



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

**Impacto de un ejercicio corto de mindfulness pre-sesión,  
realizado por terapeutas en entrenamiento en la ciudad de  
Bogotá, sobre la empatía terapéutica, la ansiedad, la  
atención y la presencia del terapeuta**

**Laura Juliana Lozano González**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología  
Bogotá, Colombia  
2021

**Impacto de un ejercicio corto de mindfulness pre-sesión,  
realizado por terapeutas en entrenamiento en la ciudad de  
Bogotá, sobre la empatía, la ansiedad, la atención y la  
presencia del terapeuta**

**Laura Juliana Lozano González**

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

**Magíster en Psicología**

Director (a):

Ps., MA., Carmen Elvira Navia Arroyo

Línea de Investigación:

Psicología Clínica y Bienestar Psicológico

Grupo de Investigación:

Estilo de vida y Desarrollo Humano

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología

Bogotá, Colombia

2021

## Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.

Laura Juliana Lozano González

Nombre

Fecha 15/03/2022

## **Agradecimientos**

La realización de este trabajo investigativo me permitió integrar los aprendizajes adquiridos en mi paso por la maestría, no sólo a nivel académico y profesional, sino también a nivel personal. Termino esta etapa siendo más paciente, auto-compasiva, dedicada y constante en lo que hago.

Por ello, quiero primero agradecer a mi directora de tesis, supervisora y profesora Carmen Elvira Navia, por el acompañamiento constante y la confianza depositada para la realización de este trabajo. A los integrantes del grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano, por sus aportes durante el proceso y, a Vanessa y Angélica, por su tiempo y gran apoyo en el análisis de los resultados.

Agradezco también a los terapeutas y consultantes que aceptaron participar en la investigación, por su dedicación y compromiso durante la recopilación de los datos.

Finalmente, pero no menos importante, a mi familia y mis amigas por el apoyo incondicional, por su motivación constante y por creer en mí.

## Resumen

### **Impacto de un ejercicio corto de mindfulness pre-sesión, realizado por terapeutas en entrenamiento en la ciudad de Bogotá, sobre la empatía, la ansiedad, la atención y la presencia del terapeuta**

Los terapeutas novatos enfrentan una serie de dificultades al iniciar su práctica clínica que interfieren en su capacidad empática. Esto resulta problemático pues la empatía es el factor común que ha sido señalado como el predictor más potente del progreso de los consultantes en terapia y como condición necesaria para el cambio. A pesar de esto, la empatía tiene la capacidad de ser desarrollada, aprendida y potenciada, y el mindfulness ha demostrado ser una herramienta útil para este propósito. El presente estudio tuvo como objetivo conocer el impacto de un ejercicio corto de mindfulness pre-sesión sobre la empatía terapéutica de los clínicos practicantes, sobre tres variables que pueden influir en esta habilidad empática: la ansiedad, la presencia y la atención durante la sesión y, sobre la utilidad de la sesión percibida por el consultante. Para esto se empleó un diseño mixto explicativo secuencial en el que participaron 5 díadas formadas por terapeutas con menos de 2 años de experiencia clínica y consultantes entre 21 y 27 años (3 mujeres y 2 hombres). La fase cuantitativa consistió en un diseño intrasujeto de medidas repetidas, los datos fueron analizados usando estadística no paramétrica, estadística descriptiva, índices de cambio individual y la observación de tendencias. La fase cualitativa consistió en entrevistas semiestructuradas a los terapeutas, en las cuales se usó el análisis de contenido. Los resultados cuantitativos indican que el ejercicio pre-sesión tuvo un impacto que varió para cada terapeuta en las variables estudiadas, excepto en la atención, la cual mostró una tendencia a incrementar con la aplicación del ejercicio. Los resultados cualitativos destacan que los terapeutas percibieron esta práctica corta como una actividad que promueve una mejor disposición para entrar a consulta y que favorece su autocuidado.

**Palabras clave:** Mindfulness, terapeutas novatos, empatía, ansiedad, presencia, atención.

## Abstract

### **Impact of a short pre-session mindfulness exercise, performed by therapists in training in Bogotá city, on therapist's empathy, anxiety, attention and presence**

Novice therapists face a number of difficulties at the beginning of their clinical practice that interfere with their empathic capacity. This is problematic as empathy is the common factor that has been identified as the strongest predictor of clients' progress in therapy and as a necessary condition for change. Despite this, empathy has the capacity to not only be developed but also learned and empowered, and mindfulness, has proven to be a useful tool for this purpose. The present study is aimed to know the impact of a short pre-session mindfulness exercise on the therapeutic empathy of practicing clinicians, also on three variables that can influence this empathic ability: anxiety, presence and attention during the session and on the usefulness of the session perceived by the consultant. For this, a mixed sequential explanatory design was used in which 5 dyads formed by novice therapist with less than 2 years of clinical experience and consultants between 21 and 27 years old (3 women and 2 men) participated. The quantitative phase consisted of an intrasubject design of repeated measures, data was analyzed using nonparametric statistics, descriptive statistics, individual index of change and trend observation. The qualitative phase consisted of semi-structured interviews with the therapists, in which content analysis was used. The quantitative results indicate that the pre-session exercise had a varying impact for each therapist in the variables studied, except in attention, which showed a tendency to increase with the application of the exercise. The qualitative results highlight that the therapists perceived this short practice as an activity that promotes a better disposition to enter a therapeutic session and that favors their self-care.

**Key words:** Mindfulness, novice therapists, empathy, anxiety, presence, attention.

## Contenido

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Resumen</b> .....   | <b>5</b>  |
| <b>Abstract</b> .....  | <b>6</b>  |
| <b>Lista de tablas</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>Lista de figuras</b> .....  | <b>9</b>  |
| <b>Introducción</b> .....  | <b>10</b> |
| Aspectos relacionales y variables del terapeuta en el cambio terapéutico ..... | 11        |
| Empatía .....  | 13        |
| Dificultades para los terapeutas novatos o poco experimentados .....           | 17        |
| Mindfulness y psicoterapia.....  | 20        |
| Beneficios del Mindfulness para la práctica terapéutica.....                   | 26        |
| <b>Hipótesis</b> .....   | <b>33</b> |
| <b>Objetivos</b> .....   | <b>34</b> |
| Objetivo general .....   | 34        |
| Objetivos específicos .....  | 34        |
| <b>Método</b> .....  | <b>34</b> |
| Participantes .....  | 34        |
| Diseño metodológico .....  | 36        |
| Variables e instrumentos .....   | 38        |
| Procedimiento.....   | 43        |
| Consideraciones éticas .....   | 47        |
| <b>Resultados</b> .....  | <b>47</b> |
| Análisis cuantitativo.....   | 47        |
| Análisis cualitativo .....   | 68        |
| <b>Discusión</b> .....   | <b>75</b> |
| <b>Referencias</b> .....   | <b>87</b> |
| <b>Anexos</b> .....  | <b>97</b> |

## Lista de tablas

**Tabla 1.** Caracterización de los terapeutas participantes.

**Tabla 2.** Caracterización de los consultantes participantes.

**Tabla 3.** Distribución de sesiones ABAB.

**Tabla 4.** Distribución de sesiones Línea base múltiple.

**Tabla 5.** Análisis de validez de contenido, por juicio de expertos, de la versión traducida de la TES por ítems.

**Tabla 6.** Análisis de validez de contenido, por juicio de expertos, en el aspecto de suficiencia por categoría.

**Tabla 7.** Análisis de validez de contenido, por juicio de expertos, general de todo el instrumento.

**Tabla 8.** Resultados de la Mindfulness Attention Awareness Scale (MASS).

**Tabla 9.** Valores NAP para díadas 1 y 2.

**Tabla 10.** Valores NAP para díadas 3, 5 y 6.



## Lista de figuras

**Figura 1.** Resultados de la TES para D1 y D2.

**Figura 2.** Resultados de la TES para D3.

**Figura 3.** Resultados de la TES para D5.

**Figura 4.** Resultados de la TES para D6.

**Figura 5.** Resultados de la SRS para C1 y C2.

**Figura 6.** Resultados de la SRS para C3.

**Figura 7.** Resultados de la SRS para C6.

**Figura 8.** Resultados de la escala de auto-reporte de ansiedad para T1 y T2.

**Figura 9.** Resultados de la escala de auto-reporte de ansiedad para T3.

**Figura 10.** Resultados de la escala de auto-reporte de ansiedad para T5.

**Figura 11.** Resultados de la escala de auto-reporte de ansiedad para T6.

**Figura 12.** Resultados de la escala de auto-reporte de presencia terapéutica para T1 y T2.

**Figura 13.** Resultados de la escala de auto-reporte de presencia terapéutica para T3.

**Figura 14.** Resultados de la escala de auto-reporte de presencia terapéutica para T5.

**Figura 15.** Resultados de la escala de auto-reporte de presencia terapéutica para T6.

**Figura 16.** Resultados de la escala de auto-reporte de atención para T1 y T2.

**Figura 17.** Resultados de la escala de auto-reporte de atención para T3.

**Figura 18.** Resultados de la escala de auto-reporte de atención para T5.

**Figura 19.** Resultados de la escala de auto-reporte de atención para T6.

## Introducción

En las últimas décadas el mindfulness se ha convertido en un tema de investigación creciente en los campos de la neurofisiología, la educación y la psicoterapia. La mayor parte de la investigación se encuentra en este último campo, pues la práctica de esta forma de meditación, también conocida como atención o conciencia plena, no sólo ha demostrado ser una herramienta útil para el manejo eficaz de los síntomas de diversos trastornos psicológicos y físicos, sino que también, cuando es practicada por el terapeuta, ha demostrado tener un impacto importante sobre la relación terapéutica y sobre las variables interpersonales e intrapersonales del profesional que influyen en la relación y en el éxito terapéutico.

La empatía es una de estas variables de la persona del terapeuta que se ha señalado como aspecto esencial de la relación terapéutica y como predictor potente de un proceso terapéutico exitoso, independientemente del modelo que se maneje (Watson, 2000). La habilidad de empatizar en los terapeutas novatos se ve afectada por algunas dificultades que enfrentan al iniciar su práctica clínica, sin embargo, esta cualidad tiene la capacidad de ser desarrollada, aprendida y potenciada (Rogers, 1980). Se ha evidenciado que el mindfulness permite cultivar ciertas cualidades o atributos psicológicos que son necesarios para incrementar la empatía, como son: la presencia terapéutica, la habilidad de prestar y manejar la atención y la regulación emocional, aspectos que favorecen la aceptación, la compasión, la habilidad de temporalmente abandonar el propio sentido de sí mismo para entender mejor las necesidades del consultante, por mencionar algunos. Así mismo, se han comenzado a investigar los beneficios inmediatos que trae una práctica corta de mindfulness realizada por el terapeuta justo antes de entrar a sesión, sobre aspectos como la presencia del terapeuta, la percepción de la relación, los resultados de la sesión y la empatía.

La presente investigación pretende añadir evidencia sobre el impacto que tiene un ejercicio corto de mindfulness pre-sesión, realizado por terapeutas poco experimentados, sobre el nivel de empatía del clínico percibida por observadores externos. Los resultados de

la investigación pueden advertir sobre la importancia de enseñar esta habilidad y de incluirla como parte del proceso de formación en psicología clínica, con el fin de que pueda ser una herramienta usada por los practicantes que inician su labor como terapeutas, antes de entrar a sesión con los consultantes y que en esta medida se vea favorecido el proceso terapéutico.

### **Aspectos relacionales y variables del terapeuta en el cambio terapéutico**

Resultados investigativos sobre la eficacia de la psicoterapia han demostrado que existen otros factores, diferentes a la técnica, que están presentes en toda situación terapéutica indistintamente del modelo, enfoque o teoría de base (por eso llamados factores inespecíficos o comunes), relacionados con el consultante, con el terapeuta y en especial, con la relación terapéutica, y que explican la mayor parte de la varianza del cambio del consultante. Por ejemplo, Lambert (1992), en su análisis acerca de los aspectos curativos de la psicoterapia, identificó cuatro componentes principales responsables del cambio: (1) los factores extra terapéuticos, a los cuales se le atribuye el 40% de la varianza del cambio, (2) el efecto placebo o las expectativas de mejora, que cuentan con un 15%, (3) los factores que son específicos al tipo de terapia (ej. técnica) con otro 15% y finalmente, (4) los factores comunes (FC) con el 30%.

Se han identificado como comunes, múltiples factores. La mayoría de autores e investigadores sobre el tema, concuerdan en incluir la relación terapéutica como uno de ellos, reconociendo que es un ingrediente activo presente en cualquier forma de psicoterapia (Rosenzweig, 1936; Frank, 1961 en Cuijpers, Reijnders & Huibers, 2019; Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986; Grençavage & Norcross, 1990; Frank & Frank, 1991 citado en Restrepo, 2008; Lambert & Ogles, 2004, citado en Huibers & Cuijpers, 2014; Wampold, 2015). Gelso y Carter (1985) la han definido como los sentimientos y actitudes que el consultante y el terapeuta tienen uno hacia el otro y la forma en la que estos son expresados. La alianza terapéutica (que hace parte fundamental de esta relación) ha sido el FC más investigado y estudiado hasta el momento (Huibers & Cuijpers, 2014), y las investigaciones muestran, de manera reiterada, que una fuerte alianza se correlaciona

positivamente de manera significativa con el éxito terapéutico. (Fernández, Mella, & Vinet, 2009; Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012)

Adicionalmente, en el 2002 la APA (*American Psychology Association*) delegó a un grupo la tarea de hacer una revisión empírica sobre aquellos elementos de la relación terapéutica que funcionan de manera efectiva y que son proporcionados principalmente por el terapeuta. Aspectos como la alianza terapéutica, la cohesión en el caso de terapias de grupo, el consenso en el establecimiento de metas y la colaboración en su consecución, así como la empatía, mostraron ser efectivas de forma consistente; otros elementos, como la consideración positiva, la congruencia y genuinidad, el manejo en las rupturas en la alianza y el manejo de la contratransferencia, a pesar de mostrar menos evidencia, también fueron consideradas como factores relacionados con el resultado (Ackerman, et al., 2001). Las conclusiones de este grupo de trabajo indican que la relación terapéutica contribuye de forma “sustancial y consistente” con los resultados de la psicoterapia, independientemente del tratamiento específico usado. Debido a ello, señalan que las guías de práctica y tratamiento deben abordar de forma explícita las conductas y cualidades del terapeuta que promuevan una relación terapéutica facilitadora (Norcross & Wampold, 2011). En relación con esto, el mindfulness ha comenzado a tener especial relevancia en el campo investigativo de la psicoterapia, pues ha sido señalado no sólo como un elemento que, al presentarse en los terapeutas, favorece la relación terapéutica al promover el establecimiento de la alianza terapéutica y el buen manejo de sus rupturas (Ryan, Safran, Doran & Muran, 2012; Bruce, Manber, Shapiro & Constantino, 2010), sino como una herramienta que promueve y cultiva muchas de las conductas y cualidades (FC) que han sido señaladas por diversos autores como esenciales en la persona del terapeuta para favorecer el éxito terapéutico, como por ejemplo, la aceptación, la atención flexible al momento presente durante el encuentro terapéutico, la presencia terapéutica y la empatía.

En línea con lo anterior, se sabe que para alcanzar el éxito terapéutico no basta con la intención que tenga el terapeuta de desarrollar estas variables en sesión, lo que realmente resulta determinante y logra una mejor predicción de los resultados del proceso, es la percepción que tenga el consultante sobre estas, (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson,

2002). Por ejemplo, desde que Rogers (1957) identificó la empatía como una variable importante en la psicoterapia, se ha encontrado que esta predice de forma consistente el cambio, especialmente cuando es medida desde la perspectiva del consultante o de observadores externos (Greenberg, Watson, Elliot & Bohart, 2001). En un metaanálisis donde se recopilaron 82 estudios, la empatía reveló tener un tamaño del efecto  $r$  de 0.28, indicando que este elemento representa casi el 9% de la varianza del resultado (Elliott, Bohart, Watson & Murphy, 2018). De esta forma, se ha demostrado que la empatía resulta ser un predictor moderadamente fuerte del resultado de la terapia.

### **Empatía**

La empatía ha sido definida de maneras diversas, razón por la cual su medición ha resultado todo un reto para los investigadores. Rogers (1980) fue de los primeros en hablar sobre la importancia de la empatía en el contexto terapéutico, y la definió como

La sensible habilidad de percibir el marco de referencia interno de otro con precisión y con los componentes emocionales y los significados que pertenecen a él como si uno fuera la persona, pero sin perder nunca la condición del “como si” (p. 140)... Implica ser sensible, momento a momento, a los significados cambiantes que se sienten en esta otra persona ... o a lo que sea que él o ella esté experimentando ... sin emitir juicios; significa sentir significados de los cuales él o ella apenas es consciente. ... Incluye comunicar esas sensaciones a la persona ... verificar con frecuencia con la persona la precisión de sus sensaciones y guiarse por las respuestas que recibe. (p. 142)

Con esta definición es posible decir que la empatía terapéutica consiste en (1) un entendimiento *cognitivo* e intelectual de la experiencia del consultante, (2) un entendimiento *afectivo* o conexión emocional que implica sentir y experimentar el significado y la esencia que tiene dicha experiencia para el otro, para así poder relacionarse y responder a las emociones del consultante con emociones similares, (3) *sintonía*, que implica la *comunicación* del terapeuta de lo que es más relevante para el cliente en este momento (Macaulay, Toukmanian & Gordon, 2007) y (4) una *actitud* cálida, no enjuiciadora y de aceptación. Con ello, el interlocutor podrá sentirse reconocido, comprendido, escuchado y percibirá al terapeuta como alguien involucrado y receptivo a

sus preocupaciones. De esta manera, para ser, y ser percibido como empático, es necesario que el terapeuta esté atento, sea consciente y sensible a aquello que ocurra momento a momento en las relaciones con sus consultantes (Watson, 2000), características que, como se explicará más adelante, pueden ser potencializadas con la práctica del mindfulness.

Debido a los diversos elementos que ofrece esta definición, es posible decir que algunas de las variables (factores comunes) del terapeuta, pueden resultar siendo condiciones previas para que se dé la empatía dentro del contexto terapéutico, por ejemplo, la presencia cognitiva y emocional (Karson y Fox, 2010), que involucra el prestar atención a la relación interpersonal así como a las emociones, pensamientos, sensaciones que surjan tanto en sí mismo como en el consultante y evitar distraerse con contenidos personales no relacionados para así poder comentar con regularidad de forma sensible y honesta lo que sucede en el momento presente con el cliente. También, el no reaccionar emocionalmente de forma automática y poco terapéutica frente a los contenidos que surjan en la sesión (Strupp, 1978, en Santibáñez et al., 2008; Karson & Fox, 2010), de manera que deliberadamente se hagan esfuerzos por no juzgar, criticar, culpar, atacar o rechazar al consultante, siendo, por el contrario, respetuoso cálido y amable. Este último elemento implica, por un lado, inteligencia o regulación emocional, la cual es entendida como la habilidad de identificar, evaluar y confrontar las emociones propias, al tiempo que se logra ver de forma precisa y manejar de manera efectiva las emociones de los otros (Feinstein, Heiman & Yager, 2015). Por otro lado, también supone un ejercicio de autoconciencia y autoconocimiento, el cual permite identificar y reconocer los propios patrones, limitaciones, conflictos, estereotipos y/o prejuicios, para de esta manera, poder manejar adecuadamente los sentimientos contratransferenciales que surjan en el proceso y lograr mayor empatía con el consultante (Karson & Fox, 2010).

La empatía es una variable que correlaciona positivamente con el éxito terapéutico debido a que (1) es una precondition para que se establezca una relación de confianza que le permita al consultante sentirse comprendido y en consecuencia, aumente su satisfacción con el proceso, su compromiso y seguridad, facilitando el que sea más abierto al momento de comunicar y abordar temas difíciles y posibilitando la implementación de otras

intervenciones, (2) funciona como una experiencia emocional correctiva en tanto se siente escuchado, respetado y esto le permite expresar sus emociones y necesidades en otras relaciones, (3) promueve la exploración y la creación de significado, facilitando un nuevo entendimiento de sus emociones y (4) apoya y promueve los esfuerzos activos de autocuración de los clientes (Greenberg et al., 2001, p. 100-101). Adicionalmente, la empatía es entendida como un ingrediente activo de cambio que no solo facilita los procesos metacognitivos del consultante, sino que además favorece su autorregulación emocional (Watson, 2000). De esta forma, el consultante percibirá el proceso más útil y beneficioso, cuando el terapeuta es sentido como empático.

Debido a la complejidad del concepto y a su naturaleza multidimensional (cognitiva, afectiva, actitudinal) diversas escalas se han creado para medirla, unas se concentran solo en alguna de las dimensiones, por ejemplo, la JSPE o Jefferson Scale of Physician Empathy o el QMEE o Questionnaire of Emotional Empathy, mientras que otras intentan abordarlas todas, como la TES o Therapist Empathy Scale. Así mismo, unas lo han hecho desde la perspectiva del terapeuta (Interpersonal Reactivity Index- IRI) otras desde la del consultante (The Consultation and Relational Empathy measure -CARE) y otras por calificación de observadores externos (Accurate Empathy Scale), cada una con diferentes cualidades psicométricas. De las escalas hasta ahora propuestas, pocas han sido desarrolladas y probadas para aplicarse directamente en las interacciones reales terapeuta-consultante. Por ejemplo, la escala de empatía expresada o *Measure of Expressed Empathy* (MEE; Watson, 1999 en Greenberg et al., 2001), que mide el constructo por calificación de observadores, a nivel verbal y no verbal, y teniendo en cuenta todas las dimensiones del mismo, ha demostrado ser prometedora en la medición de la empatía terapéutica debido a la alta confiabilidad inter evaluadores (.51 - .85) (Decker, Nich, Carroll & Martino, 2014) y a la significativa correlación que se encuentra con las calificaciones dadas por los consultantes en el inventario Barrett-Lennard's Relationship Inventory o BLRI. Así mismo, la TES es una adaptación de la MEE, con la diferencia que esta última permite hacer la calificación solamente a través del audio de la interacción terapéutica (Greenberg, et al., 2001, p. 91.; Bohart et al., 2002; Sharp, 2016).

Existen diversas formas en las cuales el terapeuta puede expresar la empatía: verbalmente, a través de respuestas de comprensión empática, afirmaciones, evocaciones, preguntas o conjeturas empáticas, así como mediante interpretaciones cercanas a la experiencia del consultante (Greenberg, et al., 2001), y de manera no verbal al mostrarse preocupados e interesados a través de su expresión facial y postura corporal (p. ej. inclinada hacia adelante mostrando interés, mirando directamente al consultante), también con la expresividad y el tono de su voz, en tanto logre capturar la intensidad de las emociones del consultante y denote calidez y sintonía (Watson, 2000). Además, es posible señalar que la percepción de este factor relacional por parte del consultante puede tener variaciones de una sesión a otra al cambiar la frecuencia y forma en la cual el terapeuta expresa verbal y no verbalmente la empatía en sesión.

Finalmente, es importante mencionar que la habilidad de ser empáticos es algo que puede ser desarrollado mediante el entrenamiento (Rogers, 1980) y diversos autores lo han demostrado a través de estudios investigativos. Por ejemplo, Kiosses, Karathanos & Tatsioni (2016), en la revisión sistemática de 17 artículos que evalúan el impacto de diferentes intervenciones experienciales y no experienciales sobre la empatía de profesionales de la salud, concluyen que la empatía es un atributo que puede ser cambiado y potenciado como resultado de ciertas experiencias educativas, entre ellas el mindfulness.

A pesar de haberse reconocido la importancia de la relación terapéutica y haber identificado aquellas variables del terapeuta que inciden positivamente en los resultados del proceso, la mayoría de programas de entrenamiento en psicología clínica no incluyen dentro de su currículo la enseñanza de varias de estas habilidades intrapersonales e interpersonales, como la autoconciencia en la sesión, la tolerancia afectiva, el manejo de la atención enfocada o habilidades o competencias facilitadoras que favorezcan la empatía (Hemanth, & Fisher, 2015; Campbell & Christopher, 2012). Es por esto por lo que desde que se comenzaron a investigar los beneficios que trae la práctica del mindfulness para los terapeutas y para el proceso terapéutico (a nivel del desarrollo genuino de muchas de estas habilidades, cualidades y actitudes), diversos autores la han sugerido como una herramienta prometedora que debería ser integrada en los programas de enseñanza de estos



profesionales (Newsome, Christopher, Dahlen & Christopher, 2006; Lambert & Simon, 2008; Hemanth & Fisher, 2015).

### **Dificultades para los terapeutas novatos o poco experimentados**

No existe un único criterio para definir quiénes son considerados novatos, algunos estudios señalan que son aquellos que cuentan con menos de 1000 o 1500 horas de práctica, otros con menos 5 años de experiencia o incluso menos de dos años. Para el presente estudio se tomó este último criterio (menos de 2 años de experiencia como psicoterapeuta), establecido por Shechtman y Wirzberger (1999), pues es usualmente el periodo en el cual los psicólogos aún se encuentran en entrenamiento supervisado, adquiriendo las habilidades en un centro de prácticas.

De esta forma, cuando inician su práctica psicoterapéutica, los profesionales en psicología se enfrentan con una serie de dificultades que devienen en un aumento en su ansiedad (y la dificultad para regularla adecuadamente), problemas en la capacidad de enfocar su atención, y la disminución en su habilidad para estar presentes en sesión, tres elementos que, como se mencionó anteriormente, son condiciones necesarias para que se de la empatía dentro del contexto terapéutico y se tengan procesos psicoterapéuticos exitosos.

Un primer elemento que sale a relucir en varios estudios es el exceso de autocrítica. Los terapeutas novatos suelen tener unas expectativas de cambio idealizadas, acompañadas por la presión autoimpuesta de tener un impacto significativo y visible en todas y cada una de las sesiones, lo cual no siempre es así, ni siquiera para el terapeuta más experimentado (Skovholt & Ronnestad, 2003). Cuando se enfrentan a esta realidad, se generan grandes inseguridades y falta de confianza en sus habilidades terapéuticas, lo que deviene posteriormente en una elevada ansiedad acompañada de rumia y dudas relacionadas con sus capacidades, tanto fuera como dentro del consultorio. Al experimentar esta ansiedad durante las sesiones y no poder regularla adecuadamente, suelen enfocar su atención en disminuir los signos visibles de la ansiedad (p. ej. voz temblorosa) y los síntomas internos (p. ej. controlar los pensamientos) más no hacia lo que está sucediendo en la relación con el consultante, interfiriendo en su capacidad para estar presentes durante la sesión de terapia

(Skovholt & Ronnestad, 2003). Entonces, estos terapeutas suelen distraerse por un aumento en la conciencia de sus propias emociones y reacciones o, por el contrario, en un intento de regular su atención, pueden desligarse o reducir su auto-conciencia sobre estos elementos, aspecto que resulta también perjudicial para la empatía terapéutica (Hill et al., 2007), llevándolos a hacer intervenciones apresuradas o a asumir un rol demasiado pasivo o condescendiente (Herrera & Veliz, 2018).

Bowman y Giesen (1982) en un estudio sobre el impacto de la ansiedad en la empatía de terapeutas novatos, determinaron con un análisis de regresión, que, por un lado, las medidas fisiológicas de ansiedad así como las medidas de auto-informe de la ansiedad-estado, evaluadas antes de la sesión, predecían el 52% de la varianza de la empatía *medida por observadores externos*. En otras palabras, la valoración anticipada que hacían los terapeutas en entrenamiento sobre la sesión a la que estaban a punto de ingresar, medida a través de medidas fisiológicas y de auto-informe de ansiedad, representaba cerca de la mitad de la variabilidad de la empatía que comunicaban durante la sesión. Por otro lado, las medidas fisiológicas de ansiedad en los terapeutas, representaron el 33% de la varianza de la empatía evaluada *por los consultantes a través de un auto-reporte*, correlacionando con esta variable  $-.57$  ( $p < .01$ ), esto sugiere que existe una relación inversa entre la percepción que tiene el consultante sobre la comunicación empática del terapeuta y los niveles de ansiedad fisiológica de esta figura.

A nivel de las relaciones con los consultantes, los terapeutas menos experimentados también tienen algunas dificultades. Skovholt (2005) plantea que los profesionales de la salud deben llevar a cabo el Ciclo del Cuidado que consiste en (1) desarrollar un apego empático con el consultante, (2) involucrarse activamente con él o ella y (3) sentir la separación una y otra vez, cliente tras cliente de forma óptima, esto para los novatos resulta ser todo un reto, pues muchos no logran llevar a cabo adecuadamente este proceso relacional continuo que implica una expresión y regulación estratégica de sus emociones al momento de relacionarse con los consultantes. Cuando los terapeutas inician su práctica clínica, suele haber un sobre involucramiento con los consultantes, de forma que les es difícil separarse de los contenidos que surgen en la sesión una vez ésta se termina,

(mostrando dificultades en su atención selectiva), aumentando el estrés, la ansiedad y las posibilidades de desarrollar síndrome de Burnout. Así mismo, los novatos tienden a ser más reactivos y defensivos (indicando dificultades en su regulación emocional) frente a la información que reciben del consultante, lo que aumenta las probabilidades de hacer un mal manejo de la contratransferencia y actuarla (Gelso & Hayes, 2001). Debido a esto, desarrollar la habilidad de regular los límites emocionales y atencionales de una forma flexible y adaptativa se vuelve esencial, y para ello es necesario que el clínico realice constantemente un monitoreo de sí mismo y se haga consciente de las respuestas automáticas que pueden surgir como reacción al trabajo con el consultante, es decir esté más presente en sesión (Skovholt & Ronnestad, 2003).

Todas estas dificultades y preocupaciones, que suelen presentar con mayor frecuencia y severidad en el trabajo con pacientes poco motivados y cooperadores, se traducen en la falta de espontaneidad y la rigidez exagerada, en el aumento de la probabilidad de cometer errores en la aplicación de técnicas y en dificultades a nivel de escucha y de empatía. Se ha señalado en estudios cualitativos que tanto la preocupación constante sobre las posibilidades que tienen de poder ayudar a clientes que perciben como muy diferentes a ellos (Herrera y Veliz, 2018; Hill et al., 2007), como el alto nivel de cansancio, estrés y agotamiento emocional que experimentan (Bustos, 2018), así como las dificultades atencionales dadas por la ansiedad, la rumia y el miedo, son aspectos que pueden interferir en la empatía terapéutica de estos profesionales.

Debido a estas dificultades con las cuales se enfrentan los profesionales en psicología clínica cuando inician su práctica psicoterapéutica, el incorporar herramientas como el mindfulness dentro de su entrenamiento, independientemente de su orientación teórica, podría ser de gran beneficio, no sólo para promover el autocuidado e incrementar su bienestar (Newsome, et al., 2006), sino también para potenciar el éxito terapéutico al servirles como apoyo al momento de enfrentarse con estas dificultades que intervienen en el desarrollo de las habilidades del terapeuta asociadas al éxito del tratamiento, como por ejemplo, en el desarrollo y entrenamiento de las habilidades facilitadoras (regulación en la atención y la ansiedad y aumento en la presencia terapéutica) que potencien la empatía.

## Mindfulness y psicoterapia

Mindfulness es una práctica meditativa de hace más de 2500 años que tiene sus orígenes en el budismo. “*Mindfulness*” es la traducción al inglés de *Sati*, una palabra cuyo significado se compone de tres elementos principales: (1) la *atención* que es hábil, que incluye la capacidad metacognitiva de enfocar y controlar la calidad de la atención; (2) la *conciencia* clara o comprensión clara de lo que está siendo el objeto de atención, que implica tanto la capacidad de percibir los fenómenos libres de estados mentales que pueden ser distorsionantes (como estados de ánimo y emociones) (Cullen, 2011), como el limitar la identificación con el contenido específico de lo que se está experimentado (Hölzel et al., 2011); y (3) la *memoria*, que consiste en recordar, reorientar la atención y la conciencia hacia la experiencia presente, esto, que se hace de forma sincera y receptiva, requiere de la clara intención de conectarse y experimentar plenamente el momento (Germer, 2005).

Desde esta tradición, se plantea que a través de la contemplación del cuerpo, de los sentimientos o procesos afectivos, de la mente o de los procesos cognitivos y de los objetos o contenidos de la conciencia (Aiken, 2006), que logra con este tipo de meditación, se pueden cultivar aspectos como la bondad, la compasión la ecuanimidad o imparcialidad y la empatía. (Wallmark, Safarzadeh, Daukantaitė, & Maddux, 2013; Phang & Oei, 2012; Cullen, 2011)

Actualmente el Mindfulness se ha incorporado a diversos modelos de psicoterapia debido a los grandes beneficios que trae esta práctica meditativa. Fue introducido por primera vez como práctica terapéutica por John Kabat-Zinn con su programa para reducción de estrés basado en mindfulness (MBSR) y desde ese momento hace parte importante de las terapias comportamentales de tercera generación (Kang & Whittingham, 2010). También se ha ligado con la terapia psicodinámica y la humanista por compartir algunos de sus conceptos (Germer, 2005).

Desde la psicoterapia, el mindfulness ha sido definido de diversas formas, sin embargo, todas ellas implican la conciencia o enfoque de la atención momento a momento sobre la experiencia presente. La definición más usada en el campo terapéutico es aquella

propuesta por Kabat-Zinn (1994), quien define el mindfulness como el prestar atención de una manera particular y con propósito, en el momento presente y sin juzgar. Su práctica implica estar presente momento a momento de forma intencional, regular la atención para mantener el enfoque en las experiencias inmediatas -como pensamientos, emociones, postura corporal y sensaciones- y aceptar esas experiencias con una actitud abierta y compasiva sin pretender cambiar o modificar su cualidad, sea esta placentera o dolorosa (Fulton, 2005). De esta forma se logra una conciencia plena de nuestra experiencia, evitando las respuestas automáticas e inconscientes y por el contrario, asumiendo la responsabilidad y el control sobre ellas. (Vásquez-Dextre, 2016)

La práctica del mindfulness en el contexto terapéutico ha logrado establecerse fuertemente debido a la factibilidad de poder ser aprendida y cultivada (Germer, 2005), los beneficios demostrados que tiene para los consultantes al ayudarlos a lidiar eficazmente con los síntomas de sus trastornos psicológicos y físicos y el impacto positivo que tiene sobre la relación terapéutica. Con relación al primer punto, la práctica de la atención plena puede hacerse a través la práctica formal (meditación sentada estructurada y/o guiada) y la práctica informal (aplicar los principios de atención en el momento presente con aceptación y sin juicio en actividades del día a día). (Germer, 2005; Stauffer, & Pehrsson, 2012)

Aunque las primeras investigaciones sobre los beneficios del mindfulness estuvieron dirigidas a la reducción del estrés y el manejo del dolor (Kabat-Zinn, 1982), las posibles aplicaciones se han ido diversificando. La evidencia empírica ha demostrado los efectos que tiene esta práctica en la regulación emocional (Hill & Updegraff, 2012; Hülshager, Alberts, Feinholdt & Lang, 2013), el aumento de la capacidad de autocontrol, el decremento de la reactividad, el bienestar psicológico percibido (Bowlin & Baer, 2012; Canby, Cameron, Calhoun & Buchanan, 2015), en la mejora significativa de las funciones atencionales y en la flexibilidad cognitiva (Moore & Malinowski, 2009), sin dejar de señalar los beneficios que tiene a nivel interpersonal en tanto promueve habilidades sociales y la empatía (Dekeyser, Raes, Leijssen, Leysen, & Dewulf, 2008; Beauchemin, Hutchins & Patterson, 2008).

Debido a estos beneficios, el mindfulness ha demostrado, en la mayoría de los casos, ser efectivo en las intervenciones de diferentes trastornos y problemáticas, por ejemplo, en la reducción de los síntomas ansiosos y depresivos y la prevención de las recaídas (Strauss, Cavanagh, Oliver, & Pettman, 2014), así como en el tratamiento de sujetos con desórdenes alimenticios (Kristeller, & Wolever, 2010), trastornos de la personalidad, especialmente del trastorno límite (Linehan et al., 2006) y abuso de sustancias psicoactivas o drogadicción (Tang, Y., Tang, R. & Posner, 2016) por mencionar algunos.

La mayoría de estas intervenciones se fundamentan en la terapia cognitiva basada en mindfulness o MBCT por sus siglas en inglés, un programa de intervención grupal de 8 sesiones (una sesión semanal de aproximadamente 2 horas cada una) creado por Segal et al. (2004). En el programa se realizan prácticas formales e informales que incluyen ejercicio de escaneo corporal guiado, meditaciones para sentarse o caminar, movimiento consciente (basado en el yoga), ejercicios de conciencia enfocada en actividades del día a día y la práctica de un ejercicio corto llamado “Espacio de la Respiración de Tres Minutos” o *“Three-Minute Breathing Space”*, del cual se hablará más adelante. En las sesiones iniciales las meditaciones se centran en la respiración o en las sensaciones corporales, para posteriormente enfocarse en la conciencia a los pensamientos y emociones, promoviendo una práctica más independiente. Dentro del programa se dejan tareas para hacer entre sesiones y se alienta a los participantes a hacer 45 minutos diarios de atención plena. (Sipe & Eisendrath, 2012)

La enseñanza del ejercicio “Espacio de la Respiración de Tres Minutos” se vuelve central en estos programas pues es una herramienta meditativa corta y rápida que ayuda a reconectar con el momento presente en situaciones desafiantes, permitiendo hacer una pausa y enfocar la atención, favoreciendo la regulación emocional. Este ejercicio, que se ha vuelto la meditación informal más usada (Zadkhosh et al., 2019), permite cambiar la disposición de la persona del modo “hacer” al modo “ser”, llevándola a dejar de actuar de forma automática y a reconectarse con lo que sucede en el momento presente. Durante el primer minuto se la invita a atender y notar abiertamente la experiencia personal

(emociones, pensamientos, sensaciones), sin intentar cambiar lo que se observa, incluso si es desagradable; en el segundo minuto se redirige la atención y se enfoca en la respiración y las sensaciones corporales de dicha experiencia, lo cual servirá como ancla al momento presente; finalmente, en el tercer minuto se expande la atención y la conciencia al cuerpo como un todo, la postura y expresión facial, aun usando a la respiración como ancla al momento presente.

El programa MBCT, no es el único que ha mostrado tener importantes beneficios, existe evidencia que indica que entrenamientos más cortos en esta práctica también son funcionales, e incluso pueden llegar a generar cambios en algunas redes neuronales de la corteza cingulada anterior, asociadas con la auto-regulación (Tang, 2011). Por ejemplo, una práctica de meditación de mindfulness de 20 minutos por día durante 5 días mejora la atención, la autorregulación y autocontrol, viéndose incluso una importante reducción del estrés después de la primera sesión (Tang, et al., 2007). Así mismo, el estudio de Zeidan, Johnson, Diamond, David & Goolkasian (2010) muestra que con solo 4 días de entrenamiento en mindfulness (20 minutos al día) es posible reducir la fatiga y la ansiedad, mejorar de forma significativa el control atencional, el procesamiento viso-espacial, la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas.

En su estudio, Harnett et al. (2010) muestran que tres sesiones grupales de dos horas cada una, las cuales incluyen ejercicios de mindfulness (comer y caminar con conciencia plena, mindfulness de la respiración, escaneo corporal, meditación sentada y mindfulness de los pensamientos), así como la posterior discusión grupal de las experiencias de cada participante, disminuyen la angustia psicológica y mejoran la satisfacción con la vida en personas que no tienen síntomas graves de malestar psicológico. Finalmente, Kemper & Khirallah, (2015) sugieren que un entrenamiento virtual breve de mindfulness en habilidades mente-cuerpo, consistente en 12 módulos de 1 hora cada uno, puede mejorar cualidades clínicamente relevantes como la empatía, aumentar la capacidad de resiliencia y reducir los niveles de estrés en profesionales de la salud que sufren del Síndrome de Burnout.

Hölzel et al. (2011) propone 4 mecanismos de cambio interdependientes a través de los cuales, con la práctica del mindfulness es posible obtener dichos beneficios: (1) *regulación de la atención*, que implica sostener la atención en un estímulo interno o externo (p. ej. emoción); (2) *conciencia corporal*, sobre las sensaciones físicas que resultan del reconocimiento de ese estímulo (p. ej. la correspondencia fisiológica de la emoción); (3) *regulación emocional*, que consiste en la (a) *re-evaluación o nueva apreciación* de las emociones, lo que implica relacionarse con las reacciones emocionales que van surgiendo con apertura, aceptación y sin juicio y (b) el no reaccionar automáticamente o prevenir la reactividad interna (p. ej. evitación), lo que llevaría a la *extinción y re-consolidación* de una forma más adaptativa de funcionamiento. Finalmente, el último elemento implica (4) un *cambio en la perspectiva del self* en donde, al observar atentamente y comprender la naturaleza cambiante y transitoria de todos los eventos internos que surgen en cada momento de la experiencia, se genera un cambio en la perspectiva del sí mismo y fomenta un desapego de la identificación con los contenidos de la conciencia y de la identificación del sentido estático de uno mismo (Hölzel et al., 2011, p. 547). En otras palabras, la característica de la atención abierta y sin juicio, permite al sujeto desapegarse de cualquier punto de vista particular, “de la propia visión habitual del self y del mundo”, esto fomenta la revisión y el cuestionamiento de los esquemas mentales y relacionales que se tienen y aumenta la receptividad frente a nuevas alternativas más adaptativas y funcionales de estos esquemas. (Martin, 1997)

En este punto es importante resaltar que, si bien los beneficios del mindfulness han sido ampliamente documentados, existe un sesgo o efecto de positividad en las investigaciones acerca de esta práctica; la sobre-representación de los resultados favorables ha restado visibilidad a importantes críticas relacionadas tanto con la rigurosidad metodológica con la que se llevan a cabo estos estudios, como con los riesgos que puede tener la práctica meditativa para ciertas poblaciones (Britton, 2019). En relación a lo primero, Zhang et al. (2021) en una revisión general que hacen de estas intervenciones, señalan que, por ejemplo, los estudios sobre los beneficios en la depresión y ansiedad desestiman el impacto que pueden tener otras variables como la psicoeducación o la



interacción social (en terapia grupal) que también hacen parte de los programas, limitando las conclusiones sobre el verdadero efecto de la meditación por sí sola; señalan también dificultades en el tamaño y la variabilidad de la muestra en investigaciones sobre el impacto de la práctica en el estrés, la adicción y la obesidad, siendo necesaria más investigación en diferentes poblaciones (culturas, sexos) para poder ser más concluyentes al respecto; por otro lado, resaltan la necesidad de hacer evaluaciones de seguimiento por periodos de tiempo más largos, aspecto que no suelen tener las investigaciones actuales y que en temas relacionados con, por ejemplo, adicciones, psicosis y obesidad, sería más significativo evaluar si la mejoría inicial que supone el mindfulness es sostenible en un largo plazo; otras críticas encontradas estuvieron dirigidas al uso de herramientas de medición inconsistentes, poniendo en duda la fiabilidad de los resultados. Finalmente, Zhang et al. (2021) encontraron que estas dificultades metodológicas estuvieron muy presentes, sobre todo, en estudios relacionados con el impacto del mindfulness en personas con trastorno de estrés posttraumático (TEPT), por lo que es necesaria más rigurosidad en las investigaciones sobre esta problemática para aumentar la confiabilidad de su efectividad.

Aunque la mayoría de la literatura sobre el mindfulness ha demostrado sus beneficios sobre diferentes problemáticas, poca atención se le ha dado al daño potencial que esta práctica también puede generar (Baer et al., 2019). Los resultados indeseables de diversas prácticas y tratamientos psicoterapéuticos han sido estudiados, documentados y clasificados (Linden, 2013) con el fin de mejorar las prácticas y evitar un posible perjuicio. Resulta entonces importante visibilizar los casos en los que se han encontrado efectos adversos e indeseables de la meditación con el fin de optimizar el uso de estas intervenciones basadas en mindfulness y reducir sus posibles riesgos.

Baer et al. (2019) encontraron algunos estudios que ponen en evidencia diversos síntomas inducidos por la meditación como incremento en afecto negativo, manía, despersonalización, des-realización, recuerdos traumáticos, desorientación, paranoia y alucinaciones. De esta manera, señalan la importancia de reconocer y manejar las fuentes potenciales de daño que están tanto a nivel del programa, como de los participantes y del clínico/instructor. En relación al primero, se vuelve indispensable integrar al programa, la

enseñanza de la compasión y el no juicio, pues la sola presencia, sin estos dos elementos, puede ser perjudicial y abrumador; además, se requiere acompañar los procesos con psicoeducación al tiempo que se regula la intensidad y duración de las prácticas. En cuanto a los segundos, es necesario contar con criterios de exclusión y/o llevar a cabo un seguimiento y monitoreo sistemático en personas más vulnerables con trastornos psiquiátricos como psicosis, adicción, TEPT, depresión severa o ansiedad social severa; finalmente, en cuanto al tercero, el clínico deberá contar con una adecuada experiencia y competencias para ello.

Britton (2019), quien también investigó estos efectos adversos de la meditación, propone la existencia de una relación en forma de U invertida entre el mindfulness y el bienestar, señalando aunque en un principio se han demostrado claros beneficios de la práctica, estos mismos procesos pueden generar efectos indeseables bajo ciertas condiciones, con ciertas personas o cuando son llevadas muy lejos. Por ejemplo, un exceso de atención sobre sí mismo, o sobre el propio cuerpo, puede ser perjudicial para personas que suelen desde antes, experimentar malestar y ansiedad por un exceso de estos procesos; un exceso en la regulación emocional lograda con esta práctica puede afectar por completo las emociones tanto negativas, como positivas, generando embotamiento; inclusive, el tomar distancia de los eventos internos (emociones y pensamientos) puede llegar a causar síntomas disociativos en algunos sujetos. Entonces, para llevar a cabo estas prácticas e intervenciones, y optimizar su uso, se recomienda tener una orientación centrada en la persona, pues, aunque es poco frecuente el daño que se puede generar con estas intervenciones, es una posibilidad que hay que cuidar, más aún siendo profesionales de salud.

### **Beneficios del Mindfulness para la práctica terapéutica**

Los beneficios del mindfulness no sólo se han estudiado sobre consultantes, clientes o pacientes, también se han señalado varios beneficios que tiene la práctica meditativa de psicoterapeutas sobre su ejercicio profesional: Cultivar la habilidad de controlar la atención permite al terapeuta concentrarse más fácilmente, estar alerta y enfocado de manera estratégica en lo que está sucediendo en el momento con el consultante (Newsome et al.,

2006). También se ha demostrado que el mindfulness promueve la autoconciencia en la sesión (Hemanth & Fisher, 2015), lo que le permite al terapeuta identificar las emociones, pensamientos y sensaciones que le surgen durante la interacción con el consultante, lo cual puede ser fuente de valiosa información para el proceso terapéutico. La autoconciencia, sin embargo, necesita del control atencional y de la regulación emocional para que dicha información pueda ser usada terapéuticamente y permita al terapeuta, especialmente al novato, no distraerse con aspectos personales no relevantes para el proceso y por el contrario, hacer un uso constructivo de la experiencia contratransferencial, de manera que beneficie el proceso.

La atención sostenida del terapeuta, así como su nivel de conciencia sobre todo lo que sucede en la interacción (reconociendo y siendo consciente de su propia experiencia al tiempo que se sintoniza con la experiencia de otro) le permite al consultante sentirse reconocido, entendido y escuchado, impactando positivamente en la construcción y mantenimiento de la alianza (Ryan, et al., 2012). Adicionalmente, al estar sintonizados y atentos con el consultante, será más probable que noten las señales o indicadores sutiles de rupturas en la alianza y que logren trabajarlas de forma directa y flexible, sin tener actitud defensiva o reactiva y por el contrario, con la disposición y apertura de escuchar al paciente (Bruce et al., 2010).

El mindfulness también se ha asociado con una mejora en el nivel de presencia terapéutica (McCollum & Gehart, 2010), otro elemento difícil para los terapeutas que inician su práctica clínica. Geller & Greenberg (2002), definen presencia terapéutica como la habilidad de (1) estar receptivo y dispuesto hacia todos los aspectos de la experiencia del consultante, (2) atender internamente a toda la propia experiencia que surge al estar con él y (3) responder al cliente y expresar dicha resonancia para conectarse con él. Estar presente implica estar abierto, receptivo y ser sensible a los detalles de la experiencia (propia, del otro y de la interacción) momento a momento. Este proceso implica aspectos como el control de la atención, la autoconciencia, la regulación emocional y la apertura a la experiencia, momento a momento y sin juicios, características del mindfulness. McCollum & Gehart (2010), en un estudio cualitativo realizado con 13 estudiantes que estaban

iniciando su práctica psicoterapéutica, concluyeron que una práctica diaria de mindfulness de 5 a 10 minutos, tuvo efectos, al final del semestre, en la disminución de su ansiedad, el manejo del diálogo interno y el establecimiento de límites emocionales (dejar de lado los pensamientos y sentimientos asociados con la sesión anterior o a sus vidas personales), otro elemento que resulta difícil de lograr para los nuevos terapeutas, logrando con ello atender más fácilmente a lo que sucedía con el cliente y con su propia experiencia y actuar con conciencia, es decir facilitando su presencia terapéutica.

La capacidad de tolerar los afectos también se ve favorecida por el mindfulness (Fulton, 2005; Rodríguez et al., 2014). Al poder relacionarse con las experiencias a través de la aceptación (aun cuando éstas sean desagradables o generen malestar), cualquier emoción que surja en este proceso, por más intensa que sea, pierde su capacidad para intimidar, reduciendo las reacciones automáticas (Fulton, 2005). Esta habilidad es esencial en el trabajo terapéutico, sobre todo para los terapeutas novatos, pues al poder tolerar los afectos negativos propios, será más probable que el terapeuta lo haga con los de los consultantes, de esta forma, una baja capacidad de tolerar afectos negativos puede llevar al terapeuta a evitar indagar o explorar sobre ciertos aspectos de la experiencia del consultante frente a los cuales se sienta temeroso o incómodo, influyendo negativamente en el proceso (Araya-Véliz & Jalife, 2017). Del mismo modo, aspectos como la ansiedad, la rumia, la incomodidad con los silencios y el miedo por no saber qué decir, serán percibidos por el terapeuta novato como menos intrusivos, pues al permitirse reconocerlos y aceptarlos, no habrá una reacción automática frente a ellos, por el contrario, podrá darles un mejor manejo para que así se reduzca su interferencia en su práctica psicoterapéutica.

Finalmente, la empatía es una cualidad que puede ser cultivada a través del mindfulness. Diversos estudios han investigado los efectos que tiene la práctica de esta forma meditativa sobre la empatía en los profesionales de la salud; sin embargo, los resultados no han sido concluyentes. Aunque la mayoría de la evidencia apunta a que el entrenamiento en mindfulness fomenta la empatía (Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998; Aiken, 2006; Dean et al., 2017; McConville, McAleer, & Hahne, 2017; Gür & Yilmaz, 2020), algunos estudios no encontraron un efecto significativo sobre esta variable (Gozalo

et al., 2019; Spragg, 2011). Autores como Boellinghaus, Jones & Hutton (2014), justifican estos resultados poco significativos al mencionar que, debido a los altos niveles de empatía encontrados en la línea base de estos profesionales, las escalas de auto-reporte utilizadas para su medición resultaban poco sensibles al cambio, lo que se conoce como el efecto techo.

Al ser la empatía una condición necesaria para el cambio psicoterapéutico (Rogers, 2007) y el predictor más potente del progreso de los consultantes en terapia (Watson, 2000), al tiempo que es un aspecto problemático para los terapeutas novatos, en las últimas décadas ha crecido el interés por estudiar los efectos que pueda tener el mindfulness en el desarrollo y potenciación de la empatía terapéutica en estos terapeutas.

Lesh (1970) encontró que estudiantes de psicología clínica mostraban un incremento en su empatía (a nivel de sensibilidad afectiva) luego de un entrenamiento de meditación de 4 semanas. Newsome et al. (2006) señalaron que el incluir dentro del currículo de psicólogos clínicos en entrenamiento un curso de 15 semanas basado en MBSR, tenía efectos interpersonales en los estudiantes, como por ejemplo un aumento en su capacidad de empatizar con otros. Así mismo, Schomaker (2013), en su estudio de métodos mixtos, concluyó que un entrenamiento en mindfulness de 6 semanas en terapeutas en entrenamiento mejoró de forma significativa la alianza terapéutica (medida desde la perspectiva del terapeuta y del consultante), la atención plena y la empatía (estas dos medidas desde el auto-reporte del clínico).

Por su parte, Greason y Cashwell (2009) encontraron que, en terapeutas en entrenamiento existía una relación entre las medidas de auto-reporte de mindfulness y empatía (en sus dimensiones cognitiva y afectiva), relación que estaba mediada por la habilidad de controlar y dirigir la atención. Posteriormente, Fulton y Cashwell (2015) precisaron esta relación al identificar aquellos aspectos del mindfulness que se relacionan con cada una de las dimensiones de la empatía. Señalaron que la compasión hacia los otros era el único predictor significativo de la empatía *afectiva*, mientras que la conciencia/atención y la compasión hacia los otros eran, ambos, predictores significativos

de la empatía en su dimensión *cognitiva*. Sus resultados señalan que para poder entender la perspectiva del consultante (cognitiva) y además tener sentimientos genuinos de cuidado y preocupación hacia este (afectiva), el terapeuta puede beneficiarse de meditaciones que específicamente fomenten el amor bondadoso o la compasión (Morgan & Morgan, 2005; Fulton & Cashwell, 2015).

Finalmente, se encontraron sólo dos estudios en los cuales se evaluó la relación entre la práctica de mindfulness del terapeuta y la empatía percibida desde la perspectiva del consultante. Fulton (2016), al estudiar 55 diadas terapeuta novato-consultante, encontró que el nivel de mindfulness del terapeuta, medido a través de la escala de autorreporte *Five Facet Mindfulness Questionnaire* o FFMQ, se asoció con la empatía percibida por el consultante, medida con la escala BLRI. Por su parte, Stone, Friedlander y Moeyaert (2018) en un diseño de caso único cuyos sujetos fueron dos diadas terapeuta novato-consultante, evaluaron si una práctica corta de mindfulness antes de entrar a sesión ayudaba a los terapeutas novatos a mantenerse enfocados y a responder a sus clientes más genuina y empáticamente en la hora de consulta. En relación con la percepción de la empatía, medida con la BLRI, los resultados de este último estudio señalan que sólo hubo cambios significativos en una diada, resultado que los autores atribuyen al ya mencionado efecto techo, pues los puntajes de la empatía para la diada donde no hubo cambios fueron altos, incluso en las sesiones de control, poniendo en duda la sensibilidad de la escala al cambio. Este último estudio, junto con el realizado por Dunn, Callahan, Swift e Ivanovic (2013), fueron los únicos dos estudios que se encontraron en la exploración teórica y empírica, que evaluaron los beneficios inmediatos de una sesión corta de mindfulness pre-sesión sobre elementos de la relación terapéutica, mostrando resultados prometedores.

Estos estudios comienzan a develar el cómo la práctica del mindfulness, a través del desarrollo de ciertas cualidades, establece las condiciones base necesarias para que el terapeuta pueda ser y ser sentido como empático. Anteriormente se dijo que para ser, y ser sentido como empático, es necesario que el terapeuta esté atento, sea consciente y sensible a aquello que ocurre momento a momento en las relaciones con sus consultantes (Watson, 2000), de manera que el control de la atención que fomenta la atención plena, permitirá al

terapeuta enfocarse y captar en la narrativa del consultante los cambios emocionales sutiles, así como aquellos aspectos no conscientes del consultante que surjan a través de contradicciones o incongruencias en las que caiga, todo ello con el fin de poder comunicarlo y hacerlo sentir comprendido y escuchado.

Además, gracias a el enfoque atencional que se logra con la meditación, el terapeuta puede cambiar la perspectiva del *self* y ser más consciente de sí mismo, elementos que, como se explicará a continuación, favorecen la empatía en el espacio terapéutico. En relación al primero, el desapego de los contenidos de la conciencia (los pensamientos), permite al terapeuta, por un lado, distanciarse de la narrativa personal y no quedar completamente atrapado en su experiencia subjetiva, al hacer esto, el distanciamiento de la propia perspectiva, que resulta tan apremiante en los terapeutas novatos, permitirá al clínico tomar la del otro con mayor facilidad (lo cual es esencial para que tenga lugar la empatía) (Shapiro & Izett, 2008). Dicha desidentificación mitigará la influencia de los posibles sesgos que tenga el terapeuta debido a su historia personal, sus valores o aprendizajes previos y en esta medida, le será más fácil tomar la perspectiva del consultante sin juicios, presupuestos o expectativas que puedan distorsionar su percepción (Bellosta, Cebolla, Pérez & Moya, 2019).

En cuanto a la autoconciencia, el redirigir la atención hacia las propias emociones, que incluye la conciencia corporal de las mismas, permitirá al terapeuta sintonizarse con esos eventos internos propios. Dicha sintonización, en la cual hay un reconocimiento y comprensión de los propios sentimientos y experiencias emocionales, permite al terapeuta experimentar lo que es estar triste, alegre, acongojado, etc., lo cual le facilita el reconocimiento de lo que puede significar para otro esa misma experiencia emocional (Shapiro & Izett, 2008). Este aspecto facilitará y favorecerá la empatía por parte del terapeuta novato.

Por otro lado, la regulación emocional, que se fomenta a través de esta práctica meditativa, tendrá un impacto positivo sobre la empatía al permitir al terapeuta conectarse emocionalmente con las experiencias del consultante sin que, al sentirse conmovido por

ello, se desborde y reaccione de forma automática (lo que reduciría las posibilidades de emitir una respuesta terapéutica empática). Así mismo, al promover un manejo adecuado de la ansiedad y del estrés, aspectos que afectan negativamente la atención y la escucha, y por lo tanto, la habilidad de responder selectivamente a las comunicaciones verbales y no verbales del consultante, se verá favorecida la empatía terapéutica (Bowman & Giesen, 1982; Shapiro & Izett, 2008; Bustos, 2018). Además, la postura de apertura y aceptación que promueve el mindfulness, permitirá al terapeuta ser sensible en todo momento a la experiencia del consultante -cualquiera que esta sea- y recibirla con una actitud no enjuiciadora, elemento que, como mencionó Rogers (1980), es un aspecto esencial para la empatía. Así mismo, al cultivar la compasión, se fomenta una actitud que implica aceptar y estar abierto al sufrimiento propio y ajeno, de forma que se pueda tomar una postura de cuidado y amabilidad para aliviarlo (Shapiro, Brown & Biegel, 2007). Diversos autores han relacionado la auto-compasión con la preocupación empática hacia otros, señalando que la primera es un prerrequisito para la segunda (Shapiro & Izett, 2008).

Finalmente, la presencia terapéutica, la cual se ve favorecida por la capacidad de regular la atención, la autoconciencia, la regulación emocional y la actitud de apertura y aceptación, se considera una base y condición previa necesaria para que la empatía tenga lugar en la relación terapéutica (Geller & Greenberg, 2002; Geller, 2013). Esto se debe a que para que el terapeuta sea empático, necesita estar abierto y receptivo a la experiencia del consultante y de sí mismo, estar comprometido totalmente a nivel físico, emocional, cognitivo y relacional con la interacción que se está llevando a cabo en ese momento en la sesión y responder al consultante desde esta experiencia.

En definitiva, la práctica del mindfulness ha sido reconocida como una herramienta que puede favorecer la empatía en los profesionales de la salud, cualidad que ha mostrado ser determinante en el proceso de cambio terapéutico. Para los terapeutas poco experimentados, el poder usar una herramienta que les permita, de forma breve, hacer un manejo de la ansiedad, rumia o miedo, justo antes de entrar a una consulta, promoviendo la regulación emocional, atención y presencia, podría facilitar esta actitud empática y con ello, incrementar las probabilidades de tener éxito en sus procesos de terapia. Dos



investigaciones con resultados prometedores han señalado algunos de los beneficios inmediatos que trae una sesión breve (3-5 minutos) de mindfulness realizada por el terapeuta justo antes de entrar a consulta sobre las percepciones del consultante en aspectos como la presencia, los resultados percibidos de la sesión y la empatía (sugiriendo que la empatía expresada por el terapeuta puede variar entre sesiones) (Dunn et al., 2013; Stone et al., 2018). De esta forma, cobra valor el intentar dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿la realización de un ejercicio corto de mindfulness (de 3 minutos) por parte del terapeuta novato, antes de entrar a una sesión, influye sobre su nivel de empatía percibida por parte de evaluadores externos?, ¿tiene algún impacto sobre los niveles de ansiedad reportados por el terapeuta, la presencia terapéutica y la atención, durante la sesión?, además, si hay un cambio en la empatía ¿este influye sobre el grado de utilidad de la sesión percibida por el consultante?

Los resultados de esta investigación podrían ampliar la discusión sobre la importancia de ofrecer a los terapeutas, dentro de su programa de enseñanza, herramientas prácticas y funcionales que les permitan dar un manejo efectivo a las dificultades personales que puedan interferir con su capacidad de expresar la empatía durante las sesiones de terapia. Así mismo, esta investigación puede aportar y sumarse a aquellas pocas investigaciones que se han realizado sobre la empatía terapéutica medida a través de la calificación de observadores (calificación que no está mediada por la subjetividad de quien aplica la empatía) que permiten hacer la medición en las interacciones entre el terapeuta y el consultante mientras estas tienen lugar (no después de finalizada la interacción).

### **Hipótesis**

- El ejercicio corto de mindfulness realizado por el terapeuta antes de entrar a consulta aumentará sus niveles de empatía expresada en esa sesión.
- Se espera un aumento en la percepción de utilidad que tienen los consultantes sobre las sesiones en la fase experimental del diseño. Al esperarse un aumento en la empatía en estas mismas fases, es a través del incremento en esta variable que se esperaría incrementara la percepción de utilidad.

- El ejercicio corto de mindfulness realizado por el terapeuta antes de entrar a consulta disminuirá su ansiedad de ejecución y aumentará su nivel de atención y presencia terapéutica medidas en dicha sesión.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

- Conocer el impacto de un ejercicio corto de mindfulness pre-sesión sobre el nivel de empatía terapéutica, la utilidad de la sesión percibida por el consultante y los niveles de ansiedad de ejecución, presencia y atención en terapeutas novatos.

### **Objetivos específicos**

- Medir la empatía a través de la observación y calificación de las grabaciones de las sesiones, y medir la utilidad, presencia, atención y ansiedad en sesión a través de auto-reportes.
- Identificar los cambios en la percepción de utilidad de la sesión de acuerdo a los cambios en el nivel empatía expresada por el terapeuta.
- Identificar los cambios que se dan en las variables de empatía, ansiedad, presencia, atención y utilidad, antes y después de la aplicación del ejercicio pre-sesión.
- Describir las experiencias de los terapeutas al realizar el ejercicio pre-sesión, así como de los beneficios percibidos de esta práctica corta con el fin de complementar y enriquecer los resultados cuantitativos.

## **Método**

### **Participantes**

Los participantes fueron, inicialmente, 6 díadas conformadas por un terapeuta novato de pregrado o posgrado que se encontrara realizando sus prácticas en el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional de Colombia (SAP-UN) y un consultante

escogido por cada practicante, que aceptara participar en la investigación. Al final de la recolección de los datos la pareja #4 fue descartada por falta de información, quedando en total 5 díadas para el análisis de resultados (Ver Tabla 1). Los criterios para elegir a los terapeutas fueron: 1) que desearan participar y grabar sus sesiones de terapia, 2) que no tuvieran ningún entrenamiento formal en la práctica del mindfulness con el fin de evitar sesgos en los resultados, 3) que al momento del estudio estuvieran en entrenamiento para ser psicoterapeutas y tuvieran menos de dos años de experiencia como clínicos y 4) que mostraran interés por el mindfulness y estuvieran dispuestos a asistir a un taller de introducción a la práctica.

Para completar la díada, cada estudiante escogió al primer consultante adulto con el que inició proceso de psicoterapia en el momento en el que comenzó el estudio. Siendo un muestreo por conveniencia no se tuvo ningún criterio de inclusión o exclusión particular más que su disponibilidad para hacer parte del estudio; no obstante, se tuvieron en cuenta algunas variables como edad, género y diagnóstico de los consultantes con el fin de explorar una posible influencia de estas sobre los resultados. Los consultantes de la muestra final, que aceptaron expresamente participar en el experimento y firmaron un consentimiento digital, se describen en la Tabla 2.

**Tabla 1**

*Caracterización de los terapeutas participantes*

| Terapeuta | Nivel de formación | Experiencia en psicoterapia | Experiencia previa con mindfulness  | Presencia de diagnóstico psiquiátrico |
|-----------|--------------------|-----------------------------|---|---------------------------------------|
| T1        | Pregrado           | 5 meses                     | Sin entrenamiento formal ni conocimientos previos   | Sí                                    |
| T2        | Pregrado           | 5 meses                     | Sin entrenamiento formal ni conocimientos previos   | No                                    |
| T3        | Posgrado           | 6 meses                     | Sin entrenamiento formal ni conocimientos previos   | No                                    |
| T5        | Pregrado           | 5 meses                     | Sin entrenamiento formal, pero con algunos conocimientos previos debido al enfoque en el que se está entrenando como terapeuta (ACT). | No                                    |

| Terapeuta | Nivel de formación | Experiencia en psicoterapia | Experiencia previa con mindfulness                                | Presencia de diagnóstico psiquiátrico |
|-----------|--------------------|-----------------------------|---|---------------------------------------|
| T6        | Posgrado           | 20 meses                    | Sin entrenamiento formal, pero con conocimientos previos básicos. | No                                    |

**Tabla 2***Caracterización de los consultantes participantes*

| Consultante | Edad | Género    | Diagnóstico   |
|-------------|------|-----------|---|
| C1          | 24   | Femenino  | Problemas en la relación entre esposos o pareja (Z63.0)                         |
| C2          | 27   | Femenino  | Problemas relacionados con la acentuación de rasgos de la personalidad (Z73.1)  |
| C3          | 23   | Masculino | Trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2)                                 |
| C5          | 21   | Masculino | Trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2)                                 |
| C6          | 26   | Femenino  | Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital (Z60.0) |

**Diseño metodológico**

La presente investigación tiene un diseño explicativo secuencial de métodos mixtos. En este diseño primero se recogieron y analizaron los datos cuantitativos y posteriormente, con el fin de profundizar y ayudar a la interpretación y explicación de los resultados cuantitativos iniciales, se recogieron y analizaron los datos cualitativos. (Creswell y Clark, 2017)

La fase cuantitativa consistió en un diseño intrasujeto de medidas repetidas para las 5 díadas, en donde para los primeros dos casos (díada 1 y díada 2) se utilizó un diseño ABAB y para los siguientes casos (díadas 3, 5 y 6)<sup>1</sup>, un diseño de línea base múltiple entre individuos/casos. Se escogieron estos dos diseños para controlar un posible efecto residual o de arrastre del ejercicio en los terapeutas, lo cual afectaría los resultados de las primeras dos díadas. De esta forma, para el primer diseño (ABAB), los terapeutas realizaron el

<sup>1</sup> La díada 4 se excluye de los análisis por falta de datos de línea base.

ejercicio pre-sesión en las sesiones en las que se indica en la Tabla 3, y para el segundo diseño, la práctica de mindfulness se realizó como se señala en la Tabla 4.

**Tabla 3***Distribución de sesiones ABAB*

| # Sesión | Día 1 y 2   |
|----------|-------------|
| 1        |             |
| 2        | A           |
| 3        | Sin         |
| 4        | Mindfulness |
| 5        |             |
| 6        | B           |
| 7        | Con         |
| 8        | Mindfulness |
| 9        |             |
| 10       | A           |
| 11       | Sin         |
| 12       | Mindfulness |
| 13       |             |
| 14       | B           |
| 15       | Con         |
|          | Mindfulness |

**Tabla 4***Distribución de sesiones Línea base múltiple*

| # Sesión | Día 3       | Día 5       | Día 6       |
|----------|-------------|-------------|-------------|
| 1        |             |             |             |
| 2        |             |             |             |
| 3        |             |             |             |
| 4        | Sin         |             | Sin         |
| 5        | Mindfulness | Sin         | Mindfulness |
| 6        |             | Mindfulness |             |
| 7        |             |             |             |
| 8        |             |             |             |
| 9        |             |             |             |
| 10       |             |             |             |
| 11       |             |             | Con         |
| 12       |             |             | Mindfulness |
| 13       | Con         | Con         |             |
| 14       | Mindfulness | Mindfulness |             |
| 15       |             |             |             |
| 16       |             |             |             |
| 17       |             |             |             |
| 18       |             |             |             |

Nota: Dado que los terapeutas 5 y 6 no alcanzaron a terminar las 16 sesiones, la línea base se modificó para cada uno, quedando como se aprecia en la tabla.

En las sesiones en las cuales los terapeutas no realizaban el ejercicio de mindfulness, podían realizar cualquiera de las actividades que normalmente hacían antes entrar a consulta (p. ej. revisar el correo, chatear, conversar con compañeros). Tanto consultantes como observadores externos no tuvieron conocimiento de si el terapeuta realizó o no el ejercicio pre-sesión.

La segunda fase de la investigación (etapa cualitativa) consistió en la realización de una entrevista semiestructurada (Anexo 1) a cada uno de los terapeutas participantes con el fin de conocer su experiencia con la realización del ejercicio pre-sesión y así ampliar y apoyar la explicación de los resultados cuantitativos obtenidos en la primera fase. Al ser un

diseño explicativo secuencial, las preguntas se construyeron a partir de los resultados obtenidos en la fase 1 y de los vacíos explicativos que quedaron. La entrevista abordó 5 ejes que pretendían explorar dichos vacíos y tuvo una duración entre 30 y 60 minutos cada una. Estas entrevistas fueron grabadas con el consentimiento verbal de los y las participantes y fueron posteriormente transcritas y analizadas con el programa ATLAS.ti 8.4.3.

### **Variables e instrumentos**

**Empatía terapéutica.** Se define como la capacidad del terapeuta para comprender la experiencia del cliente y comunicarle este entendimiento (Rogers, 1957). La expresión de la empatía del terapeuta dentro de las sesiones se considera un proceso complejo (Bohart et al., 2002) que consta de varios componentes: (1) *cognitivo* que implica un entendimiento intelectual de la experiencia del consultante, (2) *afectivo* o conexión emocional en la que el terapeuta siente y experimenta el significado de las experiencias del otro, para así poder relacionarse y responder a las emociones del consultante de forma congruente con ellas, (3) *actitudinal* que supone la aceptación, calidez y no enjuiciamiento en la forma en la que el terapeuta se relaciona con la experiencia del cliente, y (4) *sintonía*, que implica la *comunicación* del terapeuta de lo que es más relevante para el cliente en este momento.

Para evaluar esta variable se empleó la versión adaptada por juicio de expertos de la Escala de Empatía del Terapeuta o *Therapist Empathy Scale* (TES) (Anexo 2). La TES es una escala de empatía de calificación por observadores que consta de 9 ítems tipo Likert de 7 puntos y que evalúa los aspectos afectivos, cognitivos, de actitud y de sintonía de la empatía del terapeuta a lo largo de toda la sesión; los valores menores indican la ausencia del componente objetivo de la empatía y valores más altos indican una demostración frecuente o extensa de la misma (1 = nada, a 7 = extensamente), siendo la calificación mínima posible 9 y la máxima 63. Esto implica para los evaluadores, estar alerta durante la sesión completa para sacar una calificación global de cada uno de los 9 ítems. La TES está basada en la Measure of Expressed Empathy (MEE), sin embargo, con el fin de que pudiera ser usada con grabaciones de audio (sin video), los autores del TES reescribieron los ítems

de la MEE que necesitaban de claves visuales, de manera que la observación se basara sólo en el habla y el tono de voz del terapeuta.

En cuanto a las propiedades psicométricas, la TES en su versión original en inglés cuenta con una alta confiabilidad entre evaluadores (ICC= .87 - .91) y un índice Alfa de Cronbach de .94; así mismo, cuenta con validez de constructo luego de análisis factoriales confirmatorios que indican cierto apoyo para el ajuste de factor único. La validez convergente fue apoyada por las correlaciones entre los puntajes TES y la adherencia fundamental de la Motivational Interviewing (MI) (rango  $r$  .50 –.67) y los puntajes de competencia (rango  $r$  .56 - .69). La validez discriminante se indicó mediante correlaciones negativas, o no significativas, entre TES y el comportamiento inconsistente con MI (rango  $r$  .05 - -.33) (Decker et al., 2014).

Se escogió este instrumento porque fue creado para evaluar, de manera específica, la empatía del psicoterapeuta en el contexto de una sesión de terapia. Dicha especificidad permite disminuir el riesgo del efecto techo que han tenido las escalas de auto-reporte empleadas en investigaciones previas acerca del impacto del mindfulness sobre la empatía expresada por profesionales de la salud (Stone et al., 2018). No obstante, al no existir una versión en español de la TES, en la presente investigación se llevó a cabo un proceso de traducción y validación de contenido por juicio de cinco (5) expertos. De esta forma, a través de una tabla de calificación en donde se tuvieron en cuenta aspectos de suficiencia, coherencia, relevancia y claridad de cada ítem, se halló el nivel de acuerdo con el coeficiente V de Aiken. Tres de los expertos fueron profesionales en psicología clínica con amplia experiencia en psicoterapia y con conocimiento sobre la empatía y sus dimensiones, dos fueron expertos en la construcción de pruebas (psicómetras). Una vez obtenidos los resultados sobre la validez de contenido de la TES (Tabla 5, Tabla 6 y Tabla 7), se hicieron las correcciones a aquellos ítems con bajo nivel de acuerdo según los comentarios y señalamientos que realizó cada uno de los jueces.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Para la interpretación se toma en cuenta a Merino & Livia (2009), quienes refieren que para probar si un coeficiente V es significativo (suficiente para aceptar la validez de contenido de los ítems), es necesario tener

**Tabla 5**

*Análisis de validez de contenido por juicio de expertos de la versión traducida de la TES por ítems.*

| ítem | Categoría   | V Aiken | IC 95%      |
|------|-------------|---------|-------------|
| 1    | Suficiencia | .86     | [.62 - .96] |
|      | Claridad    | .86     | [.62 - .96] |
|      | Coherencia  | 1       | [.79 - 1]   |
|      | Relevancia  | 1       | [.79 - 1]   |
| 2    | Suficiencia | .93     | [.70 - .98] |
|      | Claridad    | .93     | [.70 - .98] |
|      | Coherencia  | 1       | [.79 - 1]   |
|      | Relevancia  | 1       | [.79 - 1]   |
| 3    | Suficiencia | .86     | [.62 - .96] |
|      | Claridad    | .86     | [.62 - .96] |
|      | Coherencia  | .93     | [.70 - .98] |
|      | Relevancia  | .86     | [.62 - .96] |
| 4    | Suficiencia | .93     | [.70 - .98] |
|      | Claridad    | .93     | [.70 - .98] |
|      | Coherencia  | 1       | [.79 - 1]   |
|      | Relevancia  | 1       | [.79 - 1]   |
| 5    | Suficiencia | .86     | [.62 - .96] |
|      | Claridad    | .93     | [.70 - .98] |
|      | Coherencia  | 1       | [.79 - 1]   |
|      | Relevancia  | 1       | [.79 - 1]   |
| 6    | Suficiencia | .93     | [.70 - .98] |
|      | Claridad    | .86     | [.62 - .96] |
|      | Coherencia  | 1       | [.79 - 1]   |
|      | Relevancia  | 1       | [.79 - 1]   |
| 7    | Suficiencia | .93     | [.70 - .98] |
|      | Claridad    | .86     | [.62 - .96] |

en cuenta que el límite inferior del intervalo de confianza, el cual debe ser igual o superior al estándar establecido. Dicho estándar puede estar en un nivel liberal de  $V_o = 0.50$ , o en un nivel más conservador, como  $V_o = 0.70$ ; los autores sugieren el uso del criterio liberal si el instrumento se encuentra en las fases iniciales de construcción de ítems, especialmente si el número de jueces es pequeño. A pesar de que todos los coeficientes V del presente estudio se encuentran por encima del valor conservador 0.70, no todos los límites inferiores de los intervalos de confianza lo están. En esta medida, se conservan los ítems, pero se realizan las modificaciones pertinentes señaladas por los expertos en cada una de las categorías de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia que obtuvieron un límite inferior de .62.



| ítem | Categoría   | V Aiken | IC 95%      |
|------|-------------|---------|-------------|
|      | Coherencia  | 1       | [.79 - 1]   |
|      | Relevancia  | 1       | [.79 - 1]   |
|      | Suficiencia | .93     | [.70 - .98] |
|      | Claridad    | .93     | [.70 - .98] |
| 8    | Coherencia  | .93     | [.70 - .98] |
|      | Relevancia  | .93     | [.70 - .98] |
|      | Suficiencia | .93     | [.70 - .98] |
|      | Claridad    | .86     | [.62 - .96] |
| 9    | Coherencia  | 1       | [.79 - 1]   |
|      | Relevancia  | 1       | [.79 - 1]   |
|      | Suficiencia | .93     | [.70 - .98] |
|      | Claridad    | .93     | [.70 - .98] |

Nota: La suficiencia en esta tabla hace referencia a aquella que se da por equivalencia semántica, es decir que la traducción o el cambio en vocabulario del ítem bastan para establecer la equivalencia semántica con su original en inglés.

**Tabla 6**

*Análisis de validez de contenido por juicio de expertos en el aspecto de suficiencia por categoría<sup>3</sup>*

| Suficiencia por categoría |         |           |
|---------------------------|---------|-----------|
| Componente de la empatía  | V Aiken | IC 95%    |
| Sintonía                  | 1       | [.75 - 1] |
| Afectivo                  | 1       | [.75 - 1] |
| Actitudinal               | 1       | [.75 - 1] |
| Cognitivo                 | 1       | [.75 - 1] |

Nota: Valores V Aiken varían entre 0 y 1.

**Tabla 7**

*Análisis de validez de contenido por juicio de expertos general de todo el instrumento.*

| General                   |         |             |
|---------------------------|---------|-------------|
| Categoría                 | V Aiken | IC 95%      |
| Suficiencia semántica     | .91     | [.67 - .98] |
| Claridad                  | .88     | [.65 - .97] |
| Coherencia                | .98     | [.77 - .99] |
| Relevancia                | .97     | [.76 - .99] |
| Suficiencia por categoría | 1       | [.75 - 1]   |

Nota.: Valores V Aiken varían entre 0 y 1.

<sup>3</sup> Suficiencia por categoría: Los ítems que evalúan el mismo componente de la empatía (afectivo, cognitivo, actitudinal y sintonía) bastan para obtener la medición de éste.

**Conciencia plena/Mindfulness.** Se entiende como la capacidad de prestar atención de una manera particular y con propósito, en el momento presente y sin juzgar (Kabat-Zinn, 1994). Esta variable fue evaluada mediante el Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) (Anexo 4), una escala de auto-reporte de 15 ítems tipo Likert de 6 puntos que evalúa la capacidad de la persona para estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana. Esta escala toma en cuenta el mindfulness como rasgo, midiendo la frecuencia con la que está presente en la vida cotidiana (1= casi siempre y 6=casi nunca) y puede ser aplicada sin que el sujeto tenga experiencia previa en mindfulness. La puntuación se obtiene a partir de la media aritmética del total de ítems, y mientras mayor la puntuación, mayor el estado mindfulness. En cuanto a sus propiedades psicométricas, en muestras colombianas el MAAS mostró excelente consistencia interna ( $\alpha = .92$ ) y todos los ítems tuvieron correlaciones adecuadas ítem-ítem y corregidas. El análisis factorial confirmatorio replicó la estructura de un factor y presentó validez discriminante al compararlo con las puntuaciones obtenidas en el General Health Questionnaire (GHQ-12). (Ruiz, Suárez-Falcón & Riaño-Hernández, 2016).

La evaluación de la conciencia plena fue complementada con el Formato de Registro de Actividad, en el apartado del nivel de conciencia plena pre-sesión (Anexo 3). Este formato de auto-reporte, no solo permitió tener un registro de las actividades que realizaron los terapeutas antes de las sesiones, contemplando tanto el ejercicio de mindfulness o cualquiera otra, sino que además permitió evaluar, a través de una escala Likert de 7 puntos, el nivel de conciencia plena con el cual entraron a consulta una vez realizaban el ejercicio.

**Utilidad de la sesión.** Esta variable hace referencia al beneficio de la sesión, percibido por el consultante, en relación con su problemática (si le permitió hacer reflexiones o *insights*, le dio una nueva perspectiva, le brindó herramientas, etc., que le aportan al cambio que busca). Se evaluó a través de la Escala de calificación de la sesión (SRS), versión 3.0 (Anexo 5). La SRS es una medida de la alianza terapéutica basada en el modelo de Bordin (1979) que se administra al final de las sesiones. Tiene 4 ítems que miden las dimensiones de calidad del vínculo terapéutico, objetivos y temas de la sesión, el

enfoque y método del terapeuta y una escala global sobre la utilidad de la sesión. En cuanto a sus propiedades psicométricas, el instrumento cuenta con una consistencia interna alta (Alfa de Cronbach = .94), la validez convergente y discriminante fueron estimadas a través de correlaciones no paramétricas (Spearman) con la WATOCI (Working Alliance Theory of Change Inventory) y la CORE-SFB (Clinical outcomes in routine evaluation-outcome measure) respectivamente, las cuales fueron estadísticamente significativas ( $p < .05$ ). (Moggia, Niño-Robles, Miller, & Feixas, 2020)

**Ansiedad de ejecución.** Se define como el estado de agitación e inquietud que se manifiesta mediante tensión emocional, rumia y sensaciones somáticas displacenteras, surge frente a la realización de tareas específicas y compromete gravemente la capacidad del individuo para ejecutarlas (Powell, 2004). Fue evaluada a través de un ítem de auto-reporte tipo Likert de 7 puntos en la que los terapeutas debían marcar con una X qué tan ansiosos se sintieron durante la sesión inmediatamente anterior donde 1=nada y 7=muy. (Anexo 6)

**Presencia terapéutica.** Esta variable se define como estar abierto, receptivo y ser sensible a los detalles de la experiencia (propia, del otro y de la interacción) momento a momento. Para su evaluación se usó, al igual que con la variable anterior, una pregunta de auto-reporte tipo Likert de 7 puntos en la que los terapeutas debían marcar con una X qué tan presentes se sintieron durante la sesión previa donde 1=nada y 7=muy. (Anexo 6)

**Atención:** Es la capacidad cognitiva que permite concentrarse de forma selectiva en los aspectos relevantes de la sesión, mientras que se ignoran otros aspectos perceptibles no relevantes. Fue usada también una escala de auto-reporte tipo Likert de 7 puntos en la que los terapeutas debían marcar con una X qué tan atentos estuvieron en la sesión, donde 1=nada y 7=muy. (Anexo 6)

## **Procedimiento**

La primera fase del estudio, posterior a la validación de contenido por juicio de expertos de la TES, consistió en el entrenamiento sobre el uso de este instrumento a una profesional en psicología que cuenta con más de dos años de experiencia clínica y quien fue

la encargada de realizar calificación de las sesiones. Para evitar sesgos, evitó calificar dos sesiones del mismo terapeuta en un mismo día, y procuró que estas no siguieran un orden cronológico estricto. El entrenamiento consistió en la familiarización con el instrumento, la calificación de sesiones de prueba y la resolución de dudas. Para verificar la efectividad del entrenamiento y determinar la confiabilidad de la evaluación se compararon las calificaciones que obtuvo la profesional entrenada en 6 sesiones (videos de terapeutas que no participaron en la presente investigación) con las que obtuvo la entrenadora/investigadora en las mismas 6 sesiones. Los datos mostraron un acuerdo entre las evaluadoras de 81% ( $V_o=0.81$  con un intervalo de confianza al 95% de 0.52- 0.94).<sup>4</sup> Además, para garantizar la confiabilidad de la observación, además del acuerdo inicial, al finalizar la recolección de los datos la investigadora evaluó el 10% de todas las sesiones (elegidas al azar) calificadas por la primera evaluadora y se obtuvo un acuerdo inter-evaluadores de 80% ( $V_o=0.797$  con un intervalo de confianza al 95% de 0.51- 0.93), haciendo la aproximación.

Después de entrenar a quien hizo la observación con el TES, se seleccionaron los participantes mediante muestreo por conveniencia de acuerdo con los criterios establecidos previamente y se tuvo un encuentro inicial con cada uno para contarles acerca de la investigación e instruirlos en el uso de los instrumentos de auto-reporte. Finalmente, se realizó el taller breve de entrenamiento en mindfulness a los terapeutas que estuvieran a 3 o 4 semanas de iniciar con la aplicación del ejercicio pre-sesión. Este entrenamiento se realizó de forma virtual y consistió en 5 sesiones, cada una de 35-45 minutos, que tuvieron lugar a lo largo de dos semanas y media. Allí se introdujo a los terapeutas en los principios básicos de mindfulness como la atención, la conciencia momento a momento, la aceptación, la apertura a la experiencia sin juicio; se realizaron prácticas formales de mindfulness y se les enseñó el ejercicio corto de 3 minutos que debían realizar previo a las

---

<sup>4</sup> Se elige un criterio liberal ( $V_o=0.50$ ) debido a que en las primeras calificaciones obtenidas por la persona que fue entrenada surgieron dudas, las cuales fueron resolviéndose y aclarándose a medida que avanzaba el entrenamiento y se calificaban más sesiones de prueba. De esta forma, el acuerdo inter-evaluadores se hizo incluyendo tanto las primeras calificaciones hechas durante el entrenamiento como las últimas, aún así arrojando un  $V_o$  de 0.81.

sesiones experimentales. Este ejercicio fue el “Espacio de la Respiración de Tres Minutos” (descrito anteriormente) y se eligió por ser ampliamente usado en los programas MBCT además, por haber sido empleado por Stone et al. (2018) en su estudio y además, recomendado por Macdonald & Muran (2020).

También, se dejaron tareas y ejercicios de prácticas formales e informales para realizar fuera de las sesiones del taller. Este programa de entrenamiento (Anexo 7) se basó en el que fue propuesto por Dunn et al., (2013) en su estudio sobre el uso de la atención plena previa a la sesión para mejorar la presencia en la sesión terapéutica, no obstante, se hicieron algunas modificaciones: el taller de Dunn et al., (2013) se realizó de forma presencial una sesión por semana, frente a la modalidad completamente virtual y con frecuencia de 2 sesiones por semana que se tuvo en el presente estudio. Esta nueva frecuencia redujo el tiempo de práctica meditativa (tareas y ejercicios) con el que los terapeutas contaron entre sesiones.

Para evaluar el impacto de este entrenamiento se aplicó la MAAS en la primera y última sesión. Dado que el objetivo del taller fue familiarizar a los terapeutas con los principios del mindfulness e iniciarlos en la práctica de esta forma de meditación, los resultados de la MAAS fueron simplemente informativos (conocer el impacto general que tuvo el entrenamiento) y no de carácter eliminatorio para los terapeutas que no incrementaran su capacidad para estar atentos y conscientes momento a momento. Aún así, estos datos individuales se tuvieron en cuenta para la interpretación de los posibles resultados finales del estudio.

Para verificar la actividad realizada por los terapeutas se les pidió que justo antes de entrar a consulta registraran la actividad que realizaron (ejercicio de mindfulness, chatear, revisar el correo, etc.) y que, en caso de haber hecho el ejercicio, respondieran en una escala de 1 a 7 qué tan *mindful* o conscientes del momento presente se sintieron, siendo 1 “para nada” y 7 “completamente” (Anexo 3).

Cada sesión fue grabada por los terapeutas desde su computador personal y fue compartida por Drive a la investigadora, limitando los permisos de acceso para mayor

seguridad. Al finalizar cada consulta los terapeutas solicitaron a sus consultantes diligenciar el formato de la Escala de Calificación de la Sesión (SRS) y ellos llenaron un formato de auto-reporte donde indicaron, en una escala de 1 a 7, el nivel de ansiedad, presencia y atención experimentado durante la sesión (ambos formatos, el del terapeuta y el consultante se consignaron en formatos de Drive que fueron compartidos con la investigadora). Una vez los terapeutas finalizaron las sesiones contempladas como parte de la investigación, se llevaron a cabo las entrevistas semiestructuras (Anexo 1).

Finalmente, para analizar los resultados cuantitativos se usaron pruebas no paramétricas para muestras relacionadas, la estadística Reliable Change Index<sup>5</sup> (RCI por sus siglas en inglés), el índice de no solapamiento de todos los pares (NAP por sus siglas en inglés)<sup>6</sup> usado para estimar el tamaño del efecto basado en el no solapamiento de los datos entre las fases del estudio (línea base y tratamiento) y la observación de las tendencias de las medidas repetidas. Para ello se usó el programa SPSS 25.0, el RCI Calculator de Zahra (2010), y el NAP Calculator de Parker y Vannest (2009). Posteriormente, se analizaron los datos cualitativos a través del análisis de contenido usando el programa ATLAS.ti 8.4.2, además se llevó a cabo una segunda codificación de los datos realizada por otra psicóloga con experiencia en investigación cualitativa con el fin de establecer la confiabilidad del análisis cualitativo.

---

<sup>5</sup> El RCI es un índice estadístico usado en investigaciones con pocos participantes, que demuestra el cambio en los resultados por cada individuo y si estos cambios son confiables y significativos. Un RCI >1.96 (una desviación estándar del promedio) se interpreta como un cambio confiable de la medida ( $p < .05$ ), es decir un aumento o una disminución mayor de 1.96, implica que el cambio que indican las puntuaciones no se debe al error de medida, sino que reflejan un cambio real. Para su cálculo se requieren los datos normativos de la población en la que se validó la prueba empleada (Sanz & García-Vera, 2015)

<sup>6</sup> El (NAP) es una técnica no paramétrica o índice del tamaño del efecto usado en investigaciones con diseños de caso único, ofrece una medida de la magnitud del cambio que puede resultar más objetiva que la que se obtiene mediante un análisis visual de las gráficas, por lo que ayuda precisar y complementar las inferencias basadas en este. Es recomendado porque se puede calcular con un número pequeño de datos en la línea base (LB) o el la fase experimental (tratamiento) y para su cálculo no se requieren datos normativos poblacionales de los instrumentos empleados. Esta técnica no incluye la tendencia de los datos. (Sanz & García-Vera, 2015) Interpretación: Efecto débiles: 0 -0,65; efectos medios/moderados: 0,66-0,92; efectos grandes o fuertes: 0,93-1,0. (Parker & Vannest, 2009)

## **Consideraciones éticas**

Siguiendo los lineamientos de la Resolución No 8430 de 1993, del Ministerio de Salud, la presente investigación contó con la autorización expresa de los participantes a través de un consentimiento informado escrito; protegió la privacidad de los sujetos catalogándolos con un código alfanumérico y manteniendo la confidencialidad de toda la información recogida que pudiera generar un posible reconocimiento de la identidad a los participantes; tomó las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación; y fue avalado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia.

Cabe mencionar que, aunque en un inicio tanto terapeutas como consultantes desconocieron el objetivo de la investigación con el fin de evitar sesgos, este les fue informado una vez terminó la recolección de los datos. Adicionalmente, esta información les fue señalada en el consentimiento informado que firmaron previamente y no implicó un riesgo o daño para los mismos.

## **Resultados**

Para mantener la confidencialidad en el análisis de resultados, cada día terapeuta-consultante fue identificada con la letra D seguida de un número; de igual manera, cada terapeuta se identificó con la letra T seguida del número correspondiente con la día de la que hizo parte (T1, T2, T3, T5 y T6), y finalmente, cada consultante se identificó con una C y el número respectivo.

### **Análisis cuantitativo**

En cuanto a los resultados cuantitativos, se hizo un análisis inicial para determinar el cambio en el nivel de conciencia plena en los terapeutas luego del entrenamiento tanto a nivel grupal, como individual. Posteriormente, se observaron las tendencias obtenidas de las medidas repetidas para las variables de empatía, utilidad de la sesión, ansiedad, presencia terapéutica y atención al comparar las líneas base y la condición experimental en

cada día, se complementó este análisis visual con el (NAP)<sup>7</sup> para evaluar el efecto o la magnitud del cambio con la intervención.

Para determinar el efecto del entrenamiento sobre el nivel de consciencia plena se realizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas pues la prueba Shapiro-Wilk indicó que la variable *post* no tenía una distribución normal (Pre:  $0,355 > 0,05$  y Post  $0,013 < 0,05$ ). Los análisis indicaron que el entrenamiento no tuvo un efecto estadísticamente significativo ( $0,144 > 0,05$ ); es decir, que no hubo un cambio considerable con respecto a la capacidad de los terapeutas para estar atentos y conscientes de su experiencia presente luego de haber asistido a las 5 sesiones del taller.

Según Ruiz et al.(2016), las puntuaciones promedio de los participantes que no tienen un trastorno psiquiátrico diagnosticable suelen situarse en torno a los 65 puntos. De esta forma, al hacer un análisis individual de los datos (ver Tabla 8), se observó que, por un lado, T2, T3 y T6, tienen un nivel cercano al promedio en el momento previo al taller, los primeros dos terapeutas mostraron diferencias positivas, no obstante, de estos dos, sólo T3 tuvo un cambio significativo ( $RCI=2,760 > 1,96$ ), mientras que T6 se mantuvo estable. T5, aunque en un inicio reportó bajos niveles de atención plena, logró incrementar su capacidad de forma significativa ( $RCI=6,703 > 1,96$ ) luego del taller, alcanzando uno de los puntajes más altos obtenidos por los terapeutas. Por su parte, T1 quien también muestra un puntaje bajo, mostró una diferencia negativa (más no significativa) en sus puntuaciones al finalizar el taller ( $RCI=-0,789 < 1,96$ ); estos puntajes pueden entenderse a la luz de que T1 manifestó estar diagnosticada actualmente con un trastorno psiquiátrico, ubicándose más cerca a la media de la población clínica ( $M=59,33$ ) (Ruiz et al., 2016), y encontrando difícil beneficiarse de las intervenciones basadas en mindfulness (Baer et al.,2019; Britton, 2019).

---

<sup>7</sup> Se empleó este índice debido a que se tienen pocas días y cada día se comporta como un caso único, y además, no se cuenta con todos los datos normativos de los instrumentos empleados que se necesitarían para emplear otro tipo de criterio de significancia estadística y/o clínica.



**Tabla 8**  
*Resultados Mindfulness Attention Awareness Scale - MAAS*

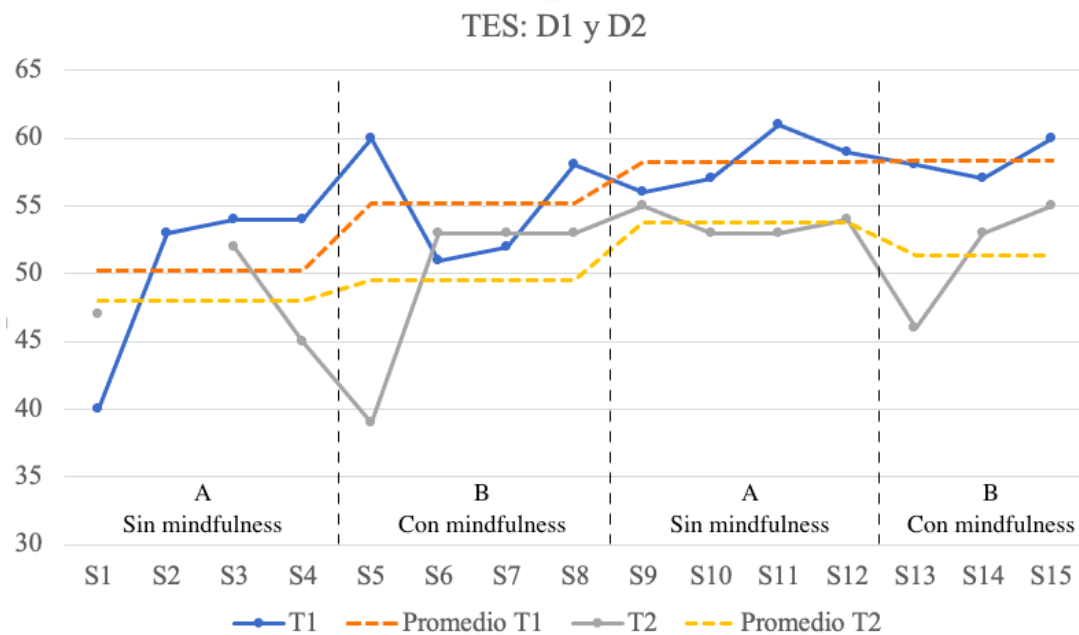
| <b>Terapeuta</b> | <b>Pre</b> | <b>Post</b> | <b>RCI</b> |
|------------------|------------|-------------|------------|
| T1               | 56         | 54          | -0,789     |
| T2               | 67         | 70          | 1,183      |
| T3               | 61         | 68          | 2,760      |
| T5               | 53         | 70          | 6,703      |
| T6               | 67         | 67          | 0,000      |

Nota<sub>1</sub>: RCI > 1.96 = Cambio confiable o real.

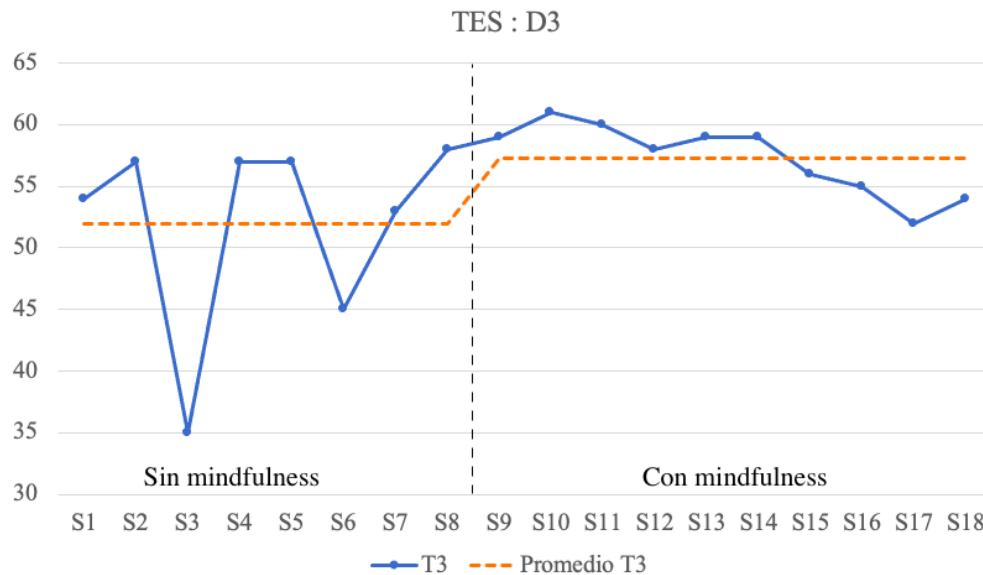
### ***Empatía***

En lo que respecta a la empatía en sesión, la Figura 1 muestra el comportamiento de esta variable para las díadas 1 y 2, las cuales tuvieron el diseño  $A_1B_1A_2B_2$ . Como se puede observar, para la T1, el nivel de empatía tiende a aumentar y a estabilizarse a medida que pasan las sesiones, sin importar si se ejecutaba el ejercicio de mindfulness o no. Los valores NAP (ver Tabla 9) corroboran esta interpretación, pues aunque cambio de la fase A1 a la B2 puede ser relevante (NAP=1), la magnitud débil del cambio que se presenta entre cada par de fases (A1-B1 y A2-B2), no permite decir que dicho cambio entre la primera LB y la última fase experimental, se deba a la implementación del ejercicio, más bien podría relacionarse con la adquisición de experiencia o con el efecto de la interacción entre terapeuta y consultante.

Por otro lado, para el T2 la empatía siguió una tendencia similar de aumento a lo largo de las primeras 12 sesiones del proceso, aunque presentando mayor variabilidad; la sesión 13 muestra una disminución que impacta en el promedio de la última fase (B<sub>2</sub>). Para este terapeuta, se resalta la presencia de dos momentos en los cuales hay un decremento de su empatía: las sesiones 5 y 13, las primeras en las fases de intervención, por lo que es en estas etapas (B1 y B2) en donde más se presenta variabilidad y dispersión de los datos para el T2. Los valores NAP (ver tabla 9) indican un cambio de magnitud media de la fase A1 a la B1 (NAP=0,75), así como de la A1 a la B2 (NAP=0,77), no obstante, al no existir el mismo efecto al pasar de la A2 a la B2, no es posible atribuir un cambio significativo debido a la intervención, por lo que, al igual que con T1, otros factores como la experiencia o la interacción podrían explicar mejor este cambio.

**Figura 1.***Resultados de la TES para D1 y D2*

Para la D3, (ver figura 2) los datos indicaron que durante la línea base, la terapeuta tuvo una empatía bastante variable y sin una tendencia clara, teniendo puntuaciones entre 35 y 58 ( $M= 52$ ,  $DE=8.053$ ). Al introducir la intervención, las puntuaciones se vuelven más estables y alcanzan puntajes más altos ( $M= 57.4$ ,  $DE=2.908$ , rango 52-61), cambio que según el índice NAP (ver tabla 10), puede considerarse con un efecto o magnitud media ( $NAP=0,7625$ ).

**Figura 2.***Resultados de la TES para D3.*

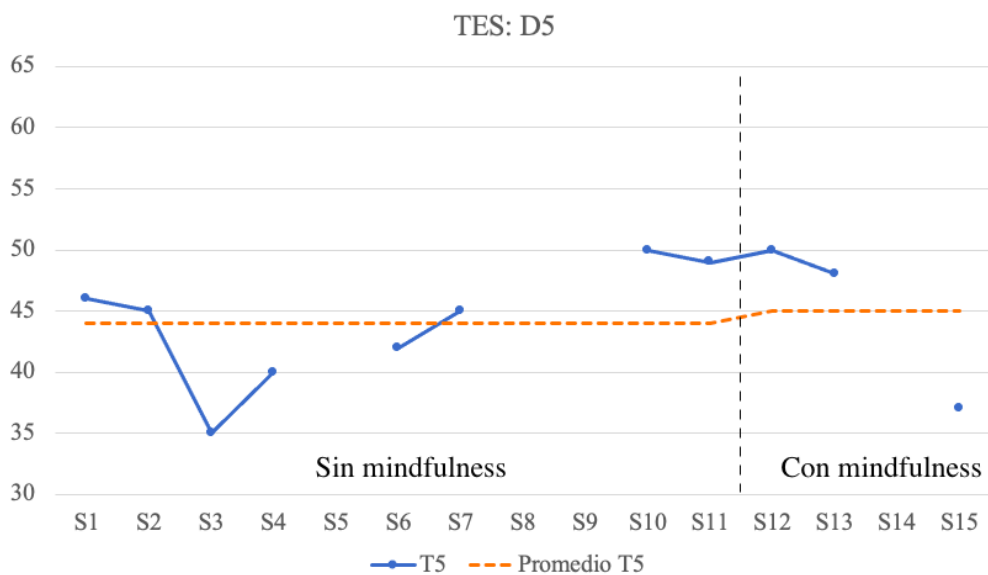
Como se puede ver en la figura 3, la diada 5 realizó 11 sesiones de línea base y 4 de intervención, sin embargo, para la TES sólo se recogieron 11 puntos de datos en total debido a algunas dificultades en las grabaciones de las sesiones, esto puede sesgar el cálculo de las medias. De esta forma, los datos graficados permiten observar que durante la línea base, el T5 tuvo una empatía variable y sin una tendencia definida, en donde inicialmente hubo una disminución de la 1ra a la 3ra sesión y posteriormente esta tiende a incrementarse paulatinamente. Una vez inicia la aplicación del ejercicio, se observa una disminución progresiva en los puntajes de la TES, pero su promedio resulta levemente mayor al de la fase previa (pasando de  $M= 44$ ,  $DE= 4,899$ , rango 35-50 a  $M= 45$ ,  $DE=7$ , rango 37-50). No obstante, debido a los datos perdidos que pueden sesgar estos cálculos, el índice NAP (ver tabla 10) permite ser más precisos al señalar que, a pesar de la diferencia positiva de medias, el cambio de la línea base a la fase experimental fue débil o poco relevante ( $NAP=0,6045$ ).

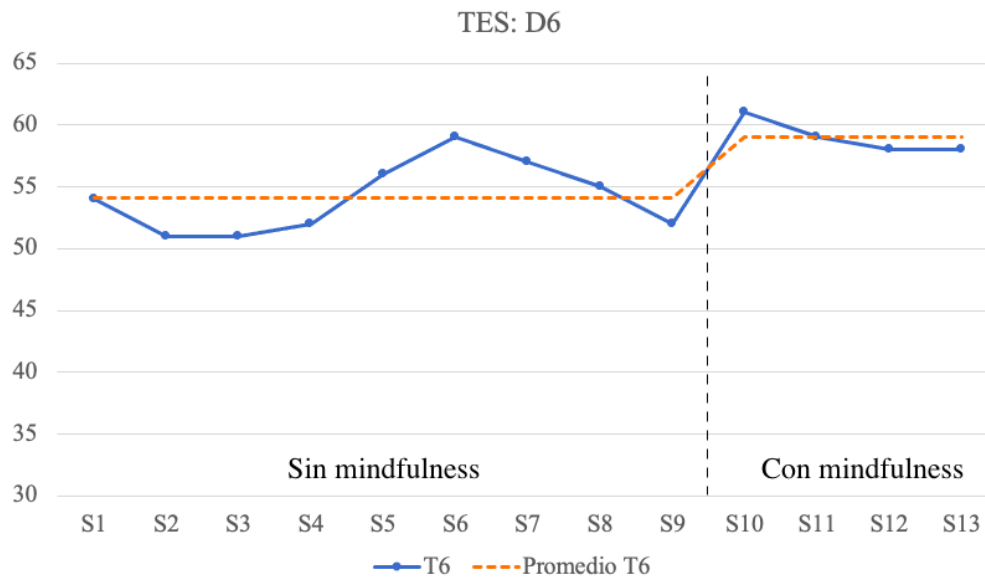
Para la T6, los datos indican (ver figura 4) que hubo altos niveles de empatía que se mantuvieron relativamente estables durante la línea de base ( $M= 54.11$ ,  $DE=2.848$ , rango= 51-59). En la fase de intervención se observa que las puntuaciones en empatía se elevan y

se vuelven más estables que en la fase previa ( $M= 59$ ,  $DE=1.414$ , rango 58-61). El índice NAP (ver tabla 10) permite decir que la magnitud de este cambio en la empatía al pasar de la LB a la fase experimental fue grande ( $NAP=0,9306$ ), pues el porcentaje de datos que muestran una mejoría respecto a la línea base (que se encuentran por encima de la LB) es del 93%.

**Figura 3.**

*Resultados de la TES para D5*



**Figura 4.***Resultados de la TES para D6.*

A nivel general, no se observa un impacto claro del ejercicio de mindfulness sobre la empatía terapéutica, variable que, independientemente de la condición experimental, parece mejorar a medida que avanza el proceso de terapia, en unos terapeutas de forma más paulatina y constante que en otros; este aumento gradual puede deberse, como ya se mencionó, al efecto de la interacción con el consultante o a la adquisición de experiencia de los terapeutas.

### ***Utilidad de la sesión***

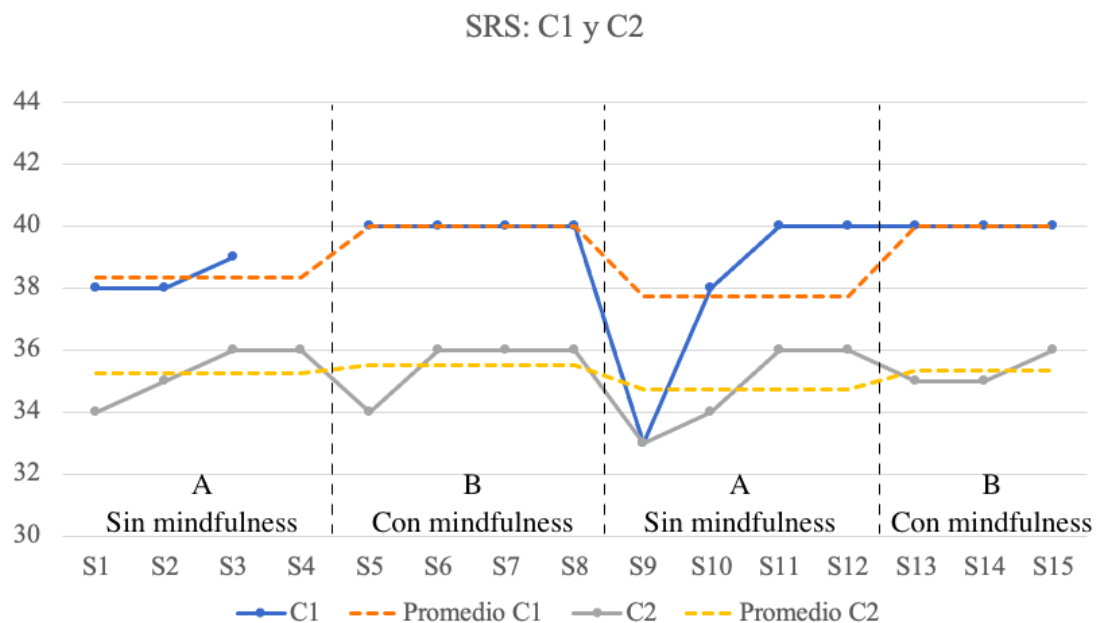
Los datos muestran que, en general, la C1 tuvo una percepción relativamente estable de la utilidad de las sesiones a lo largo de todo el proceso; se resalta que en las fases experimentales, las puntuaciones no variaron en absoluto alcanzando las puntuaciones más altas posibles ( $M= 40$ ,  $DE= 0.0$ ) (ver Figura 5). Se observa solo una puntuación baja en la sesión 9, en donde a pesar de que la C1 reportó en el formato que se sintió escuchada y comprendida, que se trabajó y habló sobre lo que ella deseó y que sintió que el enfoque de la terapeuta encajó bien con ella, tuvo la percepción general de que algo le faltó a la sesión. De esta forma, el porcentaje de datos que mostraron una mejoría en las fases experimentales, al compararlas con las líneas base previas, en su conjunto, fue del 87.5%,

indicando según el índice  $NAP=0.875$  (combinado), que cuando se introduce el ejercicio, el cambio en la percepción de utilidad de C1 tiene una magnitud media (ver tabla 10).

Al igual que la C1, la C2 tuvo una percepción de utilidad de la sesión bastante estable a lo largo de todo el proceso, sin embargo, en las sesiones en las que el terapeuta realizó el ejercicio de mindfulness se observaron puntuaciones levemente mejores ( $M=35.50$ ,  $DE=1$ , rango 34-36 y  $M=35.33$ ,  $DE=0.577$ , rango 35-36, respectivamente) que en las sesiones de línea base  $A_1$  y  $A_2$  ( $M=35.25$ ,  $DE=0.957$ , rango 34-36 y  $M=34.75$ ,  $DE=1.5$ , rango 33-36, a correspondencia). No obstante lo anterior, el índice NAP combinado (0,589) permite precisar que este cambio fue débil y poco relevante (ver tabla 10).

### Figura 5.

*Resultados de la SRS para C1 y C2*



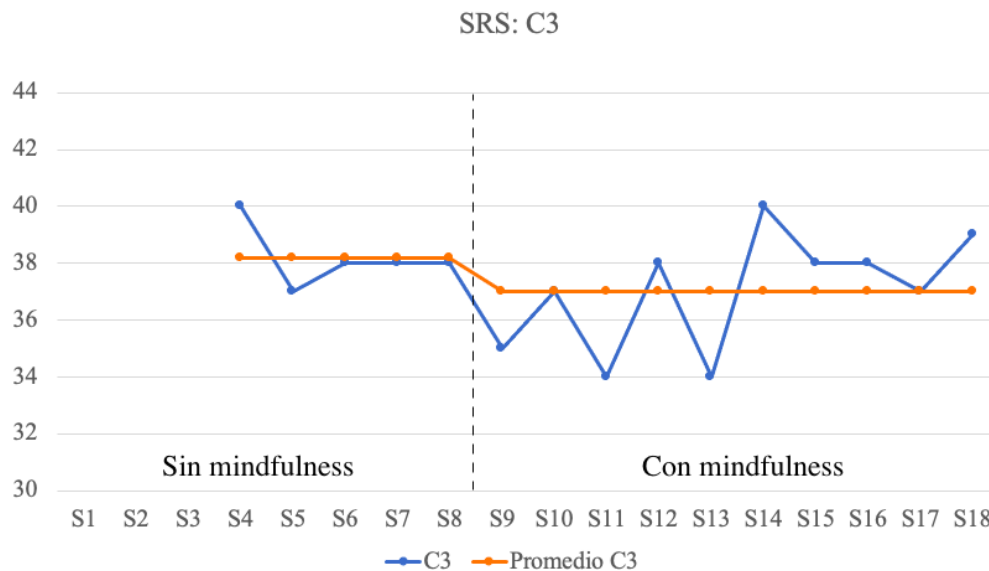
Como se puede observar en la Figura 6, la C3 no cuenta con los primeros 3 reportes del SRS debido a que, al momento de iniciar la participación en la presente investigación, ya se habían realizado 3 sesiones de terapia (estas habían sido grabadas por lo que se facilitó su posterior calificación con la TES). De esta manera, se observa que las puntuaciones acerca de la percepción de utilidad de la sesión de este consultante, en la fase de intervención, tomaron valores menores ( $M=38.20$ ,  $DE=1.095$ , rango 37-40) a aquellos

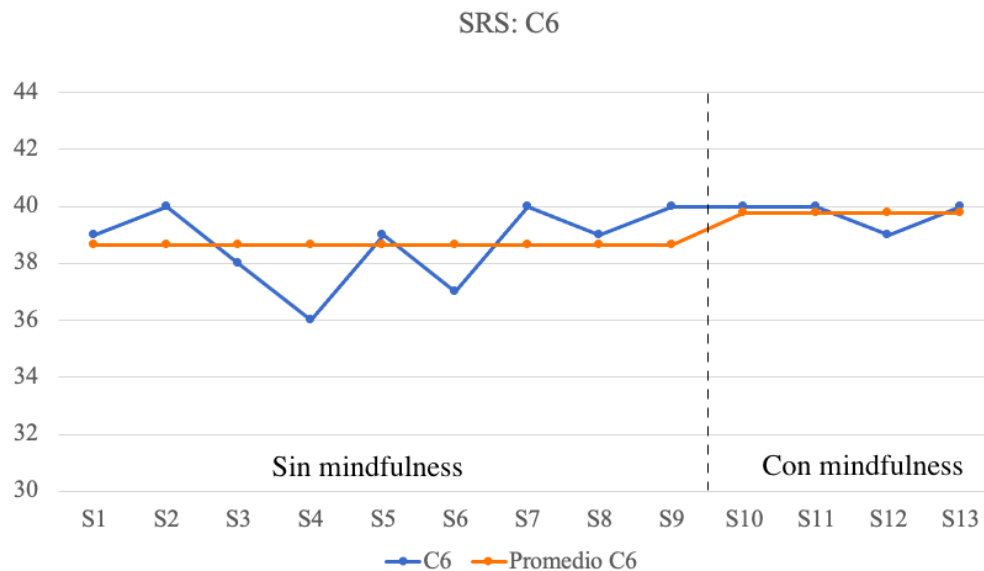
obtenidos, en la fase experimental ( $M= 37$ ,  $DE=2.055$ , rango 34-40). Por su parte, el índice NAP nos permite precisar que la magnitud de este cambio fue débil o poco relevante ( $NAP=0,34$ ).

El C5 no diligenció el formato de SRS por lo cual no hay datos. Por su parte, los datos de la figura 7 muestran que la C6 percibe que la utilidad de las sesiones fue variable en la línea base, logrando estabilizarse con altos puntajes a partir de la intervención. El análisis de estadística descriptiva indicó que, en promedio, hubo una leve mejoría en la percepción de utilidad una vez la T6 inició con la realización ejercicio pre-sesión ( $M= 38.67$ ,  $DE=1.414$ , rango 36-40 para la línea base y  $M= 39.75$ ,  $DE=0.5$ , rango 39-40 para la fase de intervención); el índice NAP señala que la magnitud de este cambio fue media ( $NAP=0,75$ ). (Ver tabla 10)

### Figura 6.

*Resultados de la SRS para C3*



**Figura 7.***Resultados de la SRS para C6.*

Los anteriores resultados muestran que, para los consultantes de las díadas 1 y 2, la utilidad de la sesión se mantuvo relativamente estable a lo largo del proceso, mientras que para con consultantes 3 y 6, hubo gran variabilidad en esta medida. Además, en casi todas las díadas, exceptuando la D3, se percibió un aumento y estabilización de dicha percepción en las fases experimentales de aplicación del ejercicio, no obstante, este incremento fue moderado/medio para D1 y D6 y débil para D2.

### ***Ansiedad***

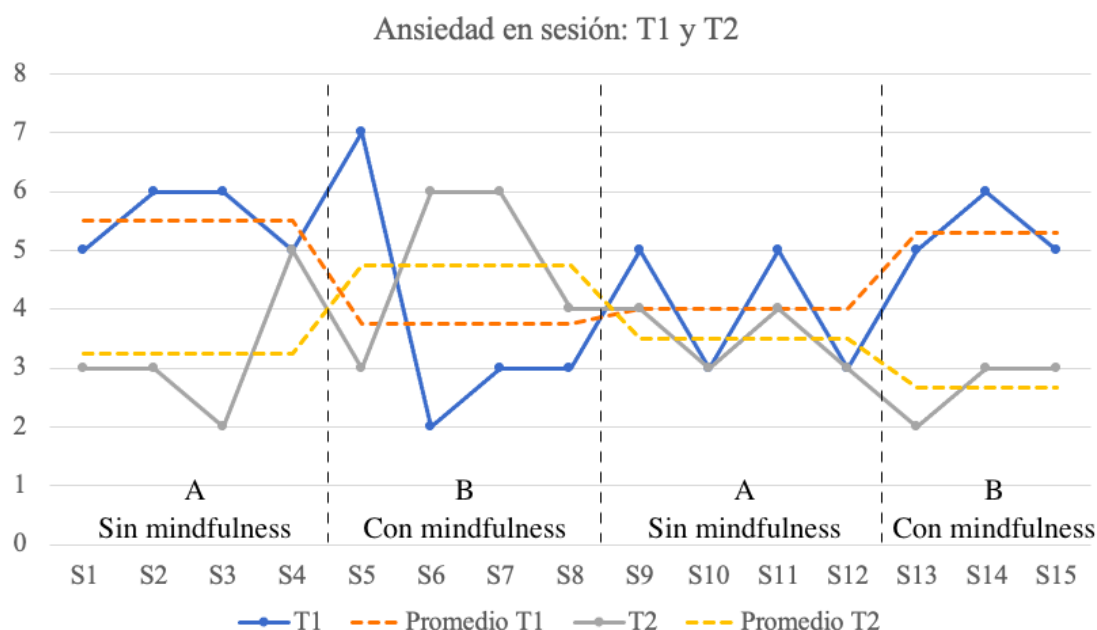
En la figura 8, los datos indican que, para la T1, los niveles reportados de ansiedad disminuyeron moderadamente en la primera fase experimental, esto a pesar de haber un incremento en la primera sesión de esta fase (NAP= 0,75); no obstante, no sucede lo mismo en la segunda fase de intervención, por el contrario, se observa un aumento de la ansiedad reportada en sesión (NAP=0,1667). Cabe resaltar que esta terapeuta reportó los niveles más altos de ansiedad en comparación con los otros terapeutas y que en su relato (fase cualitativa del estudio) reportó que el saberse observada fue un factor que incrementó su ansiedad durante el estudio.



El T2, por su parte, reportó un incremento en la ansiedad en la primera fase de intervención (NAP=0,1875), seguida de un decremento y una estabilización paulatina hacia la mitad del proceso; aunque el cambio reportado de la segunda LB a la segunda fase experimental tuvo una magnitud media (NAP =0,8333) (alcanzando el promedio más bajo en la fase final), el NAP combinado (0,4831) indica que los cambios fueron débiles en su conjunto, por lo que es posible decir que la ansiedad varió de manera independiente al cambio de condición. (Ver tabla 9)

### Figura 8.

*Resultados de la escala de auto-reporte de ansiedad para T1 y T2*

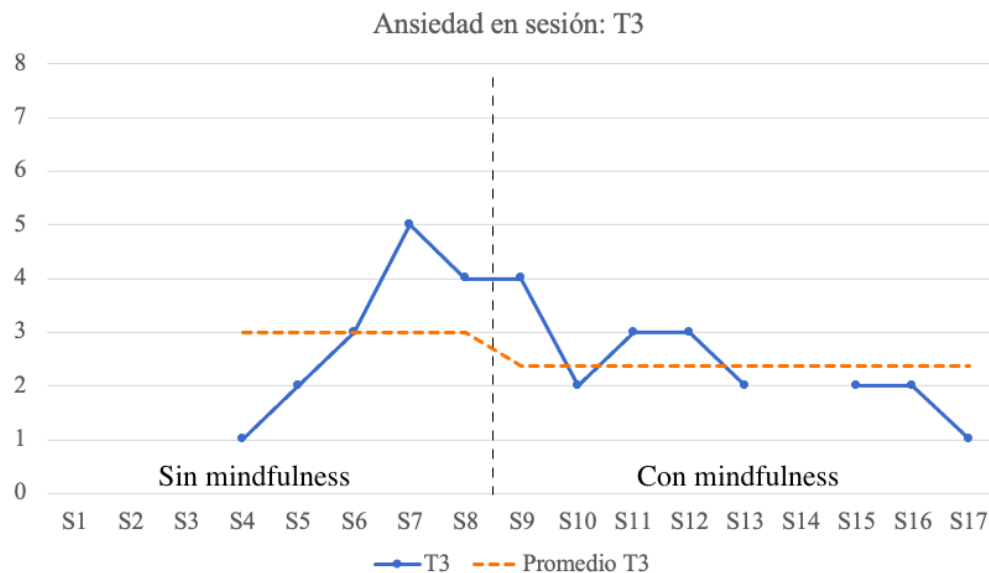


En cuanto a la T3, en la figura 9 se puede notar que en la fase experimental, la ansiedad reportada en sesión disminuyó levemente y se mantuvo más estable ( $M= 3$ ,  $DE=1.581$ , rango 1-5 en la LB, y  $M= 2.38$ ,  $DE=0.916$ , rango 1-4 en la intervención), no obstante, este cambio tuvo una magnitud débil siendo poco relevante (NAP=0,625) (ver tabla 10). A pesar de esto, dado que el índice NAP no tiene en cuenta las tendencias, es posible decir que, aunque la magnitud del cambio no es significativa, sí se observa un cambio de una tendencia ascendente en la LB (pasando de un valor de 1 en la cuarta sesión a 5 en la séptima), a una tendencia decreciente en su ansiedad durante las sesiones una vez la T3 inicia con la aplicación del ejercicio.

De los auto-reportes diligenciados por el T5 se tienen 13 datos para cada una de las escalas de ansiedad, presencia y atención, esto debido a que en dos ocasiones (1ra y 9va sesión) el terapeuta no ingresó sus puntuaciones en el formato, nuevamente, esto limita, en cierta medida, la interpretación de los promedios. De esta forma, aunque la figura 10 muestra que, cuando se introduce la intervención hay cambios cuantificables en la ansiedad, pues disminuye y se estabiliza (A:  $M= 2.78$ ,  $DE=1.302$ ; B:  $M= 1.25$ ,  $DE=0.5$ ), el índice NAP (ver tabla 10), permite precisar estos datos y señalar que este cambio es relevante ( $NAP= 0,9306$ ).

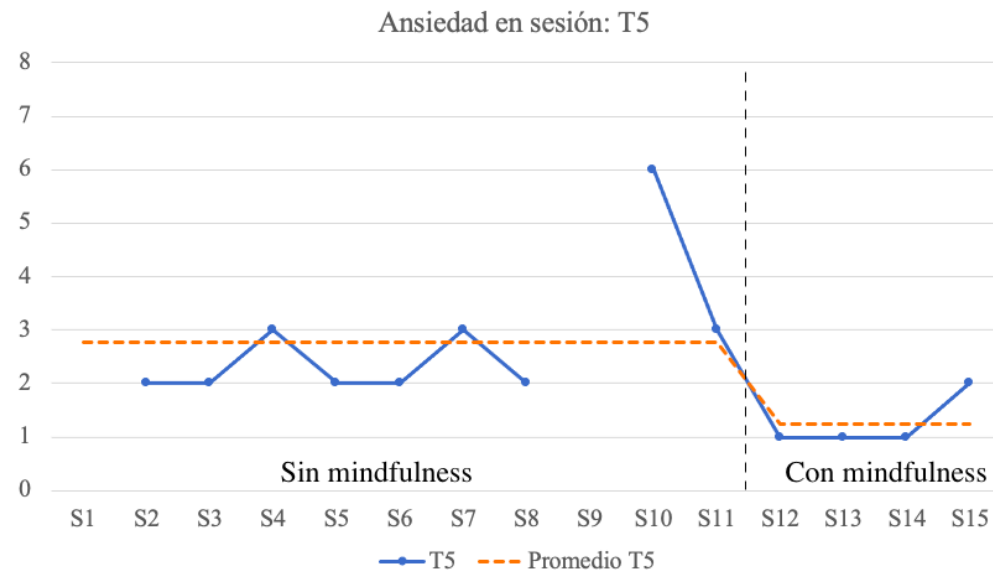
**Figura 9.**

*Resultados de la escala de auto-reporte de ansiedad para T3.*



**Figura 10.**

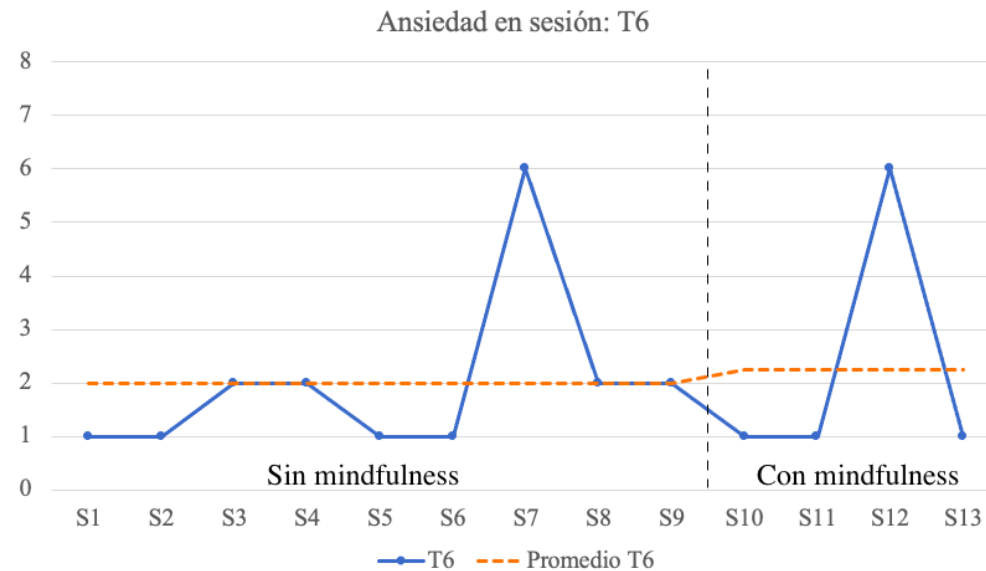
*Resultados de la escala de auto-reporte de ansiedad para T5.*



En relación con la ansiedad de la T6, los datos muestran que no hay un cambio significativo en la fase experimental ( $NAP=0,5972$ ) (ver figura 11 y tabla 10). Durante las sesiones de línea base la ansiedad reportada se mantuvo en valores bajos, entre 1 y 2, excepto en la sesión 7, en donde se incrementó a 6 ( $M= 2$ ,  $DE=1.581$ , rango 1-6); de la misma forma, durante la aplicación de la condición experimental, la terapeuta mantuvo niveles mínimos de ansiedad, salvo en la sesión 12 ( $M= 2.25$ ,  $DE=2.5$ , rango 1-6).

**Figura 11.**

*Resultados de la escala de auto-reporte de ansiedad para T6.*



De esta forma, se señala que la ansiedad no se comportó de la misma forma para todos los terapeutas al introducir el ejercicio en la fase experimental. Aunque para la T3 la tendencia cambió por una descendente y para T5 la ansiedad disminuyó (volviéndose también más estable para ambos en la fase de introducción del ejercicio pre-sesión), para la T1 y T6, quienes reportaron los niveles más altos y más bajos de ansiedad, respectivamente, no se observaron efectos evidentes, similar a lo ocurrido para el T2.

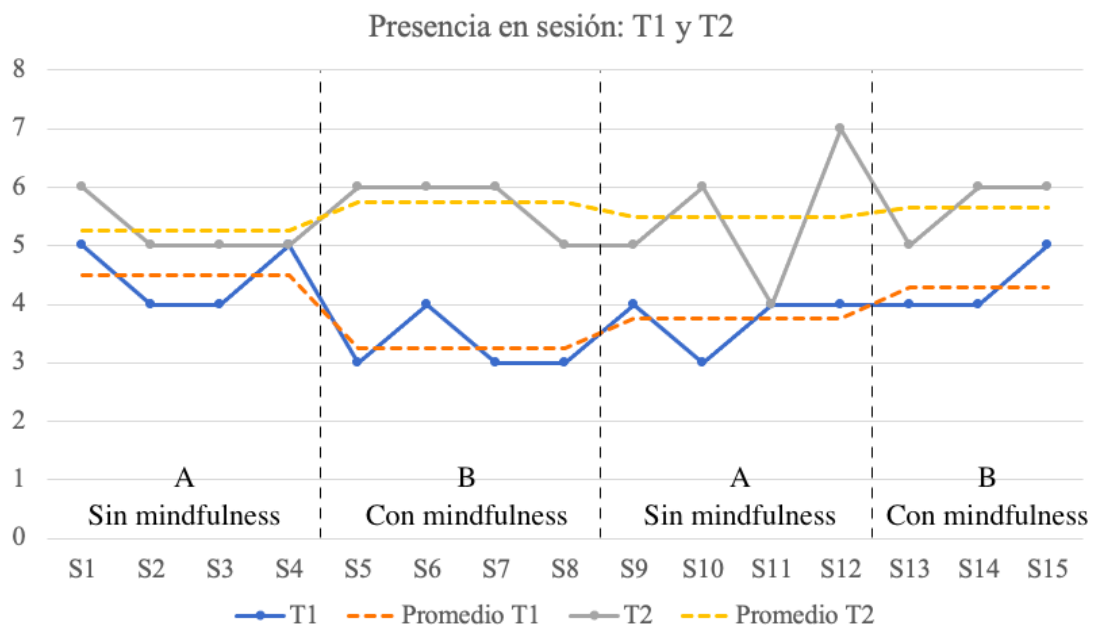
### ***Presencia***

En cuanto a la presencia, como se observa en la figura 12, para la T1 esta variable inició con unas puntuaciones poco variables ( $M= 4.5$ ,  $DE= 0.577$ , rango 4-5), posteriormente, cuando la terapeuta implementa el ejercicio pre-sesión (condición experimental), se ve una clara disminución en la presencia reportada ( $M= 3.25$ ,  $DE= 0.5$ , rango 3-4) ( $NAP= 0,0625$ ). Para que en las siguientes dos fases (regreso a la línea base  $A_2$  y aplicación de la intervención  $B_2$ ), tienda a aumentar progresivamente ( $M= 3.75$ ,  $DE= 0.5$ , rango 3-4 y  $M= 4.33$ ,  $DE= 0.577$ , rango 4-5, respectivamente), cambio que tiene una magnitud media ( $NAP=0,75$ ).

Contrario a la T1, los datos para el T2 muestran que en la primera fase de la intervención, hay una mayor presencia terapéutica en sesión y menor variabilidad de la misma, cambio que es de magnitud media (NAP=0,75); no obstante, para la fase B2, este cambio es débil (NAP=0,5417). Por lo anterior, a nivel general, para el T2, el cambio que experimenta en la presencia terapéutica durante las fases experimentales es débil, cercano a ser moderado (NAP=0,65547). (Ver tabla 9)

**Figura 12.**

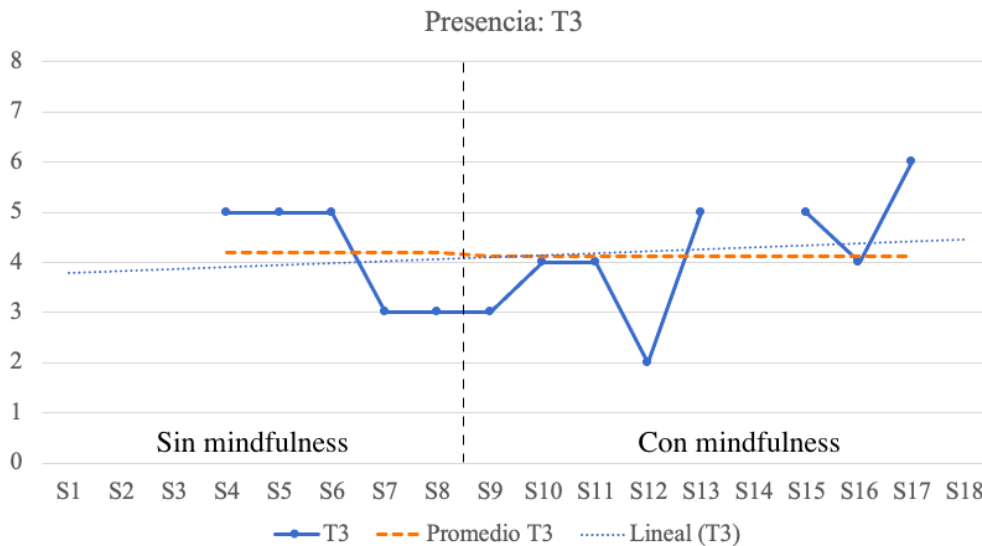
*Resultados de la escala de auto-reporte de presencia terapéutica para T1 y T2*



Para la T3, los niveles de presencia terapéutica fueron más variables después de la práctica del mindfulness que durante la línea base, alcanzando la puntuación más baja en la sesión 12 y la más alta al final (Ver Fig. 13); sin embargo, aunque los datos muestran que la presencia en esta terapeuta pasó de una tendencia decreciente a una tendencia creciente, no es posible decir que su capacidad de estar presente haya aumentado o disminuido con en la fase experimental con la introducción del ejercicio (NAP=0,475).

**Figura 13.**

*Resultados de la escala de auto-reporte de presencia terapéutica para T3.*

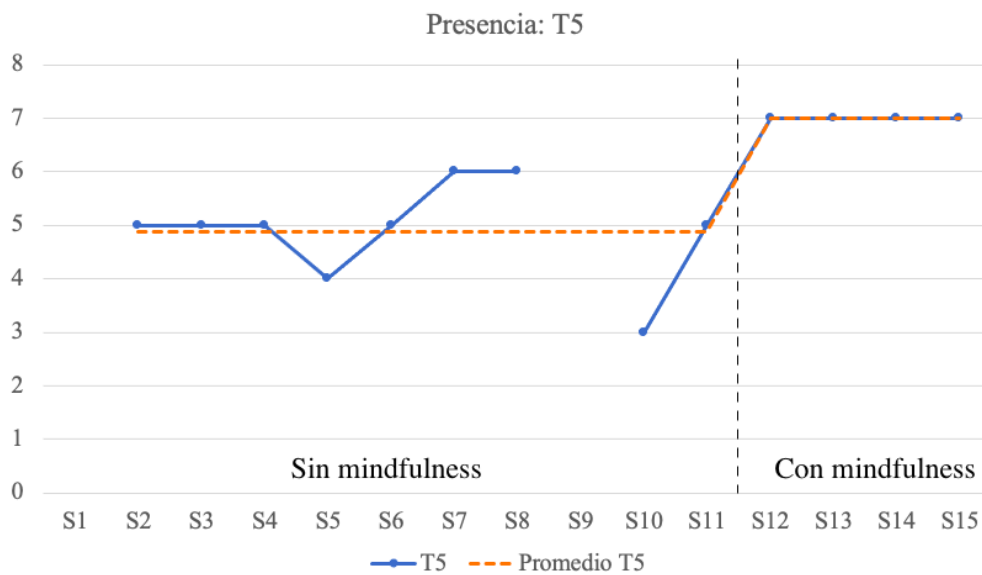


En cuanto al T5, la figura 14 y la tabla 10 muestran que en la fase experimental, los niveles reportados de presencia terapéutica aumentaron de manera importante (NAP=1) y se estabilizaron. En la fase de línea base no hay una tendencia clara de los datos ( $M= 4.89$ ,  $DE=0.928$ , rango 3-6), contrario a lo que sucede en la fase experimental, en donde su capacidad para estar presente durante las sesiones alcanza los mayores niveles posibles ( $M= 7$ ,  $DE=0$ , rango 7-7).

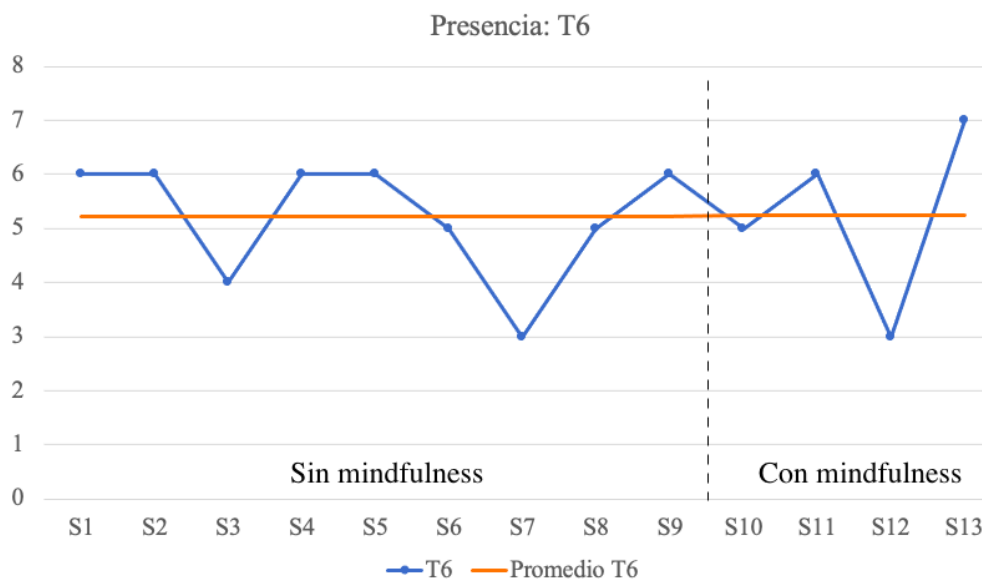
La T6, tuvo puntuaciones variables durante todo el proceso sin verse una tendencia clara en ninguna de las dos fases (ver figura 15). Estos resultados muestran que no hubo cambios en los niveles de presencia terapéutica una vez iniciada la fase experimental (NAP=0,5278). (Ver tabla 10)

**Figura 14.**

*Resultados de la escala de auto-reporte de presencia terapéutica para T5*

**Figura 15.**

*Resultados de la escala de auto-reporte de presencia terapéutica para T6*



Al observar los anteriores resultados para los cinco terapeutas, se puede decir que la presencia en consulta se comportó de maneras diversas en los terapeutas una vez iniciada la intervención. Mientras que los terapeutas T2 y T5 experimentaron mayores niveles de presencia y menor variabilidad en la misma al implementar el ejercicio, en la T1 y T6 no

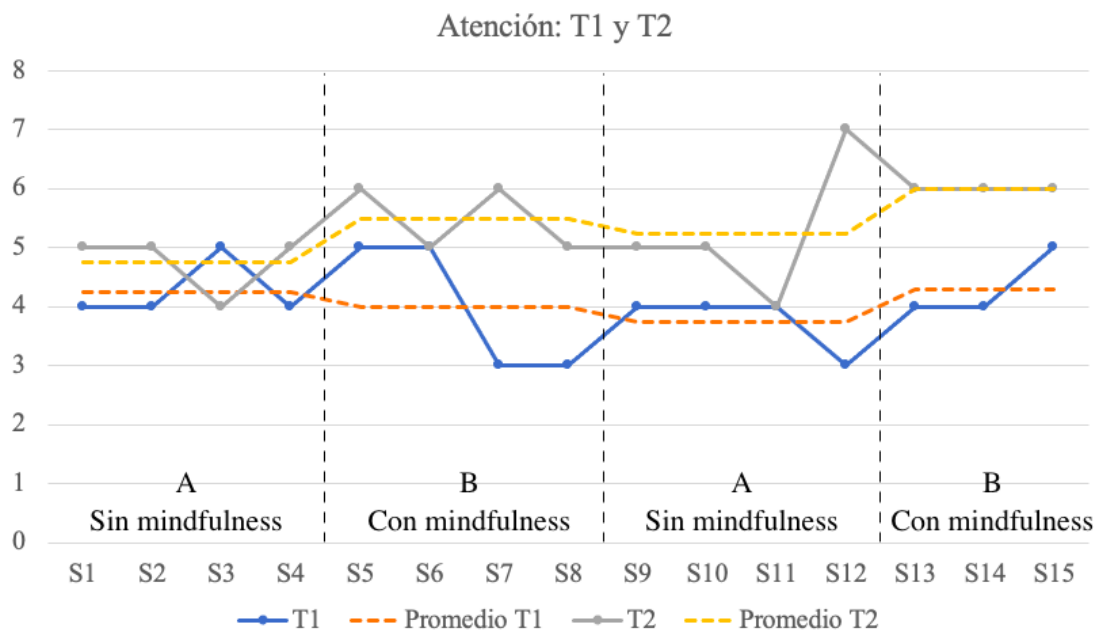
hay un cambio evidente en la fase experimental. Por su lado, para la T3 la variabilidad incrementó en la fase experimental y aunque la tendencia de los puntos de datos pasó a ser ascendente, el promedio se redujo por una baja puntuación en la sesión 12 y el cambio no fue relevante.

### **Atención**

Los resultados que se muestran en la figura 16 indican que la atención de la T1 no se incrementa de forma consistente en las fases experimentales ( $NAP=0,5805$ ), pues aunque al pasar de A2 a B2 hay un incremento moderado ( $NAP=0,75$ ), no sucede lo mismo al pasar de A1 a B1 (ver tabla 9). De esta forma, la tendencia de esta variable en las primeras tres fases fue a decaer, pero al introducir el ejercicio en la segunda fase experimental, la tención se recupera mostrando una tendencia ascendente. Además, cabe resaltar que en las fases de intervención, la atención de T1, fue más variable que en las fases de control o línea base. En cuanto al T2, los datos indican que en las fases experimentales, su atención en la sesión se incrementa moderadamente ( $NAP=0,7839$ ) (ver figura 16 y tabla 9).

### **Figura 16.**

*Resultados de la escala de auto-reporte de la atención para T1 y T2.*

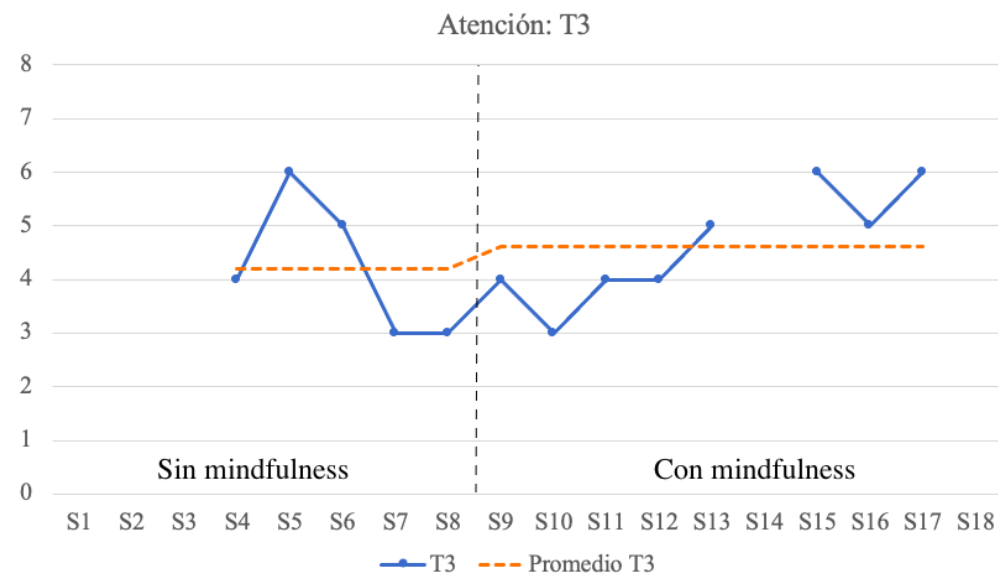




Por su parte, el cambio en la atención de la T3 al pasar de la LB a la fase experimental fue débil ( $NAP = 0,6125$ ) (ver tabla 10), no obstante, la tendencia descendente que se observa inicialmente, cambia hacia una ascendente una vez introducido el ejercicio (ver figura 17). Para el T5, los datos muestran que durante la fase de intervención, los niveles de atención se incrementan moderadamente ( $NAP=0.8333$ ) y se estabilizan ( $M= 6.50$ ,  $DE=0.57$ ), pues se observa mayor variabilidad y ninguna tendencia clara en la línea base ( $M= 5.22$ ,  $DE=1.093$ ). (Figura 18)

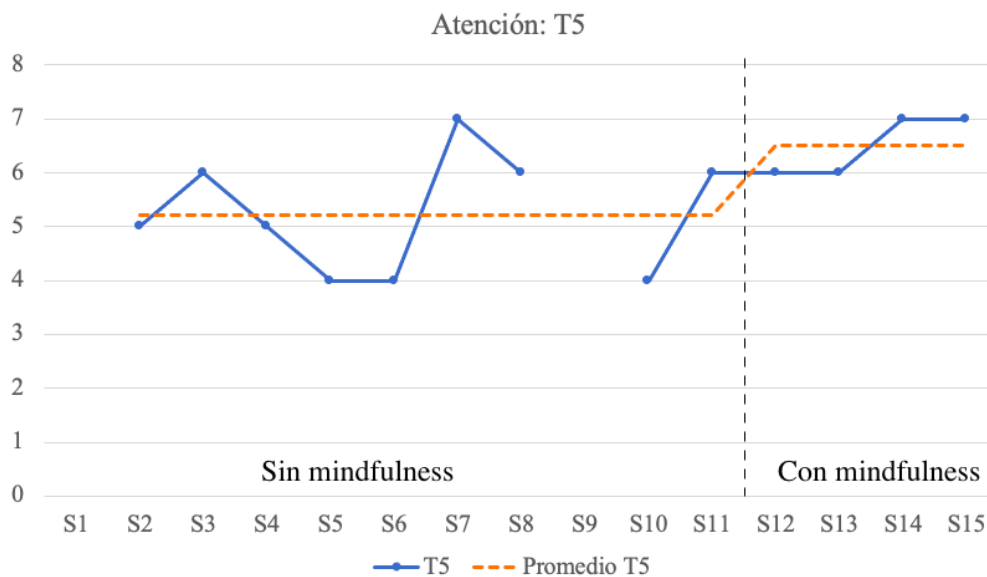
**Figura 17.**

*Resultados de la escala de auto-reporte de la atención para T3.*



**Figura 18.**

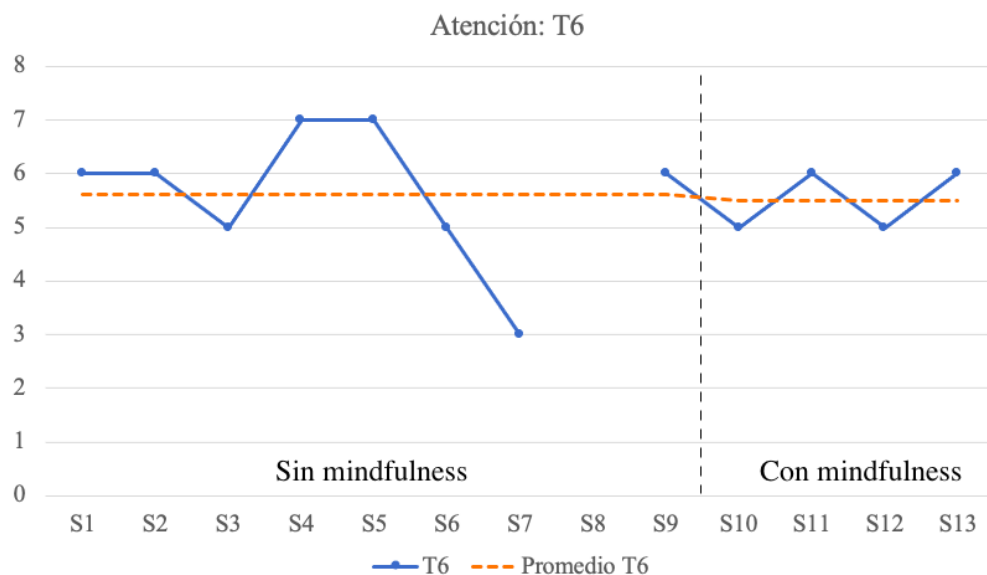
*Resultados de la escala de auto-reporte de la atención para T5.*



Finalmente, los datos representados en la figura 19 muestran que, aunque la atención de la T6 se vuelve menos variable en la fase de intervención (DE= 1.302 para la línea base y DE= 0.577 para la fase experimental), no hay un cambio relevante al introducir el ejercicio (NAP=0,4063). (Ver tabla 10)

**Figura 19.**

*Resultados de la escala de auto-reporte de la atención para T6.*



En general, la tendencia descendente que se observa para la mayoría de los terapeutas en su nivel atencional a lo largo de las sesiones, cambia por una ascendente en las fases de intervención. Por otro lado, se resalta que en el ejercicio disminuyó la variabilidad en la capacidad atencional reportada por la T3, el T5 y la T6, en las sesiones de la fase experimental.

**Tabla 9**  
*Valores NAP para las díadas 1 y 2.*

| Variable  | D1                             |                                |                                | D2                             |                                |                                |
|-----------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
|           | A <sub>1</sub> -B <sub>1</sub> | A <sub>2</sub> -B <sub>2</sub> | A <sub>1</sub> -B <sub>2</sub> | A <sub>1</sub> -B <sub>1</sub> | A <sub>2</sub> -B <sub>2</sub> | A <sub>1</sub> -B <sub>2</sub> |
| Empatía   | 0,625<br>(0,5869)              | 0,5417                         | 1                              | 0,75<br>(0,5625)               | 0,375                          | 0,7778                         |
| Utilidad  | 1<br>(0,875)                   | 0,75                           | 1                              | 0,5938<br>(0,589)              | 0,5833                         | 0,5                            |
| Ansiedad  | 0,75<br>(0,4831)               | 0,1667                         | 0,5833                         | 0,1875<br>(0,4831)             | 0,8333                         | 0,625                          |
| Presencia | 0,0625<br>(0,3771)             | 0,75                           | 0,4167                         | 0,75<br>(0,65547)              | 0,5417                         | 0,7083                         |
| Atención  | 0,4375<br>(0,5805)             | 0,75                           | 0,5805                         | 0,8125<br>(0,7839)             | 0,75                           | 1                              |

Nota<sub>1</sub>: Los valores entre paréntesis son los NAP combinados de las Fases A<sub>1</sub>B<sub>1</sub>A<sub>2</sub>B<sub>2</sub> para cada variable. Nota<sub>2</sub>: Interpretación: Efectos débiles: 0–.65; efectos medios: 0,66–0,92; efectos grandes o fuertes: .93–1.0.

**Tabla 10**  
*Valores NAP para las díadas 3, 5 y 6.*

| Variable  | D3     | D5     | D6     |
|-----------|--------|--------|--------|
|           | A-B    | A-B    | A-B    |
| Empatía   | 0,7625 | 0,6042 | 0,9306 |
| Utilidad  | 0,34   | /      | 0,75   |
| Ansiedad  | 0,625  | 0,9306 | 0,5972 |
| Presencia | 0,475  | 1      | 0,5278 |
| Atención  | 0,6125 | 0,8333 | 0,4063 |

Nota: Interpretación: Efectos débiles: 0–.65; efectos medios/moderados: 0,66–0,92; efectos grandes o fuertes: .93–1.0.

El análisis cuantitativo permite observar por un lado, que la introducción del ejercicio en las fases experimentales, afecta de manera diferencial a la mayoría de las variables estudiadas para cada terapeuta, a excepción de la atención, en donde es evidente su propensión a aumentar o cambiar a una tendencia ascendente durante las fases de intervención; por otro lado, que este impacto diferencial está relacionado con los resultados de la escala MAAS, es decir con el efecto que pudo haber tenido el entrenamiento que recibieron los terapeutas. Con respecto a esto último, la terapeuta T1 que al final del taller reportó un nivel inferior al promedio en su capacidad para estar atenta y consciente de su experiencia presente (<65 en la escala MAAS), fue la terapeuta que menos beneficio experimentó del ejercicio pre-sesión en las variables estudiadas; por su lado, la terapeuta T6 que no presentó ninguna variación en esta capacidad después del taller y fue la que mantuvo más estables sus niveles de ansiedad, presencia y atención en las fases experimentales de la investigación; finalmente, los que tuvieron los puntajes más altos en el MAAS al final del entrenamiento, fueron quienes tuvieron los mayores cambios esperados en las variables.

### **Análisis cualitativo**

Los resultados obtenidos a nivel cuantitativo evidencian que el ejercicio corto de mindfulness pre-sesión no impacta de la misma forma a todos los terapeutas en cuanto a las variables de empatía, presencia, atención y ansiedad. Considerando el tamaño de la varianza de los resultados, se decidió hacer una exploración a nivel cualitativo a través de entrevistas a los terapeutas, con las cuales se pudieran comprender más dichos resultados y se explorara el efecto o la utilidad percibida por los terapeutas del ejercicio pre-sesión.

De esta forma, para los datos cualitativos se realizó un análisis de contenido de las entrevistas realizadas a los terapeutas con el programa ATLAS.ti 8.4.3. El análisis cualitativo presentado fue el resultado de un proceso deductivo que combinó categorías preestablecidas con otras construidas a partir de datos y presupuestos de los investigadores (método inductivo). De esta forma, se obtuvieron dos categorías principales: utilidad (del ejercicio corto y de la práctica meditativa en general) y factores intervinientes en la

conexión con el ejercicio. Se anexa una matriz descriptiva con las categorías, subcategorías y citas. (Anexo 8.)

### ***Utilidad***

Varios entrevistados indicaron que el ejercicio corto les fue útil *durante la sesión* de terapia al aumentar su capacidad de prestar atención, ya que la auto-conciencia generada sobre sus pensamientos les permitió enfocarse en aspectos más relevantes de la consulta, evitando distraerse con facilidad. Además, la auto-conciencia no sólo se dio en relación con sus pensamientos, sino también con sus emociones y estados corporales. De esta forma, los terapeutas también encontraron al ejercicio útil en tanto lograron sentirse más presentes en las interacciones con sus consultantes y por ende más empáticos, pues lograron ser más sensibles a los diferentes aspectos de su propia experiencia, así como a la experiencia del otro y de la relación terapéutica. Este incremento en la presencia fue aprovechado por ellos como una herramienta valiosa de trabajo. T2 relató que el ejercicio promovió mayor sensibilidad en cuanto a las emociones propias y de la consultante, en un principio, esto le resultó abrumador, llevándolo a experimentar mayor ansiedad, sin embargo, este incremento en la conexión con el consultante le permitió hacer devoluciones cada vez más sintonizadas con la experiencia de la consultante, es decir más empáticas. Así lo relata T2:

Bueno, sí, como te decía, ahí como que la parte de sintonizar emocionalmente al principio fue como ¡uy!, como es bastante, porque como tú te das cuenta esa ansiedad era como más por eso, pero con el tiempo en realidad, fue como ir, ir trabajando en esas emociones también, gestionarlas, a ver cómo trabajar en esa conexión que estaba teniendo, cómo volverla como algo propositivo y positivo para el proceso de C2 [...] Era como que era más sensible, más sensible a las emociones que de pronto ella tenía, o a lo que estaba pensando, como toda esta parte. Entonces, creo que eso ayudaba a que mis devoluciones sí fueran un poco más acertadas, como que ella se sintiera... bueno, era la sensación que me daba ¿no?, como que se sintiera también ella un poco más comprendida y de pronto más como en sintonía, de alguna manera [...] Si pudiera ponerlo en una mayoría, creería que el 60% de las ocasiones... 70% de las ocasiones cuando hice el ejercicio de mindfulness me sentí más conectado con ella y con sus emociones. (T2, entrevista, 2021)

Lo anterior evidencia que para el T2, la influencia del ejercicio, aunque fue importante (60-70%), no fue totalmente determinante. Con relación a la ansiedad, no fue sólo el T2 quien reportó un incremento en esta variable durante la sesión al realizar el

ejercicio, la T1 también la experimentó, sin embargo, por razones diferentes. Mientras que T2 se sintió más ansioso al sentirse más presente, la T1 se sintió ansiosa al percibir el ejercicio como el preámbulo de una sesión que iba a ser revisada por observadores externos, es decir, sentía mayor ansiedad *de ejecución* previa a la consulta.

No obstante lo anterior, otra tendencia en algunos terapeutas (T1 y T3) fue que no notaron que el ejercicio tuviera un impacto en el aumento de su atención, presencia o nivel de empatía *en sesión*, o una disminución en sus niveles de ansiedad durante la misma, como se plantea en la hipótesis, de manera que no percibieron ninguna diferencia en las sesiones en las que aplicaron o no aplicaron el ejercicio.

Fuera del impacto que tuvo el ejercicio durante la sesión, todos los terapeutas coincidieron en que el mayor beneficio que percibieron de la realización del mindfulness antes de la consulta fue en cuanto a la *Disposición pre-sesión*. El poder tener un momento de pausa antes de iniciar la consulta, en el cual fueran conscientes de sus emociones, pensamientos y preocupaciones, les permitió regular sus niveles de activación y enfocar su atención en el momento presente. Esto devino en una mayor facilidad para separar y limitar emociones o pensamientos poco relacionados con el caso, como elementos de la consulta inmediatamente anterior (si acababan de salir de una) o de su contexto externo (situaciones personales), de manera que lograban entrar más presentes y atentos a la sesión. De igual manera, el ejercicio era experimentado como un espacio de descanso, en donde en medio de la acelerada rutina diaria, lograban tomarse un momento de reposo que les permitía recuperar energía para ingresar más alertas y concentrados.

De esta forma, se observa que el ejercicio les permite manejar sus estados afectivos, enfocar su atención y estar más presentes en el momento *previo* a la sesión, lo cual es experimentado por los terapeutas como un espacio importante en tanto les facilita sentirse con una mejor disposición para enfrentarse a una sesión de terapia.

Por otro lado, el ejercicio fue percibido como un espacio de *Autocuidado*. Para los terapeutas la modalidad virtual los ha llevado a sentir gran desgaste y agotamiento durante el día, que los envuelve en una rutina en la que hay poca cabida a un momento de pausa en

el cual estén más conscientes de sí mismos, incluso de sus necesidades básicas, como comer, descansar o incluso, ir al baño. La T1 hace referencia al ejercicio de mindfulness como “un regalo que uno se hace a uno mismo [...] como de poder verte”.

Dentro del autocuidado del terapeuta, la separación de contextos que promueve el ejercicio les permitía, por un lado, limitar el impacto que pudieran tener sus casos en sus vidas personales, por ejemplo, en los casos que fueran más exigentes y demandantes a nivel cognitivo y emocional, casos en los que comentaron, el ejercicio puede serles más útil. Por ejemplo, la T1 menciona que el riesgo a la integridad física de su consultante la hacía experimentar una preocupación constante, sintiendo “un afecto particular” por este caso. De esta forma, parece que, para la T1, la problemática del caso, que marcaba un nivel de exigencia alto para ella, la llevó a involucrarse emocionalmente con este, haciendo más difícil separar los contextos laboral y personal, lo cual es característico de los terapeutas novatos. Por consiguiente, para estos casos más exigentes y evocadores se considera que el ejercicio puede ser más útil en tanto:

[El ejercicio] es como que en algún sentido permite como pues, como una suerte de protección a uno mismo, no sé cómo llamarlo, como que prestar atención como a estas cosas que son tuyas, como persona, como tú, lo que piensas, lo que sientes de nuevo, como permitir darse ese tiempo, ese espacio para para uno y tal vez no, no mezclar como cosas que no, que no vienen como al caso con el caso. Eso, como la posibilidad de atender a esto y ya poderlo dejar afuera. (T1, entrevista, 2021)

Finalmente, los terapeutas vieron otras *alternativas de uso* para el ejercicio. Por un lado, algunos resaltan la función reguladora que tiene esta práctica corta de mindfulness, de manera que refieren que usarlo en momentos de crisis y dificultad emocional durante el semestre, pudo brindarles mayor regulación de sus estados afectivos; a su vez, otros terapeutas mencionan que puede servir como una herramienta para enseñarle a los consultantes, en donde a través de su aplicación en la sesión, estos puedan lograr mayor reconocimiento y regulación emocional.

Los entrevistados también resaltan que la presencia que se logra con el ejercicio, es decir la capacidad de estar más abierto, receptivo y ser más sensible a los detalles de la experiencia propia, del consultante, así como de la interacción, momento a momento, les

puede permitir, por un lado, entablar una alianza terapéutica con mayor facilidad y rapidez, así como dar un mejor manejo a las tensiones y rupturas en la misma, y por otro, manejar más asertivamente la transferencia y contra-transferencia.

Por otro lado, en relación a los efectos y beneficios que pudo tener la práctica de mindfulness en un *largo plazo*, es decir, más allá del efecto inmediato del ejercicio corto de tres minutos, los terapeutas señalaron que el haber participado en el proceso de investigación y poder conocer y practicar mindfulness, tanto a lo largo del taller como de las sesiones experimentales, generó un *impacto en su experiencia personal*: les permitió volverse más reflexivos en su día a día y estar más conectados con su experiencia sensorial, experimentándolo como “algo que te hace aproximarte como al mundo y a las personas de una manera diferente [...]. Eso, eso creo que enriquece un montón como tu perspectiva, como, como ser humano” (T1, entrevista, 2021). De igual forma, experimentaron un aumento en su interés por ser más conscientes de sí mismos y de esta manera, promover un fortalecimiento en su autoestima.

También se observa un *Impacto en la experiencia profesional* de los terapeutas, quienes manifestaron que los conocimientos y principios del mindfulness que aprendieron durante el taller les permitieron, por un lado, incrementar la sensación de autoeficacia al reflexionar sobre sus habilidades y ser más compasivos consigo mismos, disminuyendo la sensación de inseguridad que pueden experimentar como novatos en la práctica clínica; por otro lado, reflexionar sobre la técnica o la comprensión de sus casos, como lo plantea la T6:

Del taller, como te decía, la mente de principiante<sup>8</sup>. Creo que creo que siento que es un principio que quiero como... como involucrar más presente en mi vida siempre, pues porque como psicólogos siempre vemos muchas personas, muchas historias, y como siempre, percibir que a pesar de que no sé, tengo dos [consultantes] límites, dos depresivos, y a pesar de que su funcionamiento puede ser parecido, en realidad hay detalles diferentes. Entonces yo creo que eso es súper importante, esa mente de principiante; como esa paciencia de que las cosas pasan en su momento, creo que

---

<sup>8</sup> Principio de la práctica del mindfulness que permite distanciarse de las expectativas personales, las cuales suelen limitar la visión del observador al momento de ver la completa riqueza del momento presente; implica enfrentarse a cada experiencia como si fuera la “primera vez”, sin prejuicios que puedan distorsionar la percepción. (Dunn et al., 2013)



también es muy importante, me cuesta mucho a veces, pero creo que es algo que tengo también ahí presente mucho.

### ***Factores intervinientes en la conexión con el ejercicio***

Se encontraron tres factores que intervinieron en la conexión con el ejercicio, dos de ellos que fueron experimentados como limitantes: *Momento y lugar de aplicación* y *Ansiedad de ejecución*, y un tercero experimentado como facilitador en la conexión: *Interés en la práctica*.

En cuanto al *Momento y lugar de aplicación*, es decir, el tiempo con el que contaron para hacerlo o el lugar (contexto) en el que lo hicieron, se encontró que los terapeutas a veces se sentían afanados, preocupados y apenados por conectarse tarde a las sesiones, como lo ilustra el relato de la T3: “se me corrían a veces las horas, entonces eso de pronto hacía como que yo dijera -uy no, que se acabe rápido el ejercicio, pues porque estaba un poco apenada por llegar y que se extendiera tanto”. Frente a esto algunos entrevistados se organizaron mejor en sus tiempos para poder realizarlo con mayor tranquilidad, apartando 5 minutos previos a iniciar. Sin embargo, en otros terapeutas, estas dificultades en los tiempos, llevó a que la conexión con el ejercicio fuera muy variable durante el periodo de investigación. Otra dificultad que enfrentó la terapeuta T1, fue el poco tiempo que duraba el ejercicio (3 minutos), pues reportó que necesitó más tiempo para realmente conectarse con la actividad.

Por otro lado, el contexto o lugar en el cual realizaron el ejercicio también fue un factor que llevó a algunos terapeutas a no poder conectarse adecuadamente con el ejercicio: un lugar abierto con varios estímulos externos o la presencia de otras personas cerca que podían interrumpirla en cualquier momento, hicieron que la práctica de mindfulness no fuera tan efectiva para estos terapeutas.

La *Ansiedad de ejecución* fue otro elemento que intervino en la conexión con el ejercicio pre-sesión. Como se mencionó previamente, esto sucedió especialmente en el caso de la T1:

Yo creo que como que el hecho de hacerlo a mí me generaba como tensión un poco, en cierto sentido, como de la preocupación por hacerlo bien, un poco. O sea, no sé

cómo decírtelo. No, no sé si eso me generaba como como ansiedad, si como de tengo que hacerlo bien, eso, como me pasó en, no te diría como que en todas las sesiones, pero en algunas me ocurrió. Eeem, como sí, como la ansiedad de OK, esto se está grabando, lo van a ver ellas es como un poco todo, todo eso cómo ehh. Sí, como como pues que el ejercicio era como el preámbulo para saber que esta sesión o como que este caso era diferente en ese sentido a los demás.

Así, el hacer parte de la investigación, la importancia de la misma, y el saber que van a ser evaluados en esa sesión, generó, contrario a lo esperado, un incremento en la ansiedad de la terapeuta, por lo menos en el momento previo a la sesión. Lo anterior impidió que la terapeuta pudiera conectarse de forma efectiva con el ejercicio. Esto está vinculado también, a que la terapeuta tenía altas expectativas sobre el impacto que podía tener el ejercicio en sus habilidades como terapeuta y en el progreso del caso mismo, por lo que pudo haber sido un factor que la distanciara del momento presente e incrementara su ansiedad al sentir presión por tener que “hacerlo bien” y lograr dichos resultados.

Cabe resaltar que esta terapeuta fue la única que manifestó tener un diagnóstico psiquiátrico (sin especificar). En sus relatos se perciben mayores niveles de activación emocional y preocupación, lo que podría haber sido un factor importante en su apertura y conexión con el momento presente. Esto sugiere que, probablemente, un entrenamiento corto, como el que se realizó al inicio de la recolección de datos, no tiene el mismo impacto en una persona con un diagnóstico, que en personas no diagnosticadas.

Por otro lado, se resalta que el *Interés en la práctica* del mindfulness, generado por el deseo de conectar consigo mismos, llevó a algunos terapeutas a explorar y practicar más frecuentemente la meditación en su día a día; así lo manifestaron T5 y T2. Esto es visto como un factor que puede favorecer la conexión y el aprovechamiento del ejercicio pre-sesión; por ejemplo, el interés que tuvo T2 durante el semestre de continuar practicando mindfulness en otros espacios diferentes al momento pre-sesión, le permitió dar manejo más fácilmente al aumento en su sensibilidad y presencia, pasando de sentirse muy abrumado, a darle un uso terapéutico.

Los factores intervinientes mencionados en los párrafos anteriores hacen que el nivel de conexión alcanzado con el ejercicio varíe entre terapeutas, y a lo largo del tiempo

(aspecto que efectivamente fue reportado por la mayoría de los terapeutas); por lo que el impacto que este pueda tener sobre las sesiones (variables estudiadas) o sobre la utilidad percibida por los consultantes también sea inconstante, lo que coincide con los resultados obtenidos a nivel cuantitativo. Además, estos resultados cualitativos ayudan a comprender que desde la experiencia de los terapeutas, el ejercicio no produce un efecto inmediato sobre una variable específica, sino que les resulta mucho más útil en un nivel general, viéndose el beneficio en aspectos como la disposición y el autocuidado.

## Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo principal conocer el impacto del ejercicio corto de mindfulness pre-sesión sobre la empatía terapéutica de los clínicos practicantes y sobre tres variables que pueden influir en esta habilidad empática: la ansiedad, la presencia y la atención durante la sesión. Así mismo, pretendió identificar la posible relación entre el nivel de empatía del terapeuta y la utilidad de la sesión percibida por el consultante. Los resultados obtenidos en la fase cuantitativa permiten concluir que no hay un impacto constante y evidente del ejercicio corto sobre la capacidad de todos los terapeutas de expresar empatía en sesión, pues el efecto resultó ser variable para cada uno; por su parte, los resultados a nivel cualitativo destacan una serie de beneficios generales experimentados por los terapeutas relacionados con la disposición, el autocuidado y la auto-reflexión.

Lo encontrado coincide con los resultados obtenidos por Stone, et al. (2018) quienes sugieren que la práctica de mindfulness pre-sesión puede mejorar el proceso terapéutico (en cuanto a la empatía y la relación terapéutica) más para algunos terapeutas que para otros, dependiendo de algunas características tanto del terapeuta (niveles de empatía base o su enfoque clínico), como del consultante (problemática, disposición para el cambio) o de las diferencias en la composición de la dída per sé (género, o factores sociodemográficos). Los autores señalaron en su estudio que un terapeuta no tuvo cambios significativos en sus niveles de empatía al realizar el ejercicio pre-sesión, pues desde el inicio mostró altos niveles en esta variable, mientras que el otro terapeuta, al sentirse más desafiado en su

trabajo clínico con su consultante, tuvo más dificultades para empatizar al inicio de la investigación, por lo que el cambio en su empatía resultó ser más significativo.

Para el caso de la presente investigación, las terapeutas en las que se observó mayor cambio en la empatía en las fases experimentales, fueron las terapeutas en entrenamiento en posgrado, quienes manejan mayor volumen de casos y los cuales suele ser más complejos que aquellos que se tienen en pregrado. Aunque esto puede deberse, por un lado, al efecto de la práctica, pues al ganar más experiencia pueden mejorar sus habilidades empáticas, es importante considerar el reporte cualitativo que permitiría dar otra perspectiva a estos resultados: Ambas terapeutas en sus relatos en las entrevistas enfatizan en el volumen de trabajo y agotamiento que experimentaron durante el semestre. Así mismo, las dos percibieron (según los resultados cualitativos) el ejercicio pre-sesión como un espacio de *descanso* y *autocuidado* en el cual logran dar manejo a su estado de agotamiento y fatiga. Por ende, es posible decir que, los terapeutas con mayor carga de trabajo, al enfrentarse con el ejercicio y reducir sus niveles de cansancio, experimentan una mejora en su capacidad de expresar empatía en sesión. Estos resultados coinciden con lo encontrado por varios estudios (Wilkinson et al., 2017; Asuero, 2012; Milanés-Sánchez y Gómez-Díaz, 2018), en los cuales encuentran que la práctica de mindfulness reduce el burnout y mejora la empatía en profesionales de la salud.

Como consecuencia de lo anterior, y de acuerdo con Newsome, et al. (2006), los terapeutas que inician su práctica clínica y que suelen experimentar mayor agotamiento y cansancio emocional (Bustos, 2018; Hiebert et al., 1998), podrían beneficiarse de herramientas como el mindfulness, para promover su autocuidado, incrementar su bienestar y promover esta habilidad empática en sesión. No obstante, sería importante evaluar y/o controlar, en futuras investigaciones, el efecto de la práctica para corroborar esta afirmación.

Por su parte, las díadas del diseño ABAB (D1 y D2), mostraron un incremento paulatino de la empatía a lo largo del proceso, indistintamente de la aplicación del ejercicio. Esto podría entenderse a la luz de lo dicho por Schafer (1959), quien expresa que el alcance y la profundidad de la empatía aumentan con la familiaridad que llegue a tener el terapeuta

con los procesos psicológicos internos del otro, lo cual T1 y T2 lograron de forma más paulatina y constante a lo largo de las sesiones realizadas. Lo anterior permite inferir que el ejercicio puede ayudar a los terapeutas que no parecen mejorar paulatinamente en la empatía, por ejemplo, cuando esta se ve afectada por factores como el burnout, mencionado anteriormente. Por otro lado, los resultados indican que la empatía del T5 se mantuvo estable y no tuvo cambios notables con la introducción del ejercicio, sin embargo, al tener solo tres (3) puntos de datos en la fase experimental, se hace difícil y poco confiable la predicción de la tendencia.

Skovholt & Ronnestad (2003) refieren que los terapeutas novatos experimentan altos niveles de ansiedad en sesión, por lo que, durante la consulta, se enfocan en disminuir los signos visibles de la ansiedad, lo cual puede interferir en su desempeño terapéutico. Los resultados de la presente investigación indican que, aunque el ejercicio pre-sesión tuvo un efecto diferencial para cada terapeuta en esta variable, para los terapeutas T3 y T5 pareció ser útil en tanto experimentaron una mejoría en su ansiedad en sesión en las fases de intervención, lo cual concuerda con los resultados encontrados por Zeidan et al. (2010), quienes reportaron que luego de un entrenamiento corto de mindfulness de 4 sesiones de 20 minutos cada una, los participantes reportaron menores niveles de ansiedad (estado). Así mismo, están en línea con la investigación de McCollum y Gehart (2010), quienes en su estudio cualitativo señalan que una práctica diaria de 5 a 10 minutos durante todo un semestre disminuyó la ansiedad de los practicantes de psicología clínica.

Por otro lado, T1 y T2, vivieron, contrario a lo planteado en las hipótesis, un incremento en la ansiedad con la aplicación del ejercicio. Esto coincide con investigaciones recientes que han estudiado los efectos adversos que pueden tener las prácticas meditativas en las personas, pues cada vez son más los reportes de casos en los que se viven experiencias psicológicas adversas al realizar meditación. Por ejemplo, Britton (2019), menciona que los altos niveles de interocepción y/o activación de la ínsula que se logra con la meditación, se asocian con una amplia gama de efectos indeseables, que incluyen aumento en la intensidad con la que se viven las emociones, llevando a experimentar ansiedad, pánico, flashbacks traumáticos o depresión. Esto podría explicar lo encontrado en

la T1, quien reportó sentir mayor *ansiedad de ejecución* al ser más consciente de que la sesión sería evaluada por observadores externos, de esta forma, es probable que el hacer el ejercicio haya incrementado la intensidad de estas emociones, generando altos niveles de ansiedad. Además, es importante resaltar que esta fue la única terapeuta que reportó tener un diagnóstico psiquiátrico y cuyos relatos mostraron mayores niveles de activación emocional y preocupación, de esta forma es probable que sus niveles de activación previos/base y las dificultades en el manejo emocional que puede experimentar la terapeuta debido a su diagnóstico, puedan ser elementos que influyan en el incremento de su ansiedad frente a la meditación; sin embargo, esto sigue siendo una hipótesis que resultaría pertinente explorar en futuras investigaciones.

En línea con anterior, lo expuesto por Britton (2019) también permite comprender el reporte (cuantitativo y cualitativo) del T2, quien manifestó ser “muy nervioso al principio de los procesos terapéuticos” y que al hacer el ejercicio por primera vez durante la fase experimental inicial, sintió mayor sensibilidad a las emociones propias y de su consultante (más *presencia*), experimentándolas con mayor intensidad; este aspecto lo llevó a sentirse abrumado y desbordado en esta primera etapa del estudio, aumentando sus niveles de ansiedad. Cabe resaltar que lo vivido por T2, parece ser un impacto inicial del ejercicio, pues cuando lo implementó nuevamente en la segunda fase experimental, sí se evidenció una disminución en esta variable. Es probable que el *interés en la práctica* que lo llevó a involucrarse durante el semestre en procesos auto-reflexivos en los que practicó con mayor frecuencia la meditación, le haya permitido dar un mejor manejo a esta sensibilidad en la última fase de intervención al familiarizarse y acercarse más a la experiencia meditativa, lo que también pudo haber sesgado el impacto real del ejercicio corto pre-sesión.

Teniendo en cuentas las consideraciones éticas del estudio, la investigadora hizo un seguimiento semanal a estos terapeutas que experimentaron un aumento en su ansiedad frente al ejercicio, se brindó un acompañamiento a sus síntomas, se resolvieron las preguntas que surgieron, y se recordó la posibilidad de abandonar el estudio si así lo deseaban, no obstante, ambos terapeutas decidieron continuar con la investigación.

La T6, por su parte, no experimentó ningún cambio en su ansiedad con la introducción del ejercicio, esto puede deberse al efecto suelo, pues en la línea base la ansiedad reportada fue, por lo general, muy baja, tendencia que se mantuvo en la fase experimental. De esta forma, de acuerdo con los resultados en esta muestra de terapeutas, los participantes que experimentaron niveles medios o moderados de ansiedad fueron aquellos para quienes el ejercicio corto de mindfulness pre-sesión tendió a ser más útil, a diferencia de aquellos que reportaron niveles altos de ansiedad base. Estos últimos experimentaron un incremento en su ansiedad frente a la práctica, por lo que es probable que este tipo de intervención basada en mindfulness no sea benéfica para ellos (Baer et al., 2019; Britton, 2019).

La atención es otro aspecto que se vio afectado en los terapeutas novatos. En los clínicos poco experimentados el enfocar la atención en los aspectos más relevantes de la consulta suele ser más desafiante en tanto presentan mayores niveles de rumia y preocupación por su desempeño, tendiendo a distraerse con mayor frecuencia (Skovholt & Ronnestad, 2003). Los resultados de esta investigación indican que, de acuerdo con la hipótesis planteada, el ejercicio tuvo una tendencia general a incrementar la atención en los terapeutas en entrenamiento, con excepción de la terapeuta T1. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Zeidan et al., (2010), Tang, et al. (2007), Moore y Malinowski (2009) y Newsome et al. (2006), en sus investigaciones sobre los efectos del mindfulness, en donde la meditación favorecía, principalmente, el control atencional de aquellos quienes se involucraban en esta práctica meditativa. En cuanto a los resultados de la T1, aunque en la primera fase experimental se evidencia una disminución en su atención (lo que resulta ser incompatible con lo encontrado por los autores mencionados), en la segunda, esta muestra una tendencia ascendente. Así, es posible decir que, por un lado, el efecto negativo sobre esta variable en esta terapeuta, parece ser un impacto inicial del ejercicio, y que además, esto probablemente se asocie a las dificultades que tuvo la terapeuta al momento de conectar con el ejercicio, momento en el cual experimentó un importante aumento en su ansiedad y rumia.

A pesar de estos resultados de la T1, todos los terapeutas participantes en este estudio, señalaron en la entrevista, que uno de los mayores beneficios percibidos del ejercicio, fue el cambio en la *disposición* que tuvieron previo al inicio de la sesión terapéutica. Este aspecto, en gran parte, estuvo mediado por la capacidad de los terapeutas de enfocar su atención durante la práctica meditativa, pues el ejercicio les permitía separar aspectos de su experiencia personal o de otros casos que pudieran intervenir o que no fueran relevantes para el proceso (*separar contextos*), por lo que entraban a sesión más concentrados; así mismo, el poder enfocar su atención en su experiencia presente favorecía la regulación en sus estados afectivos al disminuir la rumia sobre contenidos externos de sus rutinas, por lo que se sentían más regulados y enfocados para iniciar consulta.

Entonces, es posible concluir que sí hubo un impacto del ejercicio en la regulación atencional de los terapeutas, aunque para unos se delimitó al momento pre-sesión, para otros este sí llegó a influir en la atención durante la hora de consulta. En relación a esto, resulta importante resaltar que el control atencional que se logra con la meditación permite, o es la base para, otros procesos o beneficios que se obtienen del mindfulness, como la regulación emocional (Hölzel et al., 2011), la presencia terapéutica (Geller y Greenberg, 2002), la auto-conciencia (Hemanth y Fisher, 2015), el manejo de las tensiones y rupturas en la alianza (Bruce et al., 2010) y la empatía (Greason y Cashwell, 2009). De este modo, los resultados obtenidos en esta variable, al ser en su mayoría congruentes con la hipótesis planteada, resultan prometedores y pueden ser una base importante para que los terapeutas novatos, a través del fortalecimiento de su capacidad atencional, puedan experimentar los beneficios que plantean dichos autores, especialmente en lo relacionado con la empatía, con una práctica más frecuente de mindfulness.

En relación con la presencia terapéutica, los resultados obtenidos indicaron que el ejercicio tuvo un impacto variable para cada terapeuta. Por un lado, el mindfulness incrementó la capacidad de T2 y T5 para estar presentes durante la sesión y, en cuanto a la T3, es importante resaltar que, aunque no hubo un aumento en el promedio de las puntuaciones, la observación de los datos permite notar que sí hay un cambio de una tendencia decreciente en la línea base a un creciente con el ejercicio. Estos resultados



coinciden con los encontrados por McCollum y Gehart (2010) y Dunn et al. (2013), estos últimos reportan que los terapeutas experimentan un incremento en su presencia en sesión cuando realizan 5 minutos de mindfulness previos a iniciar una consulta. Aquí resulta importante resaltar que, como se mencionó anteriormente, aunque el T2 reportó un incremento en sus niveles de ansiedad (baja regulación emocional) en la primera fase experimental, esta estuvo dada por un aumento en su sensibilidad a los detalles de la experiencia, tanto propia (auto-conciencia) como del otro y de la relación, sensibilidad que es parte esencial y necesaria para poder estar presente. (Geller y Greenberg, 2002).

Por su parte, el ejercicio no influyó en esta variable para los terapeutas T1 y T6. En relación con la T1, sus resultados cobran sentido a la luz de lo expuesto por Geller y Greenberg (2002), quienes mencionan que para lograr estar presentes se vuelven necesarios otros elementos como el manejo de la atención, la regulación emocional, la apertura a la experiencia y la auto-conciencia. Como se observó en los resultados obtenidos por esta terapeuta a nivel cuantitativo y cualitativo, en las otras variables, el ejercicio incrementó su ansiedad, evidenciando dificultades en su regulación emocional y no influyó en su capacidad de manejo atencional, por lo que es coherente, según los autores, que su nivel de presencia tampoco se hubiera visto impactado por el ejercicio. En cuanto a la T6, en la entrevista ella manifestó tener una confusión en la definición de presencia: “A mí me parece que atención y presencia van muy de la mano, entonces ya no sé hasta qué punto hasta pueden llegar a entenderse casi como lo mismo”, de forma que la dificultad en la comprensión del concepto y su diferenciación con las otras variables medidas, pudo haber influido en los auto-reportes de la terapeuta.

La última variable explorada en el presente estudio fue la utilidad de la sesión percibida por el consultante. Se esperaba, por un lado, que dicha percepción aumentara en las fases experimentales, al incrementarse la empatía terapéutica, pues se considera a esta última como el predictor más potente del resultado en los procesos de psicoterapia (Watson, 2000). Los resultados mostraron que en el presente estudio esta relación entre ambas variables sólo se observó en la D6, corroborando lo planteado por Greenberg et al. (2001); en cambio, C1 y C2 tuvieron la percepción de que las sesiones les fueron muy útiles a lo

largo de todo el proceso, independientemente de las variaciones en la capacidad de expresar empatía por parte de sus terapeutas. Así mismo, la tendencia que se observa en los resultados permite decir que tanto C1, como C2 y C6, percibieron que las sesiones les fueron un poco más útiles en las fases experimentales. Estos resultados plantean la posibilidad, de que la práctica de mindfulness puede impactar en algún aspecto de la relación terapéutica, diferente a la empatía, que haría percibir a los consultantes una mayor utilidad de la sesión, lo que sería interesante explorar en futuros estudios.

Contrario a lo expuesto en el párrafo anterior, la utilidad de la sesión para el C3 disminuyó y se volvió más variable en la fase experimental, cuando los niveles de empatía de la T3 fueron más altos y estables, algo contrario a lo esperado. Estos resultados podrían entenderse a la luz de la problemática del consultante y de sus patrones relacionales, como lo narra la T3:

Pero él [C3] ha llevado ya... él tiene una historia larga de estar en el SAP, o sea él ha pasado por 3 terapeutas, yo soy la tercera. Entonces, es como una sensación, como que uno siente como que nada mejora ¿sí?, aunque él asiste y todo. Como que siempre trata los 3 mismos temas generales, como siempre, y ve el espacio de terapia como un espacio para quejarse, como “esto me pasó en la semana, esto, esto y esto. [...] Últimamente hemos empezado a trabajar qué es terapia para él, ¿no?, sí de pronto hay un grado de dependencia, qué cambios sí ha sentido permanentes y qué cambios, porque él como que logra sostener cambios por un tiempo y luego como que canta... como que cae, ¿sí?. [...] Es lo que te digo, es engañoso porque uno cree que puede ir bien, pues porque viene asiste, es juicioso con los pagos, él nunca ha faltado a una sesión. Entonces uno dice bueno, pero teniendo en cuenta lo que te digo, ya un historial largo, ¿por qué no ha soltado terapia? y ¿qué cambios han habido realmente que él haya percibido y qué cambios no?. Entonces eso empieza a ser un proceso más complejo, no un trabajo de ansiedad ya, sino también como aspectos relacionales importantes.

Es probable que el consultante perciba una constante insatisfacción general, que se refleja en sus procesos de psicoterapia y que, en este caso comenzó a notarse hacia la novena sesión del proceso, momento de la terapia en el que se ha terminado con la evaluación, se ha realizado la devolución de la comprensión clínica y se encuentran en plena fase de tratamiento o intervención.

De esta forma, la presente investigación permite concluir que el ejercicio corto de mindfulness pre-sesión realizado por el clínico antes de entrar a consulta, influye de manera diferencial en la empatía de los terapeutas, así como en su ansiedad, presencia y atención en sesión, pues cada terapeuta puede experimentar los beneficios inmediatos de esta práctica de formas diversas. Estas variaciones en el aprovechamiento del ejercicio pueden deberse, no solo a aspectos como el nivel de agotamiento que experimente cada uno, su interés por el mindfulness y la frecuencia con la que meditan o lo aplican a su vida, la presencia de un diagnóstico psiquiátrico, su nivel de activación emocional o ansiedad previa, o el momento y lugar en el que lo aplican, sino también a otras variables relacionadas directamente con la investigación, como el impacto y la efectividad del taller. En relación a este último elemento, es posible decir que los terapeutas que incrementaron y alcanzaron un nivel promedio o superior (>65 en la escala MAAS) en su capacidad para estar atentos y conscientes de su experiencia presente al finalizar el entrenamiento, fueron aquellos que se beneficiaron más del ejercicio en la mayoría de las variables estudiadas. Por lo anterior, es probable que el taller, no haya sido lo suficientemente apropiado para los sujetos que cuentan con un diagnóstico psiquiátrico, como la T1, quien disminuyó sus puntajes en la MAAS y, por ende, no logró experimentar los beneficios del ejercicio corto de forma más consistente en las variables estudiadas, como sí lo hicieron los otros clínicos.

A pesar de los resultados diferenciales obtenidos, los cuales permitieron explorar otros elementos intervinientes en el impacto del ejercicio pre-sesión, la fase cualitativa permitió, resaltar que el ejercicio es percibido por todos los participantes terapeutas como benéfico y útil, por lo que lo recomendarían a otros terapeutas. La experiencia de la práctica meditativa como algo que favorece su atención, su auto-conciencia, disposición pre-sesión y su autocuidado, resulta suficiente para que todos señalen que es una herramienta que usarían más seguido, con otros casos y en otros aspectos de su vida. Siguiendo a Bustos (2018), los terapeutas novatos o de menor experiencia presentan mayor agotamiento y desequilibrios físicos y emocionales por las dificultades que experimentan para desligarse de los contenidos trabajados en sesión y separar los contextos de interacción. El ejercicio entonces, al favorecer esta separación de contextos, y permitir el reconocimiento de sus necesidades en el momento presente, puede volverse una herramienta que, de acuerdo con

Norcross y VandenBos (2018) en su libro *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*, al incluirse dentro de sus prácticas diarias, incrementa el bienestar de los terapeutas que inicien su práctica clínica.

Esta investigación, permite resaltar la importancia de tener más en cuenta a la persona del terapeuta al momento de su formación académica, resaltando lo valioso y conveniente que sería incluir en el currículo la enseñanza de herramientas prácticas y funcionales que les permitan dar un mejor manejo a las dificultades personales que puedan experimentar, sobre todo, al inicio de su práctica como clínicos; siguiendo los planteamientos de Hemanth y Fisher (2015) y Campbell y Christopher (2012), en la formación de psicólogos clínicos deberían ser enseñadas no solo habilidades terapéuticas, sino también, herramientas que favorezcan algunas habilidades intrapersonales e interpersonales que promuevan su auto-cuidado y bienestar personal y profesional.

Se encontraron algunas fortalezas de la presente investigación que resulta relevante mencionar. Es el primer estudio en el país que evalúa el impacto del mindfulness en la empatía terapéutica con la TES, una escala que al ser hecha para contextos psicoterapéuticos resulta más sensible a los cambios en esta variable en estos profesionales de la salud, además, es calificada por observadores externos, lo que controla el sesgo que pueden tener los auto-reportes. El estudio contó con segundos calificadores en las dos partes del diseño, a nivel cuantitativo el acuerdo inter-evaluadores en la calificación de los videos de las sesiones fue alto con un 80%, y a nivel cualitativo ambas codificadoras acordaron y unificaron códigos luego de una primera codificación individual de las transcripciones de las entrevistas. El carácter mixto de la investigación permitió robustecer los hallazgos, dar sentido a los resultados cuantitativos y conocer las percepciones de los participantes en cuanto a otros usos y beneficios de la práctica pre-sesión. Finalmente, durante la fase de recolección de datos, los consultantes desconocieron la naturaleza del estudio y los terapeutas no se enteraron de que la empatía era la principal variable por medir, lo cual favoreció la posibilidad de hacer conclusiones más confiables.

Se pueden mencionar también varias limitaciones. Por un lado, la longitud y modalidad virtual del taller, a pesar de basarse en un programa de entrenamiento usado por

investigaciones previas, este tuvo que ser modificado para adaptarse a la modalidad virtual y se desarrolló en menos semanas de lo sugerido, lo cual redujo el tiempo de práctica entre sesiones que tenían los terapeutas para hacer los ejercicios y tareas propuestas y así, familiarizarse más con los efectos de la meditación. Adicionalmente, el saberse observados y grabados, lo que los hacía sentir en estudio y en evaluación, fue para los terapeutas un factor limitante y que intervino en las puntuaciones de ansiedad, por lo que se podría, en futuros estudios, usar un grupo control para el control del posible sesgo. También, la práctica más regular de mindfulness por parte de algunos terapeutas, pudo haber sesgado el impacto real del ejercicio sobre algunas variables, por lo que esta sería una variable a controlar en próximos estudios. Por otro lado, los datos perdidos en algunas variables de ciertos terapeutas, afectó el cálculo de las medias y DE, por lo que se sugiere para futuras investigaciones contar con una mayor cantidad de datos, al tiempo que se trata de prevenir esta pérdida realizando mayor seguimiento en el diligenciamiento de los participantes. Finalmente, las dificultades y limitaciones del auto-reporte como los posibles sesgos en las respuestas, los retrasos en el diligenciamiento de los formatos por parte de algunos terapeutas y el ser un auto-reporte global (en las variables de ansiedad, presencia y atención); probablemente el uso de medidas más específicas, podría ser valioso para afirmar el impacto de el ejercicio en estas variables.

Por último, para futuras investigaciones, además de lo sugerido en párrafos anteriores, sería de interés explorar el impacto diferencial que pudiera tener el ejercicio en cada una de las dimensiones de la empatía; la presente investigación tomó los valores totales de la escala TES, sin embargo, dado que los resultados arrojaron que el mindfulness puede ser aprovechado de maneras diferenciales por cada terapeuta, probablemente pueda haber diferencias en el efecto que esta práctica pueda tener en el aspecto cognitivo, afectivo, de sintonía o actitudinal de esta variable; esto podría potenciar y precisar los beneficios del mindfulness en relación a este factor común. Así mismo, valdría la pena evaluar cómo los diagnósticos o problemáticas en la salud mental de los terapeutas pueden intervenir en el aprovechamiento de los beneficios del mindfulness pre-sesión, de manera que pueda ser un elemento a tener en cuenta en futuras investigaciones que permita

modificar el entrenamiento/taller o el tipo y la duración de ejercicio de mindfulness pre-sesión para que pueda ser más efectivo y no generar daños o perjudicar a los participantes.

## Referencias

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review*, 23(1), 1-33.
- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., ... & Rainer, J. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 495.
- Aiken, G. A. (2006). *The potential effect of mindfulness meditation on the cultivation of empathy in psychotherapy: A qualitative inquiry* (Doctoral dissertation, Saybrook University).
- Araya-Véliz, C., & Jalife, B. P. (2017). Habilidades del terapeuta y mindfulness. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 232-240.
- Asuero, M. A. (2012). *Efectividad de un programa educativo en conciencia plena (Mindfulness) para reducir el burnout y mejorar la empatía, en profesionales de atención primaria* [Tesis de doctorado, Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. Semantic Scholar.
- Baer, R., Crane, C., Miller, E., & Kuyken, W. (2019). Doing no harm in mindfulness-based programs: conceptual issues and empirical findings. *Clinical psychology review*, 71, 101-114.
- Beauchemin, J., Hutchins, T. L., & Patterson, F. (2008). Mindfulness meditation may lessen anxiety, promote social skills, and improve academic performance among adolescents with learning disabilities. *Complementary health practice review*, 13(1), 34-45.
- Bellosta-Batalla, M., Cebolla, A., Pérez-Blasco, J., & Moya-Albiol, L. (2019). La empatía en el ejercicio y formación de los psicólogos clínicos y sanitaristas, y su relación con mindfulness y compasión. *Revista argentina de clínica psicológica*, 28(2), 210-220.
- Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2014). The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. *Mindfulness*, 5(2), 129-138.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Empathy. En J. C. Norcross. (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). New York, USA: Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252-260.

- Bowlin, S. L., & Baer, R. A. (2012). Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences, 52*(3), 411-415.
- Bowman, J. T., & Giesen, J. M. (1982). Predicting ratings of counselor trainee empathy with self-report anxiety and measures of skin conductance. *Counselor Education and Supervision, 22*(2), 154-161.
- Britton, W. B. (2019). Can mindfulness be too much of a good thing? The value of a middle way. *Current Opinion in Psychology, 28*, 159-165.
- Bruce, N. G., Manber, R., Shapiro, S. L., & Constantino, M. J. (2010). Psychotherapist mindfulness and the psychotherapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(1), 83-97.
- Bustos, C. A. (2018). *Efectos de la práctica clínica en la vida personal de los terapeutas* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Campbell, J., & Christopher, J. (2012). Teaching mindfulness to create effective counselors. *Journal of Mental Health Counseling, 34*(3), 213-226.
- Canby, N. K., Cameron, I. M., Calhoun, A. T., & Buchanan, G. M. (2015). A brief mindfulness intervention for healthy college students and its effects on psychological distress, self-control, meta-mood, and subjective vitality. *Mindfulness, 6*(5), 1071-1081.
- Creswell, J. W., & Clark, V. P. L. (2017). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (3rd ed.). Sage Publications, Inc.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*, 207-231.
- Cullen, M. (2011). Mindfulness-based interventions: An emerging phenomenon. *Mindfulness, 2*(3), 186-193.
- Dean, S., Foureur, M., Zaslowski, C., Newton-John, T., Yu, N., & Pappas, E. (2017). The effects of a structured mindfulness program on the development of empathy in healthcare students. *Nursingplus open, (3)*, 1-5.
- Decker, S. E., Nich, C., Carroll, K. M., & Martino, S. (2014). Development of the therapist empathy scale. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 42*(3), 339-354.
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S., & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and individual differences, 44*(5), 1235-1245.
- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L., Brown, J., y Johnson, L. (2003). The Session Rating Scale: preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy, 3*, 3-12.



- Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K., & Ivanovic, M. (2013). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research, 23*(1), 78-85
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy, 55*(4), 399.
- Feinstein, R., Heiman, N., & Yager, J. (2015). Common factors affecting psychotherapy outcomes: Some implications for teaching psychotherapy. *Journal of Psychiatric Practice, 21*(3), 180-189.
- Fernández, P. M. S., Mella, M. F. R., & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria, 26*(2), 267-287.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of counseling psychology, 59*(1), 10.
- Fulton, C. L. (2016). Mindfulness, self-compassion, and counselor characteristics and session variables. *Journal of Mental Health Counseling, 38*(4), 360-374.
- Fulton, C. L., & Cashwell, C. S. (2015). Mindfulness-based awareness and compassion: Predictors of counselor empathy and anxiety. *Counselor Education and Supervision, 54*(2), 122-133.
- Fulton, P. R. (2005) Mindfulness as Clinical Training. En Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (Eds). *Mindfulness and psychotherapy*. (pp. 3-27) New York, N. Y: Guilford press
- Geller, S. (2013). Therapeutic presence. En Cooper, M., O'Hara, M., Schmid, P. F., & Bohart, A. (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling*. Macmillan International Higher Education. New York, US. Palgrave Macmillan
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic Presence: therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 1*(1-2), 71-86.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The counseling psychologist, 13*(2), 155-243.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2001). Countertransference management. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 418.
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness: What Is It? What Does It Matter?. En Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (Eds). *Mindfulness and psychotherapy*. (pp. 3-27) New York, N. Y: Guilford press

- Glück, T. M., Tran, U. S., Raninger, S., & Lueger-Schuster, B. (2016). The influence of sense of coherence and mindfulness on PTSD symptoms and posttraumatic cognitions in a sample of elderly Austrian survivors of World War II. *International psychogeriatrics*, 28(3), 435-441.
- Gozalo, R. G., Tarrés, J. F., Ayora, A. A., Herrero, M. A., Kareaga, A. A., & Roca, R. F. (2019). Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: Effect on burnout, empathy and self-compassion. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 43(4), 207-216.
- Greason, P. B., & Cashwell, C. S. (2009). Mindfulness and counseling self-efficacy: The mediating role of attention and empathy. *Counselor Education and Supervision*, 49(1), 2-19.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliot, R., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 380.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors?. *Professional psychology: Research and practice*, 21(5), 372-378.
- Gür, G. C., & Yilmaz, E. (2020). The effects of mindfulness-based empathy training on empathy and aged discrimination in nursing students: A randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 101140.
- Harnett, P. H., Whittingham, K., Puhakka, E., Hodges, J., Spry, C., & Dob, R. (2010). The short-term impact of a brief group-based mindfulness therapy program on depression and life satisfaction. *Mindfulness*, 1(3), 183-188.
- Hemanth, P., & Fisher, P. (2015). Clinical psychology trainees' experiences of mindfulness: An interpretive phenomenological analysis. *Mindfulness*, 6(5), 1143-1152.
- Hernández Sampieri, R., & Fernández Collado, C. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta edi; J. Mares, Ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Herrera, P., & Veliz, C. A. A. (2018). Errores y dificultades comunes de terapeutas novatos. *Revista argentina de clínica psicológica*, 27(1), 5-13.
- Hiebert, B., Uhlemann, M. R., Marshall, A., & Lee, D. Y. (1998). The relationship between self-talk, anxiety, and counselling skill. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 32(2), 163-171.
- Hill, C. E., Sullivan, C., Knox, S., & Schlosser, L. Z. (2007). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 434.
- Hill, C. L., & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12(1), 81.

- 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.
- Huibers, M. J., & Cuijpers, P. (2014). Common (nonspecific) factors in psychotherapy. *The encyclopedia of clinical psychology*, 1-6.
- Hülshager, U. R., Alberts, H. J., Feinholdt, A., & Lang, J. W. (2013). Benefits of mindfulness at work: the role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *Journal of applied psychology*, 98(2), 310.
- 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
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New-York: Hyperion.
- Kang, C., & Whittingham, K. (2010). Mindfulness: A dialogue between Buddhism and clinical psychology. *Mindfulness*, 1(3), 161-173.
- Karson, M., & Fox, J. (2010). Common skills that underlie the common factors of successful psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 64(3), 269-281.
- Kemper, K. J., & Khirallah, M. (2015). Acute effects of online mind-body skills training on resilience, mindfulness, and empathy. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*, 20(4), 247-253
- Kiosses, V. N., Karathanos, V. T., & Tatsioni, A. (2016). Empathy promoting interventions for health professionals: a systematic review of RCTs. *Journal of Compassionate Health Care*, 3(1), 7.
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2010). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating disorders*, 19(1), 49-61.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. En J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129) New York: Basic Books.
- Lambert, M. J., & Simon, W. (2008). The therapeutic relationship: Central and essential in psychotherapy outcome. En S. F. Hick & T. Bien. (Ed.), *Mindfulness and the therapeutic relationship*, (pp. 19-33). New York, USA: The Guilford Press.
- Lesh, T. V. (1970). Zen meditation and the development of empathy in counselors. *Journal of Humanistic Psychology*, 10(1), 39-74.

- Linden, M. (2013). How to define, find, and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 286–296.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Macdonald, J., & Muran, C. (2020). The reactive therapist: The problem of interpersonal reactivity in psychological therapy and the potential for a mindfulness-based program focused on “mindfulness-in-relationship” skills for therapists. *Journal Of Psychotherapy Integration*. <https://doi.org/10.1037/int0000200>
- Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy integration*, 7(4), 291-312.
- McCullum, E. E., & Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: A qualitative study. *Journal of Marital and family Therapy*, 36(3), 347-360.
- McConville, J., McAleer, R., & Hahne, A. (2017). Mindfulness training for health profession students—the effect of mindfulness training on psychological well-being, learning and clinical performance of health professional students: a systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. *Explore*, 13(1), 26-45.
- Merino, C. y Livia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice de validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de psicología*, 25(1), 169-171.
- Milanés Sánchez, S. F., & Gómez Díaz, M. (2018). El síndrome de burnout y la práctica de mindfulness: Una revisión sistemática. *Presencia*, 14. Recuperado a partir de <http://ciberindex.com/c/p/e11864>
- Moggia, D., Niño-Robles, N., Miller, S. D., & Feixas, G. (2020). Psychometric properties of the Session Rating Scale 3.0 in a Spanish clinical sample. *British Journal of Guidance & Counselling*, 1-12.
- Monteiro, L. M., Musten, R. F., & Compson, J. (2015). Traditional and contemporary mindfulness: finding the middle path in the tangle of concerns. *Mindfulness*, 6(1), 1-13.
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and cognition*, 18(1), 176-186.
- Morgan, W. D., & Morgan, S. T. (2005). Cultivating attention and empathy. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 55–72). New York, NY: Guilford Press.

- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157.
- Newsome, S., Christopher, J. C., Dahlen, P., & Christopher, S. (2006). Teaching counselors self-care through mindfulness practices. *Teachers College Record*, 108(9), 1881.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98.
- Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. Guilford Publications.
- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). NAP Calculator  
[<http://singlecaseresearch.org/calculators/nap>]
- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior therapy*, 40(4), 357-367.
- Phang, C. K., & Oei, T. P. S. (2012). From mindfulness to meta-mindfulness: Further integration of meta-mindfulness concept and strategies into cognitive-behavioral therapy. *Mindfulness*, 3(2), 104-116
- Powell, D. H. (2004). Treating individuals with debilitating performance anxiety: An introduction. *Journal of clinical psychology*, 60(8), 801-808.
- Restrepo, M. U. (2008). Factores comunes e integración de las psicoterapias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 14-28.
- Rodriguez Vega, B., Melero-Llorente, J., Bayon Perez, C., Cebolla, S., Mira, J., Valverde, C., & Fernández-Liria, A. (2014). Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation processes for psychotherapists in training. *Psychotherapy Research*, 24(2), 202-213.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412.
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., & Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric properties of the mindful attention awareness scale in Colombian undergraduates. *Suma psicológica*, 23(1), 18-24.
- Ryan, A., Safran, J. D., Doran, J. M., & Muran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22(3), 289-297.

- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., Lucero Chenevard, C., Espinoza García, A. E., Iribarra Cáceres, D. E., & Müller Vergara, P. A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180.
- Schafer, R. (1959). Generative empathy in the treatment situation. *The Psychoanalytic Quarterly*, 28(3), 342-373.
- Schlosser, M., Sparby, T., Vörös, S., Jones, R., & Marchant, N. L. (2019). Unpleasant meditation-related experiences in regular meditators: Prevalence, predictors, and conceptual considerations. *PloS one*, 14(5), 1-18.
- Schomaker, S. A. (2013). The impact of mindfulness training on therapeutic alliance, empathy and lived experience: A mixed methods study with counselor trainees (Doctoral dissertation). Texas A&M University-Corpus Christi Corpus Christi, Texas
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45–65). Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams M. G., & Teasdale, J. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and education in professional psychology*, 1(2), 105.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of behavioral medicine*, 21(6), 581-599.
- Shapiro, S., & Izett, C. D. (2008). Meditation: A universal tool for cultivating empathy. In S. Hick & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the therapeutic relationship* (pp. 161–175). New York: Guilford.
- Sharp, K. L. (2016). *Towards elucidating the operationalization and measurement of empathy in clinical outcome research*. (Tesis doctorado) University of Kansas, Kansas.
- Shechtman, Z., & Wirzberger, A. (1999). Needs and preferred style of supervision among Israeli school counselors at different stages of professional development. *Journal of Counseling & Development*, 77(4), 456-464.
- Sipe, W. E., & Eisendrath, S. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 63-69.

- Skovholt, T. M. (2005) The Cycle of Caring: A Model of Expertise in the Helping Professions. *Journal of Mental Health Counseling*, 27(1), pp. 82-93.
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45-58.
- Spragg, C. N. (2011). *The impact of mindfulness practice on mental health service providers-in-training: An examination of mindfulness, self-awareness, empathy, and burnout* (Tesis doctorado). Auburn University, Alabama.
- Stauffer, M., & Pehrsson, D. E. (2012). Mindfulness competencies for counselors and psychotherapists. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(3), 227-239.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent?. *American psychologist*, 41(2), 165.
- Stone, M., Friedlander, M. L., & Moeyaert, M. (2018). Illustrating novel techniques for analyzing single-case experiments: Effects of pre-session mindfulness practice. *Journal of counseling psychology*, 65(6), 690.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLOS one*, 9(4) 1-13.
- Tang, Y. Y. (2011). Mechanism of integrative body-mind training. *Neuroscience Bulletin*, 27(6), 383-388.
- Tang, Y. Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., ... & Posner, M. I. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(43), 17152-17156.
- Tang, Y. Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, S13-S18.
- Thériault, A., & Gazzola, N. (2010). Therapist feelings of incompetence and suboptimal processes in psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(4), 233-243.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51.
- Wallmark, E., Safarzadeh, K., Daukantaitė, D., & Maddux, R. E. (2013). Promoting altruism through meditation: an 8-week randomized controlled pilot study. *Mindfulness*, 4(3), 223-234.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Watson, J. (2000). *Re-visioning Empathy: Theory, Research and Practice*. Ontario Institute for Studies in Education / University of Toronto.

- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout research*, *6*, 18-29.
- Zadkhosh, S. M., Zandi, H. G., & Ghorbannejad, M. (2019). The effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on cognitive skills in young soccer players. *Exercise and Quality of Life*, *11*, 5-11.
- Zahra, D. (2010) RCI Calculator [Online at: <https://www.daniel-zahra.com/publications>]
- Zhang, D., Lee, E. K., Mak, E. C., Ho, C. Y., & Wong, S. Y. (2021). Mindfulness-based interventions: an overall review. *British medical bulletin*, *138*(1), 41-57.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and cognition*, *19*(2), 597-605.



## Anexos

### **Anexo 1. Entrevista Semiestructurada para Terapeutas**

- Aspectos relacionados con el consultante
  1. ¿Qué diagnóstico le asignó al consultante?
  2. ¿Cómo describiría su caso en términos de alianza, empatía, dificultad del caso y relación terapéutica?
  3. ¿Resaltaría algo particular de este caso versus sus otros casos? ¿algo que le haya parecido interesante o retador?
  
- Impacto del ejercicio pre-sesión.
  4. ¿Cómo fue la experiencia de realizar el ejercicio de 3 minutos antes de iniciar sus sesiones? ¿Se conectó? ¿Algo le pareció difícil?
  5. ¿Percibió diferencias en las sesiones en las que realizó el ejercicio versus las que no lo realizó? ¿Cuáles/en qué?
  6. En las sesiones en las que realizó el ejercicio ¿cómo se sintió durante la sesión? (explorar en términos de atención, ansiedad, presencia)
  7. ¿Cómo percibe el impacto del ejercicio corto pre-sesión? ¿Le aportó en algo?
  8. ¿Considera útil la realización del ejercicio pre-sesión? ¿Por qué?
  9. ¿Hay algún otro caso en el que le habría sido útil emplear este ejercicio y por qué lo considera así?
  10. ¿Considera que hacer el ejercicio corto de manera regular tuvo un impacto en el manejo de las sesiones en las cuales NO lo hizo?
  11. ¿Lo recomendaría a futuros terapeutas y por qué?
  
- Vivencias y experiencias personales durante el semestre
  12. Durante el desarrollo del proceso terapéutico con este caso ¿hubo aspectos personales que impactaron sus sesiones?
  13. ¿El ejercicio pre-sesión le aportó algo durante estos momentos? ¿cómo?
  14. ¿Usó lo que aprendió durante el taller en otros aspectos o momentos de su vida?
  
- Experiencia general de la participación en la investigación
  15. ¿Cómo fue su experiencia de haber participado en este proceso de investigación?
  16. ¿Qué le aportó el proceso de investigación a usted como terapeuta? ¿como persona?
  17. ¿Cómo fue su experiencia grabando las sesiones y diligenciando los formatos?
  
- Preguntas específicas para cada terapeuta según las tendencias observadas en los resultados cuantitativos.

**Anexo 2: Escala de empatía del terapeuta -TES** (Decker, Nich, Carroll & Martino, 2014).

**Instrucciones:**

Califique, con base en TODA la sesión, los siguientes ítems de 1 a 7 según la descripción y la definición de cada puntuación:

**Ítem #1:**

**1 PREOCUPACIÓN:** ¿Qué tanto demostró el clínico preocupación por el cliente?

Descripción: Un clínico transmite preocupación al mostrar consideración e interés por el cliente. El clínico parece comprometido e involucrado con el cliente y atento a lo que ha dicho. La voz del clínico tiene una resonancia suave que apoya y mejora las expresiones de interés por parte del clínico.

| <u>Puntuación</u> | <u>Definición</u>  |
|-------------------|--|
| 1                 | <i>Nunca.</i>  |
| 2                 | <i>Un poco.</i> Solo en una o dos ocasiones el clínico demostró preocupación por el cliente. Estas ocasiones fueron débiles, fugaces o breves.   |
| 3                 | <i>Con poca frecuencia.</i> El clínico ocasionalmente demostró preocupación por el cliente. La mayoría de los momentos fueron débiles, fugaces o breves.   |
| 4                 | <i>Algo.</i> El clínico demostró preocupación por el cliente varias veces durante la sesión. En al menos una de estas oportunidades, la demostración de preocupación del clínico fue claramente evidente y sostenida.    |
| 5                 | <i>A menudo.</i> La sesión se dividió en partes iguales, entre la demostración coherente de preocupación del clínico y la ausencia de estos eventos.   |
| 6                 | <i>Considerablemente.</i> La mayor parte de la sesión estuvo marcada por la demostración de preocupación del clínico por el cliente. En solo unas pocas ocasiones, el clínico no demostró su preocupación adecuadamente. |
| 7                 | <i>Extensamente.</i> El clínico demostró preocupación por el cliente a lo largo de la sesión. En casi todas las oportunidades, la preocupación del clínico fue claramente evidente y sostenida.                          |

## Ítem #2

### 2 **EXPRESIVIDAD:** ¿Qué tanta expresividad demostró el clínico en su voz?

Descripción: La voz de un clínico demuestra expresividad cuando habla con energía y varía el tono de su voz para adaptarse al estado de ánimo o la disposición del cliente.

| <u>Puntuación</u> | <u>Definición</u>   |
|-------------------|---|
| 1                 | <i>Nunca.</i>   |
| 2                 | <i>Un poco.</i> Solo en una o dos ocasiones el clínico demostró expresividad en su voz. Estas ocasiones fueron leves, fugaces o breves.   |
| 3                 | <i>Con poca frecuencia.</i> El clínico ocasionalmente demostró expresividad con su voz. La mayoría de los casos fueron leves y breves.  |
| 4                 | <i>Algo.</i> El clínico demostró expresividad varias veces durante la sesión. En al menos una de estas oportunidades, la expresividad vocal del clínico fue claramente evidente y sostenida.                    |
| 5                 | <i>A menudo.</i> La sesión se dividió en partes iguales, entre la demostración coherente de expresividad del clínico y la ausencia de estas acciones.   |
| 6                 | <i>Considerablemente.</i> La mayor parte de la sesión estuvo marcada por la demostración de expresividad del clínico. En solo unas pocas ocasiones, el clínico no pudo demostrar la expresividad adecuadamente. |
| 7                 | <i>Extensamente.</i> El clínico demostró expresividad en su voz a lo largo de la sesión.<br>En casi todas las oportunidades, la expresividad del clínico fue claramente evidente y sostenida.                   |

### Ítem #3

- 3 **RESUENA O CAPTURA LOS SENTIMIENTOS DEL CLIENTE:** ¿Qué tanto el tono o la respuesta vocal del clínico resonó con, o capturó la intensidad de los sentimientos del cliente?

Descripción: Un terapeuta resuena con o capta la intensidad de los sentimientos del cliente cuando habla con un tono y énfasis que coinciden con el estado emocional del cliente o que expresa palabras o frases de una manera que enfatiza cómo se siente el cliente.

| <u>Puntuación</u> | <u>Definición</u>  |
|-------------------|--|
| 1                 | <i>Nunca.</i>  |
| 2                 | <i>Un poco.</i> Solo en una o dos ocasiones el clínico resonó con la intensidad de los sentimientos del cliente. Estas ocasiones fueron relativamente débiles, fugaces o breves.   |
| 3                 | <i>Con poca frecuencia.</i> El clínico ocasionalmente resonó con la intensidad de los sentimientos del cliente. La mayoría de los casos fueron débiles, breves o fugaces.  |
| 4                 | <i>Algo.</i> El clínico resonó con la intensidad de los sentimientos del cliente varias veces durante la sesión. En al menos una de estas oportunidades, la demostración de resonancia emocional por parte del clínico fue claramente evidente y sostenida.                              |
| 5                 | <i>A menudo.</i> La sesión se dividió en partes iguales entre la resonancia coherente del clínico con los sentimientos del cliente y la ausencia de estas acciones.  |
| 6                 | <i>Considerablemente.</i> La mayor parte de la sesión estuvo marcada por la resonancia del clínico con la intensidad de los sentimientos del cliente. En solo unas pocas ocasiones, el clínico no pudo demostrar la resonancia emocional adecuadamente.                                  |
| 7                 | <i>Extensamente.</i> El clínico resonó con la intensidad de los sentimientos del cliente a lo largo de la sesión. En casi todas las oportunidades, los esfuerzos del clínico para resonar con la preocupación del cliente por sus sentimientos fueron claramente evidentes y sostenidos. |

**Ítem #4****4 CALIDEZ: ¿Qué tanta calidez transmitió el clínico?**

Descripción: Un clínico demuestra calidez al hablar de manera amistosa, cordial y sincera. El clínico está involucrado y apoya los esfuerzos del cliente para expresarse. De alguna manera, el terapeuta parece tener una disposición amable y se muestra afectuoso e interesado en el cliente.

| <u>Puntuación</u> | <u>Definición</u>   |
|-------------------|---|
| 1                 | <i>Nunca.</i>   |
| 2                 | <i>Un poco.</i> Solo en una o dos ocasiones, el clínico le transmitió calidez al cliente.<br>Estas instancias fueron leves, fugaces o breves.   |
| 3                 | <i>Con poca frecuencia.</i> El clínico ocasionalmente le transmitió calidez al cliente. La mayoría de las ocasiones fueron leves, fugaces o breves.   |
| 4                 | <i>Algo.</i> El clínico demostró calidez hacia el cliente varias veces durante la sesión. En al menos una de estas oportunidades, la calidez del clínico fue claramente evidente y sostenida.                           |
| 5                 | <i>A menudo.</i> La sesión se dividió en partes iguales entre la demostración coherente de calidez del clínico y la ausencia de estas acciones.   |
| 6                 | <i>Considerablemente.</i> La mayor parte de la sesión estuvo marcada por la demostración de calidez del clínico hacia del cliente. En solo unas pocas ocasiones, el clínico no pudo demostrar la calidez adecuadamente. |
| 7                 | <i>Extensamente.</i> El clínico estuvo dispuesto cálidamente hacia el cliente a lo largo de la sesión. En casi todas las oportunidades, la calidez del clínico fue claramente evidente y sostenida.                     |

**Ítem #5**

- 5 **SINTONIZADO**: ¿Qué tan sintonizado está el clínico momento a momento en la sesión, con el mundo interno del cliente?

Descripción: El mundo interno de un cliente se define como sus sentimientos, percepciones, recuerdos, significados, sensaciones corporales y valores centrales. Un clínico está en sintonía con el mundo interno de un cliente cuando reconoce, momento a momento, verbal o no verbalmente, las expresiones del cliente. Estos reconocimientos se adaptan, están de acuerdo o respaldan el estado de ánimo y las reflexiones del cliente. El clínico está atento a las sutilezas en los significados y sentimientos que transmiten las expresiones del cliente, manifestados más allá del contenido manifiesto o superficial de las declaraciones de un cliente y muestra una comprensión genuina del mundo interior del cliente.

| <u>Puntuación</u> | <u>Definición</u>   |
|-------------------|---|
| 1                 | <i>Nunca.</i>   |
| 2                 | <i>Un poco.</i> Solo en una o dos ocasiones, el clínico estaba en sintonía con el mundo interno del cliente. Estas ocasiones fueron relativamente débiles, fugaces o breves.  |
| 3                 | <i>Con poca frecuencia.</i> El clínico ocasionalmente estaba en sintonía con el cliente. La mayoría de las ocasiones fueron débiles, fugaces o breves.  |
| 4                 | <i>Algo.</i> El clínico estuvo en sintonía con el mundo interno del cliente varias veces durante la sesión. En al menos una de estas oportunidades, la demostración del clínico de estar en sintonía fue claramente evidente y sostenida. |
| 5                 | <i>A menudo.</i> La sesión se dividió en partes iguales entre el hecho de que el clínico esté coherentemente en sintonía con el cliente y la ausencia de estas acciones..   |
| 6                 | <i>Considerablemente.</i> La mayor parte de la sesión estuvo marcada por el hecho de que el clínico estaba en sintonía con el mundo interno del cliente. En solo unas pocas ocasiones, el clínico no demostró estar en sintonía.          |
| 7                 | <i>Extensamente.</i> El clínico estuvo en sintonía con el cliente a lo largo de la sesión. En casi todas las oportunidades, la demostración del clínico de estar en sintonía fue clara y sostenida.                                       |

**Ítem #6**

- 6 COMPRENDER EL MARCO COGNITIVO:** ¿Las respuestas del clínico qué tanto transmitieron una comprensión del marco cognitivo y de sentido del cliente?

Descripción: Un clínico demuestra comprensión del marco cognitivo y de sentido del cliente cuando sigue claramente lo que el cliente ha dicho y refleja con precisión esta comprensión al cliente. En resumen, el clínico y el cliente están en la misma página. El clínico tiene cuidado de proporcionar amplias oportunidades para que el cliente exprese sus puntos de vista con el fin de permitir una comprensión más completa y precisa del cliente. La interacción transmite que el terapeuta valora saber lo que el cliente quiere decir o pretende comunicar con sus declaraciones, sin predisposición o juicio previo.

| <u>Puntuación</u> | <u>Definición</u>  |
|-------------------|--|
| 1                 | <i>Nunca.</i>  |
| 2                 | <i>Un poco.</i> Solo en una o dos ocasiones, el clínico demostró comprender el marco cognitivo del cliente. Estas ocasiones no fueron precisas.  |
| 3                 | <i>Con poca frecuencia.</i> El clínico ocasionalmente demostró comprender el marco cognitivo del cliente. La mayoría de las ocasiones no fueron precisas.  |
| 4                 | <i>Algo.</i> El clínico demostró comprender el marco cognitivo del cliente varias veces durante la sesión. En al menos una de estas oportunidades, la comprensión del clínico fue precisa.   |
| 5                 | <i>A menudo.</i> La sesión se dividió en partes iguales entre el clínico que entendía coherentemente el marco cognitivo del cliente y la ausencia de estas acciones.   |
| 6                 | <i>Considerablemente.</i> La mayor parte de la sesión estuvo marcada por la comprensión precisa del clínico del marco cognitivo del cliente. En solo unas pocas ocasiones, el clínico no pudo comprender con precisión la perspectiva del cliente. |
| 7                 | <i>Extensamente.</i> El clínico entendió con precisión el marco cognitivo del cliente a lo largo la sesión. En casi todas las oportunidades, la comprensión del cliente por parte del clínico fue precisa.   |

**Ítem #7****7 COMPRENDIENDO LOS SENTIMIENTOS /EXPERIENCIA INTERNA:**

¿Las respuestas del clínico qué tanto transmitieron una comprensión de los sentimientos y de la experiencia interna del cliente?

Descripción: Un clínico transmite una comprensión de los sentimientos y la experiencia interna del cliente cuando muestra una apreciación sensible y un cuidado gentil por el estado emocional del cliente. Un clínico brinda amplias oportunidades para que el cliente explore sus reacciones emocionales. El clínico refleja con precisión cómo se siente el cliente al nominar o poner adecuadamente en palabras (p.ej, Enojo, tristeza, frustración) o metáforas (p. ej., "Es como si estuvieras reprimido y te sintieras a punto de explotar") los estados emocionales para aclarar y hacer evidente para el cliente lo que él o ella está experimentando emocionalmente.

| <u>Puntuación</u> | <u>Definición</u>   |
|-------------------|---|
| 1                 | <i>Nunca.</i>   |
| 2                 | <i>Un poco.</i> Solo en una o dos ocasiones el clínico demostró comprender los sentimientos / experiencia interna del cliente. Estas ocasiones no fueron precisas.  |
| 3                 | <i>Con poca frecuencia.</i> El clínico ocasionalmente demostró comprender los sentimientos / experiencia interna del cliente. La mayoría de las ocasiones no fueron precisas.   |
| 4                 | <i>Algo.</i> El clínico demostró comprender los sentimientos / experiencia interna del cliente varias veces durante la sesión. En al menos una de estas oportunidades, la comprensión del clínico fue precisa.  |
| 5                 | <i>A menudo.</i> La sesión se dividió en partes iguales entre el clínico coherentemente comprendiendo los sentimientos / experiencia interna del cliente y la ausencia de estos eventos.  |
| 6                 | <i>Considerablemente.</i> La mayor parte de la sesión estuvo marcada por la comprensión precisa del clínico de los sentimientos / experiencia interna del cliente. En solo unas pocas ocasiones, el clínico no pudo comprender con precisión el estado emocional del cliente. |
| 7                 | <i>Extensamente.</i> El clínico entendió con precisión los sentimientos / experiencia interna del cliente a lo largo de la sesión. En casi todas las oportunidades, la comprensión del cliente por parte del clínico fue precisa.   |



**Ítem #8****8 ACEPTACIÓN:** ¿Qué tanto acepta el clínico los sentimientos y las experiencias internas del cliente?

Descripción: Un clínico muestra aceptación de los sentimientos y la experiencia interna del cliente cuando valida la experiencia del cliente y refleja sus sentimientos sin juzgarlo ni tener una actitud despectiva. El clínico es incondicionalmente abierto y respetuoso de la forma como se siente el cliente. La postura del clínico es de autenticidad y honestidad, en lugar de fingir preocupación o parecer poco auténtica.

| <u>Puntuación</u> | <u>Definición</u>  |
|-------------------|--|
| 1                 | <i>Nunca.</i>  |
| 2                 | <i>Un poco.</i> Solo en una o dos ocasiones, el clínico demostró la aceptación de los sentimientos / experiencias internas del cliente. Estas ocasiones fueron leves, fugaces o breves.  |
| 3                 | <i>Con poca frecuencia.</i> El clínico ocasionalmente demostró la aceptación de los sentimientos / experiencias internas del cliente. La mayoría de las ocasiones fueron leves, fugaces o breves.  |
| 4                 | <i>Algo.</i> El clínico demostró la aceptación de los sentimientos / experiencias internas del cliente varias veces durante la sesión. En al menos una de estas oportunidades, la demostración de la aceptación del cliente por parte del clínico fue claramente evidente y sostenida. |
| 5                 | <i>A menudo.</i> La sesión se dividió en partes iguales entre la demostración consistente del clínico de la aceptación del cliente y la ausencia de estas acciones.  |
| 6                 | <i>Considerablemente.</i> La mayor parte de la sesión estuvo marcada por la demostración del clínico de la aceptación de los sentimientos / experiencias internas del cliente. En solo unas pocas ocasiones, el clínico no pudo demostrar la aceptación adecuadamente.                 |
| 7                 | <i>Extensamente.</i> El clínico demostró la aceptación de los sentimientos / experiencias internas del cliente a lo largo de la sesión. En casi todas las oportunidades, la aceptación del cliente por parte del clínico fue claramente evidente y sostenida.                          |

**Ítem #9****9 SENSIBILIDAD DE RESPUESTA: ¿Qué tan sensible o receptivo es el clínico frente al cliente?**

Descripción: Un clínico muestra sensibilidad de respuesta o es receptivo frente al cliente cuando ajusta sus respuestas a las declaraciones o comunicaciones no verbales del cliente durante la conversación. El clínico sigue al cliente en la conversación en lugar de tratar de dirigir el diálogo hacia la agenda o los intereses del terapeuta.

| <u>Puntuación</u> | <u>Definición</u>  |
|-------------------|--|
| 1                 | <i>Nunca.</i>  |
| 2                 | <i>Un poco.</i> Solo en una o dos ocasiones, el clínico demostró sensibilidad de respuesta frente al cliente. Estas ocasiones fueron relativamente débiles, fugaces o breves.  |
| 3                 | <i>Con poca frecuencia.</i> El clínico ocasionalmente demostró sensibilidad de respuesta frente al cliente. La mayoría de las ocasiones fueron relativamente débiles, fugaces o breves.  |
| 4                 | <i>Algo.</i> El clínico demostró sensibilidad de respuesta ante el cliente varias veces durante la sesión. En al menos una de estas oportunidades, la sensibilidad de respuesta del clínico fue claramente evidente y sostenida.                     |
| 5                 | <i>A menudo.</i> La sesión se dividió en partes iguales entre la demostración coherente del clínico de la sensibilidad de respuesta al cliente y la ausencia de estas acciones.  |
| 6                 | <i>Considerablemente.</i> La mayor parte de la sesión estuvo marcada por la demostración del clínico de la sensibilidad de respuesta al cliente. En solo unas pocas ocasiones, el clínico no demostró adecuada sensibilidad de respuesta al cliente. |
| 7                 | <i>Extensamente.</i> El clínico demostró sensibilidad de respuesta al cliente a lo largo la sesión. En casi todas las oportunidades, la sensibilidad de respuesta del clínico fue claramente evidente y sostenida.                                   |

**Anexo 3: Formato de Registro de Actividad.****Formato de registro de actividad pre-sesión SIN MINDFULNESS**

*Diligencie los datos señalados a continuación y describa qué actividad realizó durante los 5 minutos antes de entrar a la consulta (ej. revisar correo, chatear, hablar con alguien en casa, comer, etc.)*

|           |                    |
|-----------|--------------------|
| Fecha     | (día, mes, año)    |
| Hora      | (00:00 am/pm)      |
| Actividad | ¿Cuál? (ej. comer) |

**Formato de registro de actividad pre-sesión CON MINDFULNESS**

*Diligencie los datos señalados a continuación, señale con una X si realizó el ejercicio de mindfulness pre-sesión, de lo contrario escriba qué actividad realizó antes de entrar a la consulta (ej. revisar correo, chatear, hablar con alguien en casa, comer, etc.). Finalmente, con una X señale su nivel de conciencia plena pre-sesión (1 = Para nada y 7= Completamente).*

|                           |                 |             |   |   |   |   |   |               |
|---------------------------|-----------------|-------------|---|---|---|---|---|---------------|
| Fecha                     | (día, mes, año) |             |   |   |   |   |   |               |
| Hora                      | (00:00 am/pm)   |             |   |   |   |   |   |               |
| Actividad                 | Mindfulness     | Otra ¿Cuál? |   |   |   |   |   |               |
|                           | (x)             | (ej. comer) |   |   |   |   |   |               |
| Nivel de conciencia plena | Para nada       | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7             |
|                           |                 | (x)         |   |   |   |   |   | Completamente |

#### Anexo 4. Mindful Attention Awareness Scale – MAAS.

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada uno de los ítems que siguen, utilizando la escala de abajo. Simplemente haz un círculo para indicar tu respuesta a cada ítem.

| 1  | 2                  | 3              | 4                | 5               | 6          |   |   |   |
|--|--------------------|----------------|------------------|-----------------|------------|---|---|---|
| Casi siempre   | Muy frecuentemente | Algo frecuente | Algo infrecuente | Muy infrecuente | Casi nunca |   |   |   |
| 1. Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde.  |                    |                | 1                | 2               | 3          | 4 | 5 | 6 |
| 2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.                         |                    |                | 1                | 2               | 3          | 4 | 5 | 6 |
| 3. Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente.   |                    |                | 1                | 2               | 3          | 4 | 5 | 6 |
| 4. Tiendo a caminar rápido para llegar a donde voy sin prestar atención a lo que experimento durante el camino.          |                    |                | 1                | 2               | 3          | 4 | 5 | 6 |
| 5. Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad hasta que realmente captan mi atención.       |                    |                | 1                | 2               | 3          | 4 | 5 | 6 |
| 6. Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.   |                    |                | 1                | 2               | 3          | 4 | 5 | 6 |
| 7. Parece como si “funcionara en automático” sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo.                         |                    |                | 1                | 2               | 3          | 4 | 5 | 6 |
| 8. Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas.  |                    |                | 1                | 2               | 3          | 4 | 5 | 6 |
| 9. Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla. |                    |                | 1                | 2               | 3          | 4 | 5 | 6 |
| 10. Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.                                   |                    |                | 1                | 2               | 3          | 4 | 5 | 6 |
| 11. Me encuentro a mí mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo.                     |                    |                | 1                | 2               | 3          | 4 | 5 | 6 |
| 12. Conduzco en “piloto automático” y luego me pregunto por qué fui allí.  |                    |                | 1                | 2               | 3          | 4 | 5 | 6 |
| 13. Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado.  |                    |                | 1                | 2               | 3          | 4 | 5 | 6 |
| 14. Me descubro haciendo cosas sin prestar atención.   |                    |                | 1                | 2               | 3          | 4 | 5 | 6 |
| 15. Pico sin ser consciente de que estoy comiendo.   |                    |                | 1                | 2               | 3          | 4 | 5 | 6 |

## Anexo 5. Escala de Calificación de la Sesión – SRS 3.0.

### Escala de Calificación de la Sesión (SRS versión 3.0)

|                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| Nombre _____    | Edad (Años): _____ |
| ID # _____      | Género: _____      |
| Sesión N° _____ | Fecha: _____       |

Por favor indique cómo fue la sesión de hoy poniendo una marca vertical en la línea que más cerca se aproxime a su experiencia

#### Relación

No me sentí escuchado/a, comprendido/a, ni respetado/a.

-----I

Me sentí escuchado/a, comprendido/a y respetado/a.

#### Metas y Temas

No trabajamos ni hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.

I-----I

Trabajamos y hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.

#### Enfoque o Método

El enfoque del/de la terapeuta no encaja bien conmigo.

I-----I

El enfoque del/de la terapeuta encaja bien conmigo.

#### En General

En la sesión de hoy faltaba algo.

I-----I

En general, la sesión de hoy estuvo bien para mí.

Better Outcomes Now

[www.betteroutcomesnow.com](http://www.betteroutcomesnow.com)

© 2000, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, y Lynn Johnson  
Traducido por Rafael S. Harris, Jr., Barbara L. Hernandez, y Elena Gismero González



**Anexo 7. Protocolo de entrenamiento:**

**SESIÓN 1**

| <b>ORDEN</b> | <b>DURACIÓN</b> | <b>ACTIVIDAD</b>   | <b>OBJETIVO</b>   | <b>DESCRIPCIÓN</b>   |
|--------------|-----------------|--|---|--|
| 1            | 10 min          | Presentación a los terapeutas del taller.                      | Dar a conocer los objetivos del taller y procedimiento que tienen que seguir para la investigación.   | Los terapeutas se presentan y se explica en qué consistirá el taller y los beneficios que puede llegar a tener.<br>Se resuelven dudas al respecto.   |
| 2            | 8 min           | Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)                   | Evaluar la capacidad los terapeutas para estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida antes del entrenamiento. | Administrar la escala MAAS.  |
| 3            | 5 min           | Atención plena mientras se recuerda una experiencia agradable. | Llevar a los terapeutas a experimentar el mindfulness de manera directa.  | Se pregunta a los terapeutas qué creen que es el mindfulness y se hace un ejercicio introductorio.   |
| 4            | 10 min          | ¿Qué es y qué no es?   | Hacer que los terapeutas comprendan qué es el mindfulness.  | Psicoeducación en torno a lo que es esta práctica.   |
| 5            | 10 min          | Mindfulness de la respiración y evaluación del estado Mindful. | Introducir la práctica del mindfulness a través de la respiración.  | Realizar un ejercicio de respiración en el cual se preste atención a los movimientos y sensaciones físicas sin controlarlas. Resaltar que las distracciones hacen parte normal del proceso y recordar la importancia del no juicio a esta experiencia. |

|   |       |       |   |   |
|---|-------|-------|---|---|
|   |       |       |   | Pedir que evalúen en escala de 1 a 7 qué tan presentes y mindful se sienten luego del ejercicio.  |
| 6 | 2 min | Tarea | Dejar la tarea para la siguiente sesión | <p>Dos tareas:</p> <p>1. Práctica formal: Realizar diariamente el ejercicio de respiración de la sesión de hoy, pueden realizarlo a cualquier hora.</p> <p>2. Práctica informal: Mindfulness mientras se come una vez al día.</p> <p>Luego de cada ejercicio los terapeutas deberán marcar diariamente en un Drive que han realizado el ejercicio y deben calificar de 0 a 7 qué tan presentes se sintieron durante cada actividad.</p> |

## SESIÓN 2

| ORDEN | DURACIÓN | ACTIVIDAD   | OBJETIVO  | DESCRIPCIÓN  |
|-------|----------|---|---|--|
| 1     | 3 min    | Ejercicio:<br>Espacio de la Respiración de Tres Minutos | Entrar en sintonía con taller y familiarizar a los terapeutas con el ejercicio corto de mindfulness que deben realizar en la investigación. | 1° minuto atender y notar abiertamente la experiencia personal (emociones, pensamientos, sensaciones) sin intentar cambiar lo que se observa. 2° minuto se redirige la atención a la respiración y las sensaciones corporales de dicha experiencia. 3° minuto se expande la atención y la conciencia al cuerpo como un todo. |
| 2     | 5 min    | Revisión de la tarea                                    | Identificar las posibles dificultades que hayan tenido y explorar las experiencias personales de los ejercicios.                            | Compartir experiencias y resolver dudas acerca de los ejercicios.  |



|   |        |   |   |   |
|---|--------|---|---|---|
| 3 | 10 min | Aceptación,<br>No juicio y<br>Dejar ir.   | Enseñar 3<br>aspectos<br>esenciales del<br>mindfulness<br>(Aceptación, No<br>juicio y Dejar ir) | Psicoeducación en relación a estos<br>tres elementos con ejemplos.  |
| 4 | 15 min | Mindfulness<br>de los<br>pensamientos<br>y evaluación<br>del estado<br>Mindful. | Enseñar y<br>practicar un<br>ejercicio de<br>mindfulness de<br>los pensamientos                 | Guiar a los terapeutas hacia la<br>consciencia plena de sus<br>pensamientos y sentimientos.<br>Notarlos como experiencias<br>transitorias que fluyen sin intentar<br>cambiarlos.<br>Pedir que evalúen en escala de 1 a<br>7 qué tan presentes y mindful se<br>siente luego del ejercicio.   |
| 5 | 2 min  | Tarea   | Dejar la tarea para<br>la siguiente sesión  | Dos tareas:<br>1. Práctica formal: Realizar<br>diariamente el ejercicio de<br>mindfulness de los pensamientos<br>de sesión de hoy.<br>2. Práctica informal: Mindfulness<br>mientras se baña una vez al día.<br>Luego de cada ejercicio los<br>terapeutas deberán marcar<br>diariamente en un Drive que han<br>realizado el ejercicio y deben<br>calificar de 0 a 7 qué tan presentes<br>se sintieron durante cada<br>actividad. |

### SESIÓN 3

| ORDEN | DURACIÓN | ACTIVIDAD   | OBJETIVO   | DESCRIPCIÓN  |
|-------|----------|---|--|--|
| 1     | 3 min    | Ejercicio:<br>Espacio de la<br>Respiración de<br>Tres Minutos | Entrar en sintonía<br>con taller y<br>familiarizar a los<br>terapeutas con el<br>ejercicio corto de<br>mindfulness que<br>deben realizar en<br>la investigación. | 1° minuto atender y notar<br>abiertamente la experiencia<br>personal (emociones,<br>pensamientos, sensaciones) sin<br>intentar cambiar lo que se<br>observa. 2° minuto se redirige la<br>atención a la respiración y las<br>sensaciones corporales de dicha<br>experiencia. 3° minuto se expande |

|   |        |  |  |  |
|---|--------|--|--|--|
|   |        |  |  | la atención y la conciencia al cuerpo como un todo.  |
| 2 | 5 min  | Revisión de la tarea                                       | Identificar las posibles dificultades que hayan tenido y explorar las experiencias personales de los ejercicios.               | Compartir experiencias y resolver dudas acerca de los ejercicios.  |
| 3 | 10 min | Paciencia, Mente de principiante y Sin esfuerzo            | Enseñar otros 3 aspectos esenciales del mindfulness (Paciencia, Mente de principiante y Sin esfuerzo)                          | Psicoeducación en relación a estos tres elementos con ejemplos.  |
| 4 | 15 min | Ejercicio de centramiento y evaluación del estado Mindful. | Enseñar y practicar un ejercicio de centramiento en el aquí y ahora del momento presente ¿en dónde estoy y por qué estoy aquí? | Guiar a los terapeutas hacia la consciencia plena del aquí y ahora del lugar en el que están. Pedir que evalúen en escala de 1 a 7 qué tan presentes y mindful se sienten luego del ejercicio.   |
| 5 | 2 min  | Tarea  | Dejar la tarea para la siguiente sesión  | <p>Dos tareas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Práctica formal: Realizar diariamente el ejercicio de centramiento de la sesión de hoy.</li> <li>2. Práctica informal: Mindfulness mientras se cepilla los dientes una vez al día.</li> </ol> <p>Luego de cada ejercicio los terapeutas deberán marcar diariamente en un Drive que han realizado el ejercicio y deben calificar de 0 a 7 qué tan presentes se sintieron durante cada actividad.</p> |

**SESIÓN 4**

| <b>ORDEN</b> | <b>DURACIÓN</b> | <b>ACTIVIDAD</b>  | <b>OBJETIVO</b>   | <b>DESCRIPCIÓN</b>   |
|--------------|-----------------|---|---|--|
| 1            | 3 min           | Ejercicio:<br>Espacio de la<br>Respiración de<br>Tres Minutos                                 | Entrar en sintonía con taller y familiarizar a los terapeutas con el ejercicio corto de mindfulness que deben realizar en la investigación. | 1º minuto atender y notar abiertamente la experiencia personal (emociones, pensamientos, sensaciones) sin intentar cambiar lo que se observa. 2º minuto se redirige la atención a la respiración y las sensaciones corporales de dicha experiencia. 3º minuto se expande la atención y la conciencia al cuerpo como un todo. |
| 2            | 5 min           | Revisión de la tarea  | Identificar las posibles dificultades que hayan tenido y explorar las experiencias personales de los ejercicios.                            | Compartir experiencias y resolver dudas acerca de los ejercicios.  |
| 3            | 10 min          | Revisión de los principales conceptos del mindfulness y discutir su utilidad como terapeutas. | Aclarar dudas acerca de los conceptos enseñados y contextualizarlos al contexto terapéutico.  | Charlar y discutir sobre la importancia de estos aspectos en la práctica terapéutica.  |
| 4            | 15 min          | Ejercicio de centramiento y evaluación del estado Mindful. (Nuevamente)                       | Enseñar y practicar el ejercicio de centramiento en el aquí y ahora del momento presente ¿en dónde estoy y por qué estoy aquí?              | Guiar a los terapeutas hacia la conciencia plena del aquí y ahora del lugar en el que están. Pedir que evalúen en escala de 1 a 7 qué tan presentes y mindful se siente luego del ejercicio.   |
| 5            | 2 min           | Tarea   | Dejar la tarea para la siguiente sesión   | Dos tareas:  |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | <p>1. Práctica formal: Realizar diariamente el ejercicio de centramiento de la sesión de hoy.</p> <p>2. Práctica informal: Mindfulness mientras se cepilla los dientes, se baña o se come, una vez al día.</p> <p>Luego de cada ejercicio los terapeutas deberán marcar diariamente en un Drive que han realizado el ejercicio y deben calificar de 0 a 7 qué tan presentes se sintieron durante cada actividad.</p> |
|--|--|--|--|--|

## SESIÓN 5

| ORDEN | DURACIÓN | ACTIVIDAD   | OBJETIVO  | DESCRIPCIÓN  |
|-------|----------|---|---|--|
| 1     | 3 min    | Ejercicio: Espacio de la Respiración de Tres Minutos                    | Entrar en sintonía con taller y familiarizar a los terapeutas con el ejercicio corto de mindfulness que deben realizar en la investigación. | 1° minuto atender y notar abiertamente la experiencia personal (emociones, pensamientos, sensaciones) sin intentar cambiar lo que se observa. 2° minuto se redirige la atención a la respiración y las sensaciones corporales de dicha experiencia. 3° minuto se expande la atención y la conciencia al cuerpo como un todo. |
| 2     | 5 min    | Revisión de la tarea  | Identificar las posibles dificultades que hayan tenido y explorar las experiencias personales de los ejercicios.                            | Compartir experiencias y resolver dudas acerca de los ejercicios.  |
| 3     | 15 min   | Ejercicio de centramiento y evaluación del estado Mindful. (Nuevamente) | Practicar el ejercicio de centramiento en el aquí y ahora del momento presente ¿en  | Guiar a los terapeutas hacia la conciencia plena del aquí y ahora del lugar en el que están. Pedir que evalúen en escala de 1 a 7 qué tan presentes y mindful se sienten luego del ejercicio.  |

|   |       |  | dónde estoy y por qué estoy aquí?   |   |
|---|-------|--|---|---|
| 5 | 7 min | Explicación del proceso de investigación que seguirá a continuación y aclaración de dudas. | Dar claridad a los participantes acerca del proceso a seguir con la investigación.  | Explicar lo que viene del proceso y resolver dudas. |
| 6 | 8 min | Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)   | Evaluar la capacidad los terapeutas para estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana luego del entrenamiento. | Administrar la escala MAAS                          |

### Anexo 8. Matriz descriptiva de categorías y subcategorías cualitativas

| Categoría | Subcategoría             | Descripción   | Ejemplos de citas   |
|-----------|--------------------------|---|---|
| Utilidad  | Autoconciencia en sesión | Reconocimiento de los propios <b>pensamientos y emociones</b> que experimentan momento a momento los terapeutas durante la sesión. Esto, aunque en un primer momento pudo aumentar la ansiedad, posteriormente facilitó el enfoque de la atención y las devoluciones empáticas. | <p>Me ayuda mucho a reconocer en qué estoy pensando. Como que, porque a veces uno eh... a mí me pasa en sesiones que me voy, a veces, o sea mi pensamiento se va en otras cosas, como que bueno, no sé, el cabello, cualquier bobada. O como que algo que estamos hablando y yo digo como no, tengo que hacer el resumen de esa persona y tengo que la la... y como que me puedo ir y reconocerme como que me estoy yendo... como que me ayuda a volver más fácil. Eso ha sido como muy bueno, como reconocer esos pensamientos. (T6, entrevista, 2021).</p> <p>Bueno, sí, como te decía, ahí como que la parte de sintonizar emocionalmente al principio fue como ¡uy!, como es bastante, porque como tú te das cuenta esa ansiedad era como más por eso, pero con el tiempo en realidad, fue como ir, ir trabajando en esas emociones también, gestionarlas, a ver cómo trabajar en esa conexión que estaba teniendo, cómo volverla como algo propositivo y positivo para el proceso de C2 [...] Era como que era más sensible, más sensible a las emociones que de pronto ella tenía, o a lo que estaba pensando, como toda esa parte. Entonces, creo que eso ayudaba a que mis devoluciones sí fueran un poco más acertadas, como que ella se sintiera... bueno, era la sensación que me daba ¿no?, como que se sintiera también ella un poco más comprendida y de pronto más como en sintonía, de alguna manera [...] Si pudiera ponerlo en una mayoría, creería que el 60% de las ocasiones... 70% de las ocasiones cuando hice el ejercicio de mindfulness me sentí más conectado con ella y con sus emociones. (T2, entrevista, 2021)</p> <p>Pero hacerlo pre-sesión taan de una vez, o como lo empecé a hacer que pues, hablo más como desde mi parte ¿no?, como me generó esa ansiedad. De pronto, otras personas les puede generar lo mismo. Entonces puede ser útil un ejercicio que se puede empezar como, medita en la mañana o sea, sin importar si hay sesión o no. Digámoslo así, como que pronto hay una cierta sensación de estar más conectado a lo largo del día, por decirlo así. Y ya progresivamente irlo haciendo de pronto, antes de la sesión. Ahí sí, como ya cuando uno se va acostumbrando. Porque pues a mí de primeras o como que el ejercicio sí me conecta bastante y como que esa conexión tan fuerte impactó mucho. (T2, entrevista, 2021)</p> <p>Si total, [lo recomendaría] a pesar de esa sensación mía, creo que sí es un ejercicio que ayuda a conectar y creo que no solamente antes de sesiones, creo que es un un ejercicio que podríamos implementar todos los terapeutas porque en realidad nos ayuda a estar más conectados, no solamente con los consultantes, creo que con uno mismo. (T2, entrevista, 2021)</p> |
|           | Disposición pre-sesión   | Mejora en la actitud y estado anímico de los terapeutas frente a la sesión de terapia que iniciaban. Esta mejora estuvo dada por factores como el manejo de la <b>atención, la regulación emocional</b> y la sensación de <b>descanso</b> que lograban con el ejercicio.        | <p>Sí, sí me aportó, no tanto es sí, o sea, no tanto durante la sesión, sino como para arrancar la sesión. ¿Si me entiendes? Te lo voy a poner así, como si estuvieras escuchando una melodía y hay una pausa, como un silencio, y el silencio como que te ayuda como a seguir escuchando el resto de la melodía.”[ ...] Pero como que ya en el ejercicio, o sea, ya estando ahí, como “ok voy a poner el este, cierra los ojos y tarará, pues ya estoy en esto”. Y al estar en eso, me implicaba soltar, como desconectarme. De por sí, eso ayudó. Y como era al inicio, pues era el arranque de la sesión como que llegaba “Ok, cuéntame” como más fácil. Pero durante, como tal, no noté tanta diferencia. (T3, entrevista, 2021)</p> <p>Sí, sí, sí, sí, lo considero útil. Más que todo... Digamos que es lo que te digo, no sé si me concentro más o estoy igual y simplemente estoy más consciente, pero es chévere darse una pausa para refrescar justamente los sentidos como la cabeza, o sea, como que todo el día estás haciendo cosas, igual, vienes de otras sesiones, vienes de otras cosas [...] Entonces ese momento era un espacio chévere porque me permitía como descansar un poco y como volverme a centrar otra vez, entonces eso es como lo más grande que yo sentí. (T5, entrevista, 2021)</p> <p>Yo siento que a veces uno, o bueno, por lo menos yo, salgo como muy... No sé, para mí todavía no es tan fácil cambiar el mood de un caso a otro, ¿no? Entonces es como que, y más cuando son seguidos, es que eso es lo curioso, digamos si son con un par de horas, pues bueno, tú como que bueno repasas o lo que sea, pero cuando es un caso seguido del otro, como que sales de una sesión hablando con alguien de un tema y luego vienes a la otra, entonces como que, "ok, ¿qué está pasando?" Entonces, creo que eso... O sea, el hecho de que uno pueda como pausar, descansar y refrescarse, entre comillas [por el ejercicio], como lo estoy diciendo también me ayudó, como a eso, ¿no? Como a centrarme en el caso como tal, o sea, en el momento presente, o sea, no mezclarlo con otras cosas o con, no sé, con lo que está pasando en el día. (T5, entrevista, 2021)</p>  |

|                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| Autocuidado                        | Ejercicio que ayuda a lo terapeutas a mejorar su bienestar físico, mental y emocional en tanto favorece el reconocimiento de <b>necesidades básicas</b> y permite <b>limitar el impacto</b> que puedan tener los casos (el ejercicio profesional) en la vida personal, pues el enfocar la atención favorece la separación y delimitación de contextos.   | Es útil. Es útil pero no necesariamente porque uno esté mejor en sesión, o bueno no sé, pero es por higiene salud, de vida, o sea como que, paradójicamente, o sea, no paradójicamente sino que curiosamente el ejercicio me llevó a pensar “oye, ¿yo cuándo pauso entre sesión y sesión?, por la modalidad virtual. Y es sí o si tenía que hacerlo, ¿me entiendes?. O sea, así fuera 10 minutos después llegaba 15 minutos tarde. Porque así lo hacía. Digamos que eso así fue como para mí, como tenía que hacerlo, por más que se caiga el mundo, y es un poco eso, como si o si puedes encontrar un espacio de calma, así se caiga el mundo, un momentico de respirar y calmar.[...] En la vida real uno tenía como que ir al baño o si, como que en lo virtual uno tal vez, como que se desconecta como de esas pausas. Entonces realmente fue beneficioso en ese sentido, como empezar yo misma a implementar en general como, si estoy que me voy al baño pues voy al baño. (T3, entrevista, 2021)<br><br>[El ejercicio] es como que en algún sentido permite como pues, como una suerte de protección a uno mismo, no sé cómo llamarlo, como que prestar atención como a estas cosas que son tuyas, como persona, como tú, lo que piensas, lo que sientes de nuevo, como permitir darse ese tiempo, ese espacio para para uno y tal vez no, no mezclar como cosas que no, que no vienen como al caso con el caso. Eso, como la posibilidad de atender a esto y ya poderlo dejar afuera. (T1, entrevista, 2021) |
| Alternativas de uso                | Otras formas en las que los terapeutas usaron el ejercicio pre-sesión o pensaron que podría ser usado: como herramienta para regular sus emociones en momentos de crisis fuera de su ejercicio profesional; como herramienta para enseñar a sus consultantes a regular sus emociones; para establecer la alianza y dar manejo a las rupturas; y para manejar con mayor efectividad y asertividad la transferencia y contratransferencia. | Hay veces, cuando no sé, como que las cosas de mindfulness que tú nos enseñaste, aunque no son muchas, y no soy experta, pues yo no les enseñé mindfulness a mis pacientes, pero algunas cositas, como que a uno le ayudan también en sesión como para ayudarlos a ellos. [...] Lo que te digo, como la aceptación de... pero eso es más con los consultantes, como que algunos sí necesitan como toda esta parte de la aceptación y de que tener la paciencia de que las cosas van a su determinado, a su momento que debe ser, que tiene su naturaleza, que va generando en los momentos que tienen que ser. (T6, entrevista, 2021)<br><br>Sí, sí, sí, pero eso fue antes, fue un caso que desertó, pero yo creo que si yo hubiera estado un poquito más presente me hubiera dado cuenta de algunas cosas y de pronto no hubiera habido como ese manejo de la ruptura, porque yo creo que si hubo como ahí un manejo... O más bien, no hubo manejo y por eso yo creo que desertó, pero yo creo que, si hubiera sido consciente en ese momento, de pronto hubiera salido diferente, pero no lo sé, pero pues bueno, de pronto. (T5, entrevista, 2021)   |
| Experiencia personal y profesional | Impacto de la práctica de mindfulness en aspectos como la autoestima, la capacidad de auto-reflexión, la forma de ver el mundo; así como en la percepción de autoeficacia como profesionales y la forma de acercarse a la comprensión de los casos.  | Y creo que me aportó mucha más curiosidad de autoconocimiento de auto-conocerme, o sea, de saber mucho más a profundidad quién soy yo, valorarme, tener una mayor valía a nivel personal, como persona y lo que te digo, también como profesional ... (T2, entrevista, 2021)<br><br>Del taller, como te decía, la mente de principiante . Creo que creo que siento que es un principio que quiero como... como involucrar más presente en mi vida siempre, pues porque como psicólogos siempre vemos muchas personas, muchas historias, y como siempre, percibir que a pesar de que no sé, tengo dos [consultantes] límites, dos depresivos, y a pesar de que su funcionamiento puede ser parecido, en realidad hay detalles diferentes. Entonces yo creo que eso es súper importante, esa mente de principiante; como esa paciencia de que las cosas pasan en su momento, creo que también es muy importante, me cuesta mucho a veces, pero creo que es algo que tengo también ahí presente mucho. (T6, entrevista, 2021)   |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Factores<br>intervinientes en<br>la conexión con<br>el ejercicio | Momento y lugar de<br>aplicación       | La cantidad de tiempo con el que<br>contaron los terapeutas para hacer<br>el ejercicio o el lugar (contexto) en<br>el que lo hicieron.  | <p>Creo que bueno, hubo de todo. Hubo días en los cuáles pude hacerlo, me sentí muy bien, me sentí conectada con el ejercicio, lo realicé tranquila. Otros días lo realicé como muy de afán, como literal 3 minutos a las 4:57 lo hacía, pero en realidad son 3 minutos y algo más, entonces después como cuando ya abría los ojos, sentía que ya eran las 5 o 5:01 y yo “¡ay no!”. Como que eso por ese lado, hay días en los cuales me conectaba mucho más que otros. (T6, entrevista, 2021)</p> <p>A veces siento que es muy cortito [el ejercicio], entonces, de pronto no alcan..., o por lo menos yo, no alcanzaba, como a entrar en toda como la, o sea, no sé cómo decírtelo. Como con respecto de otros ejercicios de mindfulness que, por ejemplo, hicimos en el taller, yo este lo sentía más corto para mi ritmo, para mi tiempo, para mi forma como de prestar atención, pues. (T1, entrevista, 2021)</p>   |
|  | Ansiedad de ejecución                  | Estado de agitación e inquietud<br>que se manifiesta mediante tensión<br>emocional y/o sensaciones<br>somáticas displacenteras, que<br>aparece al sentirse bajo presión o<br>bajo evaluación. | <p>Yo creo que como que el hecho de hacerlo a mí me generaba como tensión un poco, en cierto sentido, como de la preocupación por hacerlo bien, un poco. O sea, no sé cómo decírtelo. No, no sé si eso me generaba como como ansiedad, si como de tengo que hacerlo bien, eso, como me pasó en, no te diría como que en todas las sesiones, pero en algunas me ocurrió. Eeem, como sí, como la ansiedad de OK, esto se está grabando, lo van a ver ellas es como un poco todo, todo eso cómo ehh. Sí, como como pues que el ejercicio era como el preámbulo para saber que esta sesión o como que este caso era diferente en ese sentido a los demás. (T1, entrevista, 2021)</p> <p>También a veces me pasa como que sí que estaba muy muy asustada y tal vez como que el ejercicio me da como más un poco más de ansiedad. No sé cómo explicártelo. Cómo de, ¿y si mientras estoy haciendo el ejercicio de ella entra a la sesión y entonces qué va a pasar? Así como cosas de ese estilo, no sé. Entonces era como, OK OK, OK, tranquila. (T1, entrevista, 2021)</p> |
|  | Interés y frecuencia en la<br>práctica |   | <p>Total, mira que a mí me ayudó, incluso llegué a hacer otro ejercicio de meditación también que me explicaron y me ayudó bastante. Entonces creo que sí, no estos ejercicios ayudan bastante [...] como a reconocer, bueno, esto en realidad ¿qué emoción me genera? [...] ¿cómo hago, qué estrategias busco para minimizar esas emociones o esas sensaciones que abruman y que a veces desgastan? [...] Sí, sí, lo que te digo yo creo que emm sumando a lo que te digo que he estado como indagando, conociendo y reflexionando, eso que tú nos explicaba al principio también acerca del mindfulness eso, eso me ayudó bastante como a comprender mejor otras cosas [...] o como buscar más áreas de conexión conmigo, creo que también, como te decía, yo tengo una huerta aquí en la casa y eso, entonces creo que ya también el sentido de no sólo ir a sembrar por sembrar, sino como sentarme, tocar, la matica, tocarle la hoja, eso también conecta mucho y eso es mindfulness, entonces también ayudaba. (T2, entrevista, 2021)</p>                       |



### Reseña Biográfica de la Aspirante

Psicóloga egresada de la Universidad Nacional de Colombia aspirante a magíster en Psicología clínica en la línea de profundización clínica de la misma universidad. Integrante del Grupo de Investigación Estilo de vida y Desarrollo Humano en la línea de Psicología Clínica y Bienestar Psicológico. A nivel académico participó en un grupo de estudio psicología clínica y trauma y trabajó como monitora de las clases de Psicología de lo Anormal y Procesos Básicos en Psicología Social. A nivel profesional, actualmente se desempeña como psicoterapeuta adscrita al Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional, y como psicóloga evaluadora de procesos psicopedagógicos en niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad y talentos excepcionales en el marco de un convenio entre la Universidad Nacional y la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá.