literatura en situaciones ficticias). La empatía emocional se evalúa a través de las subescalas de *preocupación empática* (sentimientos de compasión y preocupación orientados hacia el malestar de los demás) y *malestar personal* (sentimientos de angustia derivados de la observación del sufrimiento ajeno). El malestar personal se corresponde con el contagio emocional o simpatía, anteriormente descritos.

-*Scales of Psychological Well-Being, SPWB* (Ryff, 1989; Díaz *et al.*, 2006).

Consiste en un cuestionario de 39 ítems valorados en una escala tipo Likert de 6 puntos, siendo 1 “Totalmente en desacuerdo” y 6 “Totalmente de acuerdo”. Se evalúa el bienestar psicológico a través de las subescalas de *autoaceptación* (actitudes positivas hacia uno mismo y los aspectos que integran la propia vida), *relaciones positivas* (establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias), *autonomía* (capacidad de autodeterminación e independencia), *dominio del entorno* (sensación de control sobre el mundo externo), *crecimiento personal* (sentimiento de continuo desarrollo y expansión de las potencialidades) y *propósito en la vida* (orientación del comportamiento hacia la consecución de objetivos que dan sentido a la propia vida).

PROCEDIMIENTO

Para la obtención de la muestra se informó sobre la realización de la investigación y se ofertó el programa de entrenamiento en mindfulness a diferentes grupos del segundo curso del Grado de Psicología de la Universitat de València. Los/las alumnos/as interesados/as en participar fueron asignados al grupo experimental y

al grupo control de forma aleatoria. Los participantes de ambos grupos fueron informados del objetivo del estudio y firmaron el consentimiento informado en el que declaraban ser conocedores de que su participación era voluntaria y anónima. Así mismo, se recogió su consentimiento explícito para la utilización de los datos obtenidos a lo largo de la investigación. Se administraron los cuestionarios en el grupo experimental y en el grupo control para obtener las medidas pretest de las variables evaluadas, y una semana después dio comienzo el entrenamiento en mindfulness en el grupo experimental. En el grupo control no se realizó ningún tipo de intervención.

El programa de entrenamiento en mindfulness estuvo estructurado en ocho sesiones de dos horas cada una, realizándose una sesión a la semana. La estructura y los contenidos del entrenamiento estuvieron basados en las guías validadas y ampliamente utilizadas de Kabat-Zinn (2003), Siegel (2010) y Salzberg (2011). El contenido del programa fue mayoritariamente práctico, incluyendo dos ejercicios de meditación de veinte minutos de duración en cada sesión (al principio y final de la misma). Además, se explicaron los aspectos teóricos más relevantes relacionados con el mindfulness. Sin embargo, el objetivo fundamental de las sesiones fue ayudar a superar las dificultades asociadas a la práctica y resolver todas aquellas dudas que iban surgiendo a medida que los alumnos se iniciaban en la misma, lo cual fue posible gracias a la puesta en común y el trabajo realizado sobre todos aquellos aspectos relacionados con la meditación que los estudiantes iban experimentando conforme avanzaba el entrenamiento.

Además de los ejercicios de meditación formal puestos a disposición del alumnado para realizar a lo largo de la semana, en cada sesión se les propuso una serie de ejercicios de meditación informal (aplicación de las actitudes que se trabajan en el mindfulness a diferentes actividades de la vida diaria). Los principales contenidos tratados en las sesiones del programa, así como las meditaciones realizadas y los ejercicios propuestos durante la semana se exponen de forma resumida en la tabla 1.

El porcentaje medio de asistencia a las sesiones fue del 61%. Se estableció el criterio de no incluir en los análisis estadísticos a aquellos alumnos que habían

asistido a menos del 50%, de manera que se eliminaron a 5 sujetos del grupo experimental. En el grupo control, se prescindió de 5 sujetos con el fin de igualar al máximo su composición con respecto al grupo experimental. Así, la muestra final para los análisis estadísticos estuvo formada por 32 alumnos, 16 del grupo experimental y 16 del grupo control.

Al finalizar el programa de entrenamiento en mindfulness, se administró de nuevo los cuestionarios correspondientes en el grupo experimental y el grupo control, obteniendo así las medidas posttest de las variables evaluadas.

	<i>Contenidos</i>	<i>Meditaciones</i>	<i>Ejercicios durante la semana</i>
<i>Sesión 1</i>	Concepto de mindfulness	Meditación de la Respiración (x2)	Atención plena al cepillado de dientes
<i>Sesión 2</i>	Beneficios y actitudes	Meditación de la Respiración y Meditación del Cuerpo	Atención plena en la alimentación
<i>Sesión 3</i>	Pensamientos	Meditación del Cuerpo y Meditación del Paisaje mental	Atención plena al vestirse
<i>Sesión 4</i>	Pensamientos	Meditación del Paisaje mental (x2)	Atención plena al andar
<i>Sesión 5</i>	Emociones	Meditación del Paisaje mental y Meditación de las Emociones	Seis respiraciones conscientes en tres momentos del día
<i>Sesión 6</i>	Emociones	Meditación de las Emociones (x2)	Atención a las emociones y su variabilidad a lo largo del día
<i>Sesión 7</i>	Amor incondicional	Meditación de las Emociones y Meditación del Amor incondicional	Amor incondicional hacia uno mismo al levantarse por las mañanas
<i>Sesión 8</i>	Autocompasión	Meditación del Amor incondicional y Meditación de Amor y relación	Seguir con la práctica de meditación formal e informal

Tabla 1. *Contenidos del Programa de entrenamiento en mindfulness aplicado*

ANÁLISIS

En primer lugar, se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes, con el objetivo de comprobar la no existencia de diferencias en ambos grupos

antes de la intervención, y ver si una vez finalizada ésta existían diferencias significativas entre ellos. A continuación, se utilizó la prueba *t* de Student para muestras relacionadas, comparando así las medidas posttest con las pretest en cada grupo, con el objetivo de comprobar si se produjeron cambios significativos en las variables evaluadas después de la intervención. Finalmente, se calculó la *d* de Cohen (1988) para valorar la magnitud del cambio producida por el entrenamiento. El análisis de los datos obtenidos a lo largo de la investigación fue llevado a cabo con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics, versión 21.0.

RESULTADOS

Las medias y desviaciones típicas de las subescalas de las variables evaluadas en ambos grupos antes y después de la intervención se incluyen en la tabla 2.

	Pretest				Posttest			
	Control		Experimental		Control		Experimental	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
EMPATÍA								
<i>Toma de perspectiva</i>	29.31	3.26	27.81	3.35	29.88	3.61	29.56	3.88
<i>Fantasía</i>	25.06	6.89	28.06	5.07	27.13	5.98	27.19	6.71
<i>Preocupación empática</i>	28.19	3.67	30.00	3.16	27.63	4.50	30.38	2.94
<i>Malestar personal</i>	16.88	5.15	18.31	3.77	17.88	5.24	17.19	4.51
BIENESTAR PSICOLÓGICO								
<i>Autoaceptación</i>	27.44	4.46	25.63	5.64	27.06	5.30	28.06	5.43
<i>Relaciones positivas</i>	27.56	6.54	30.63	4.08	29.00	7.32	31.63	5.07
<i>Autonomía</i>	35.19	7.62	32.25	5.52	36.69	6.79	36.69	5.38
<i>Dominio del entorno</i>	26.50	2.58	27.06	3.30	26.69	5.28	29.13	3.63
<i>Crecimiento personal</i>	37.06	3.07	36.25	3.02	36.13	3.65	36.88	2.50
<i>Propósito en la vida</i>	25.19	4.71	28.31	3.96	26.00	6.63	30.31	4.35

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de las variables evaluadas en el grupo control y experimental, antes y después de la intervención.

El análisis estadístico de las diferencias entre el grupo control y el experimental en las variables evaluadas antes y después de la intervención se presenta en la tabla 3.

	Pretest		Posttest	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
EMPATÍA				
<i>Toma de perspectiva</i>	-1.283	.209	-.236	.815
<i>Fantasía</i>	1.403	.171	.028	.978
<i>Preocupación empática</i>	1.496	.145	2.046	.050*
<i>Malestar personal</i>	.901	.375	-.398	.693
BIENESTAR PSICOLÓGICO				
<i>Autoaceptación</i>	-1.008	.321	.527	.602
<i>Relaciones positivas</i>	1.589	.123	1.179	.248
<i>Autonomía</i>	-1.249	.221	.000	1.000
<i>Dominio del entorno</i>	.537	.595	1.522	.138
<i>Crecimiento personal</i>	-.755	.456	.678	.503
<i>Propósito en la vida</i>	2.032	.051	2.175	.038*

Nota: * $p \leq .05$; ** $p < .01$

Tabla 3. Prueba *t* de Student para muestras independientes de las diferencias entre el grupo control y experimental antes y después de la intervención.

No se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el experimental antes de la intervención, si bien el grupo experimental obtiene una puntuación mayor en la subescala de propósito en la vida, la cual presenta una tendencia a la significación ($t=2.032$; $p=.051$).

Una vez realizada la intervención, se observan diferencias significativas entre el grupo control y el experimental en algunas subescalas, de forma que el grupo experimental obtiene unas puntuaciones más elevadas en preocupación empática ($t=2.046$; $p=.050$) y propósito en la vida ($t=2.175$; $p<.05$).

El análisis estadístico de las diferencias pretest-postest en las variables evaluadas en el grupo control y en el grupo experimental se expone en la tabla 4.

	Control		Experimental	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
EMPATÍA				
<i>Toma de perspectiva</i>	1.145	.270	2.976	.009**
<i>Fantasía</i>	1.736	.103	-.879	.393
<i>Preocupación empática</i>	-.661	.519	-.792	.440
<i>Malestar personal</i>	1.403	.181	-1.192	.252
BIENESTAR PSICOLÓGICO				
<i>Autoaceptación</i>	-.312	.759	2.535	.023*
<i>Relaciones positivas</i>	1.245	.232	.907	.379
<i>Autonomía</i>	1.260	.227	2.895	.011*
<i>Dominio del entorno</i>	.206	.839	2.636	.019*
<i>Crecimiento personal</i>	-1.152	.267	.605	.554
<i>Propósito en la vida</i>	1.019	.324	2.828	.013*

Nota: * $p \leq .05$; ** $p < .01$

Tabla 4. Prueba *t* de Student para muestras relacionadas de las diferencias pretest-postest en el grupo control y en el grupo experimental.

En el grupo control no se observan diferencias significativas en ninguna de las variables evaluadas. Sin embargo, en el grupo experimental se aprecia un incremento estadísticamente significativo en las subescalas: toma de perspectiva ($t=2.976$; $p<.01$), autoaceptación ($t=2.535$; $p<.05$), autonomía ($t=2.895$; $p<.05$), dominio del entorno ($t=2.636$; $p<.05$) y propósito en la vida ($t=2.828$; $p<.05$).

Las puntuaciones obtenidas en el grupo control y en el grupo experimental al calcular la *d* de Cohen (1988) se exponen en la tabla 5. En el grupo experimental, se observa una magnitud del efecto grande en la subescala de autonomía, y un

efecto moderado en las subescalas de toma de perspectiva, autoaceptación, dominio del entorno y propósito en la vida.

	<i>d</i> de Cohen	
	<i>Control</i>	<i>Experimental</i>
EMPATÍA		
<i>Toma de perspectiva</i>	.17	.48
<i>Fantasía</i>	.32	-.15
<i>Preocupación empática</i>	-.14	.12
<i>Malestar personal</i>	.19	-.27
BIENESTAR PSICOLÓGICO		
<i>Autoaceptación</i>	-.08	.44
<i>Relaciones positivas</i>	.21	.22
<i>Autonomía</i>	.21	.81
<i>Dominio del entorno</i>	.05	.60
<i>Crecimiento personal</i>	-.28	.23
<i>Propósito en la vida</i>	.14	.44

Tabla 5. Magnitud del efecto (*d* de Cohen) en las variables evaluadas en el grupo control y en el grupo experimental.

DISCUSIÓN

Este estudio pone de manifiesto que el entrenamiento en mindfulness produce una mejora de la empatía y el bienestar psicológico en estudiantes de Psicología. Una vez finalizada la intervención, el grupo experimental presenta unos niveles más elevados de preocupación empática que el grupo control, diferencia que no existía antes de la misma. Al evaluar la evolución producida tras la intervención en los diferentes grupos, observamos que en el grupo control no se producen diferencias significativas en ninguna de las variables. Sin embargo, el grupo experimental presenta un incremento significativo en la empatía cognitiva (toma de perspectiva)

y en el bienestar psicológico (autoaceptación, autonomía, dominio del entorno y propósito en la vida). En definitiva, el programa de entrenamiento en mindfulness ha producido un incremento significativo en la empatía cognitiva de los participantes. Una vez finalizada la intervención, se produjo un aumento en la habilidad de los estudiantes para ponerse en el lugar de los demás a un nivel cognitivo, y sin embargo, esto no ha ido asociado a un incremento en su malestar personal o contagio emocional. Estos resultados coinciden con los hallazgos obtenidos en anteriores investigaciones (Birnie, Speca y Carlson, 2010). Así mismo, no se observan diferencias en la subescala de fantasía. En este sentido, se ha sugerido que la fantasía puede derivar en una fusión emocional con el sufrimiento de los demás, siendo así un precursor del contagio emocional (Lee, 2009); por lo que la tendencia a identificarse con personajes ficticios podría ser negativa para el establecimiento de una respuesta empática efectiva.

En cuanto a la empatía emocional, no se observa el incremento esperado en la preocupación empática, aunque el grupo experimental muestra mayor preocupación empática que el grupo control al finalizar la intervención, diferencia que no existía antes de la misma, y que va en la línea de los resultados obtenidos en anteriores investigaciones (Rimes y Wingrove, 2011). Aunque no se constatan diferencias entre grupos en el malestar personal o contagio emocional, tampoco se produce un incremento del mismo. En este sentido, es plausible argumentar que el acercamiento cognitivo al estado del otro y los indicios observados de la existencia de una reacción emocional asociada (aumento relativo de la preocupación empática al comparar el grupo control con el experimental), tienen lugar sin que se produzca un contagio emocional que derive en una sensación de angustia o de malestar personal (Davis, 1980). Por último se ha verificado el incremento del bienestar psicológico tras la aplicación del programa, tal y como se ha descrito en investigaciones previas (Eberth y Sedlmeier, 2012).

Una de las limitaciones de este estudio es que no ha sido posible incluir medidas de seguimiento, las cuales habrían aportado más información sobre la evolución de las diferentes variables estudiadas una vez se consolidasen las actitudes entrenadas en relación al mindfulness y se generalizasen a las diferentes áreas de

la vida del sujeto, especialmente al área interpersonal. Así pues, en futuras investigaciones dirigidas a verificar la influencia del entrenamiento en mindfulness sobre la empatía y el bienestar psicológico sería conveniente incluir medidas de seguimiento que nos informasen sobre esto último, así como utilizar una muestra más amplia que permitiese la generalización de los resultados.

En síntesis, el programa de entrenamiento en mindfulness ha influido positivamente en la empatía cognitiva de los participantes, sin que haya modificado significativamente la empatía emocional, si bien las diferencias observadas en esta última van en la línea de lo esperable. Se produce un aumento en la habilidad de los alumnos de acercarse al estado mental del otro, que sin embargo no está asociado a un incremento en el contagio emocional, por lo que el mindfulness parece haber ayudado a promover una actitud empática efectiva, y no de simpatía. Así mismo, el entrenamiento en mindfulness ha influido positivamente en el bienestar psicológico de los alumnos, ya que han aumentado sus niveles de autoaceptación, autonomía, dominio del entorno y propósito en la vida.

La empatía constituye la base sobre la que es posible construir una relación terapéutica efectiva que facilite el progreso y la mejoría del paciente, siendo una capacidad fundamental que debe fomentarse en el terapeuta (Rogers, 1957), ya que se encuentra directamente asociada al éxito del tratamiento o de la intervención psicológica (Keijsers, Schaap y Hoodguin, 2000). Actualmente, en los planes de estudios del Grado de Psicología y de otras Ciencias de la Salud de la mayoría de universidades españolas no se incluye ningún programa ni estrategia específicos dirigidos a fomentar el desarrollo de la empatía. Su relevancia en el contexto de la relación de ayuda nos lleva a abogar por la necesidad de una educación en empatía integrada en la formación de los profesionales de la salud, y especialmente en los psicólogos, que encuentran en esta habilidad el elemento esencial en el que se sostiene su actividad profesional. La investigación sobre las diferentes formas de educar en empatía se convierte así en un objetivo de especial relevancia por sus implicaciones en este ámbito.

La similitud existente entre las diferentes actitudes que se desarrollan a través de la práctica del mindfulness y aquellas en las que se sostiene la empatía sugiere

que la atención plena puede ser una herramienta eficaz para fomentarla. En este sentido, diferentes investigaciones –entre las cuales se incluye la nuestra- han demostrado que el entrenamiento en mindfulness produce un incremento en la empatía (Birnie, Speca y Carlson, 2010; Rimes y Wingrove, 2011; Shapiro, Brown, Thoresen y Plante, 2011), si bien son necesarios más estudios con el fin de determinar qué aspectos en concreto son los que tienen mayor influencia sobre ésta y diseñar futuras intervenciones en función de estos resultados.

Uno de los objetivos fundamentales que, desde nuestro punto de vista, debe guiar las investigaciones sobre el mindfulness y su influencia en la empatía y en otras habilidades relevantes en la relación terapéutica es mejorar la formación de los psicólogos y psicoterapeutas durante la etapa universitaria, promoviendo la adquisición de competencias que resultan necesarias –ya no sólo a nivel teórico, sino también en lo personal- para garantizar un buen desempeño profesional.

La irrupción del mindfulness en las Ciencias de la Salud y sus posibilidades de aplicación en la formación de los profesionales sanitarios –ya sea como una herramienta para mejorar su empatía o para disminuir la influencia negativa de la victimización secundaria- lo sitúan como una alternativa eficaz para la mejora de la competencia de los psicólogos en el ámbito de la relación de ayuda. Sin embargo, son necesarias más investigaciones con el objetivo de confirmar estas posibilidades y explorar nuevas formas de conseguir esto último.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batson, C., Fultz, J. y Schoenrade, P. (1992). Las reacciones emocionales de los adultos al malestar de otros. En N. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), **La empatía y su desarrollo** (pp. 181-203). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bazarko, D., Cate, R., Azocar, F. y Kreitzer, M. (2013). The impact of an innovative mindfulnessbased stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. **Journal of Workplace Behavioral Health, 28** (2), 107-33.
- Beitel, M., Ferrer, E. y Cecero, J. (2005). Psychological mindedness and awareness of self and others. **Journal of Clinical Psychology, 61** (6), 739-750.
- Birnie, K., Speca, M. y Carlson, L. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). **Stress and Health, 26** (5), 359-371.
- Brown, K. y Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology, 84** (4), 822-848.
- Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences** (2^a ed.). Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. **JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 10**, 85.
- Davis, M. (1996). **Empathy: A social psychological approach**. Boulder, CO: Westview Press.
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S. y Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. **Personality and Individual Differences, 44** (5), 1235-1245.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. **Psicothema, 18** (3), 572-577.
- Eberth, J. y Sedlmeier, P. (2012). The effects of mindfulness meditation: a meta-analysis. **Mindfulness, 3**, 174-189.
- Figley, C. (1983). The family as victim: Mental health implications. En P. Berner (Ed.), **Proceedings of the VII World Congress of Psychiatry** (pp. 377-383). Londres: Plenum.

- Figley, C. (1995). **Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized**. New York: Brunner-Routledge.
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. **Journal of Clinical Psychology, 58** (11), 1433-1441.
- Kabat-Zinn, J. (2003). **Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad**. Barcelona: Kairós.
- Keijsers, G., Schaap, C. y Hoogduin, C. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. **Behavior Modification, 24**, 264-297.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. y Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. **Journal of Psychosomatic Research, 78** (6), 519-528.
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis; an examination of the relationship between mode of observation and theory association. **Journal of American Psychoanalytic Association, 7** (3), 459-483.
- Lambert, M. y Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. Lambert (Ed.), **Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change**. New York: Wiley.
- Lee, S. (2009). Does empathy mediate the relationship between neuroticism and depressive symptomatology among college students? **Personality and Individual Differences, 47** (5), 429-433.
- McCray, L., Cronholm, P., Bogner, H., Gallo, J. y Neill, R. (2008). Resident physician burnout: is there hope? **Family Medicine, 40** (9), 626-632.
- Mestre, V., Frias, M. y Samper, P. (2004). La medida de la empatía: Análisis del interpersonal reactivity index. **Psicothema, 16** (2), 255-260.
- Moya-Albiol, L. (2014). **La empatía. Entenderla para entender a los demás**. Barcelona: Plataforma Actual.
- Nelson-Gardell, D. y Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. **Child Welfare 82** (1), 5-26.
- Ngô, T. (2013). Review of the effects of mindfulness meditation on mental and physical health and its mechanisms of action. **Santé mentale au Québec, 38** (2), 19-34.

- O'Connor, L., Berry, J., Weiss, J. y Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of affective disorders*, **71** (1), 19-27.
- Rimes, K. y Wingrove, J. (2011). Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Trainee Clinical Psychologists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **39** (2), 235-241.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counselling Psychology*, **21**, 95-103.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, **12**, 35-55.
- Salzberg, S. (2011). *El secreto de la felicidad auténtica*. Barcelona: Oniro.
- Schauben, L. y Frazier, P. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, **19** (1), 49-64.
- Schreiter, S., Pijnenborg, G. y Aan Het Rot, M. (2013). Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, **150** (1), 1-16.
- Shapiro, S., Brown, K., Thoresen, C. y Plante, T. (2011). The moderation of Mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, **67** (3), 267-277.
- Siegel, D. (2010). *Cerebro y mindfulness*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Zahn-Waxler, C. y Van Hulle, C. (2012). Empathy, guilt, and depression: When caring for others becomes costly to children. En B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan y D. Wilson (Eds.), *Pathological altruism* (pp. 321-344). New York: Oxford University Press.