

Terapia basada en la compasión: regulación emocional, apego y salud mental

Compassion-based therapy: emotional regulation, attachment and mental health

Kristel Ocaña Blasco
Asociación Levante UD, Valencia

Laura Lacomba-Trejo
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universitat de València

Lorena Alonso-Llácer
Asociación Española Contra el Cáncer, Valencia

Marián Pérez-Marín
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universitat de València

RESUMEN

Los sucesos vitales estresantes (SVE) pueden influir en nuestras vinculaciones, y con ello en: la compasión, la regulación emocional y en nuestro bienestar físico y psicológico. El objetivo del presente artículo es proponer e implementar un programa de intervención basado en la compasión (TBC). Tras la firma del consentimiento informado, los participantes (n=8) respondieron cuestionarios sobre vinculaciones afectivas, regulación emocional, compasión, (SVE) y emocionalidad. Nuestros resultados previos al tratamiento muestran perfiles de desajuste marcados por la vinculación insegura, las dificultades de regulación, la baja autocompasión y la elevada emocionalidad negativa. Tras el tratamiento, fueron más ajustados, destacando una mejor salud mental. Como conclusión, creemos que la TBC puede mejorar la salud física y mental, a través del fortalecimiento de los vínculos de apego.

PALABRAS CLAVE

Terapia basada en la compasión; apego; sucesos vitales estresantes; bienestar.

ABSTRACT

Stressful life events (EVS) can influence our attachments, and with it: compassion, emotional regulation and our physical and psychological well-being. The aim of this article is to propose and implement a compassionate intervention programme (CIP). After signing the informed consent form, the participants (n=8) answered questionnaires about emotional bonding, emotional regulation, compassion, (EVS) and emotionality. Our pre-treatment results show maladjustment profiles marked by insecure attachment, regulation difficulties, low self-compassion and high negative emotionality. After treatment, they were more adjusted, highlighting better mental health. As a conclusion, we believe that TB can improve physical and mental health, through the strengthening of attachment bonds.

KEYWORDS

Compassionate therapy; attachment; stressful life events; well-being.

Recibido: 24/02/2021; aceptado: 19/04/2021

Correspondencia: Marián Pérez-Marín. Dra. Profesora Titular Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universitat de València. Avenida Blasco Ibáñez, 21, 46010, Valencia, España. Email: marian.perez@uv.es

Financiación: Laura Lacomba-Trejo es beneficiaria de la Ayuda de formación de personal investigador predoctoral "Atracció de Talent" de la Universitat de València (0113/2018).

Introducción

Las primeras interacciones entre el cuidador principal y el bebé sientan las bases de la representación de uno mismo y del otro, así como del tipo de apego (Pons-Salvado, Cerezo, & Trenado, 2014), y con él el de la regulación emocional (Guerra, 2013), y el de la autocompasión (Mackintosh et al, 2018; Palao, Torrijos, Río, Muñoz-Sanjosé, & Rodríguez, 2019), siendo de vital importancia la aceptación y validación de las emociones del niño (Leahy, 2005).

Estos procesos están intensamente asociados con el tipo de funcionamiento familiar (Pepping et al, 2015), y con los sucesos vitales estresantes (SVE) que se viven a lo largo de la vida, especialmente en la infancia (Vettese, Dyer, Li, & Wekwele, 2011). En función del tipo de apego que la persona desarrolle, podrá hacer frente a estos eventos de una forma más o menos exitosa (Berenguer-Pérez, Barreto-Martín, & Pérez-Marín, 2018). Los adultos con modelos seguros muestran una visión más ajustada de sí mismos y de los otros (Buchheim y George, 2011), tienen por ello: mayores estrategias de regulación emocional, mayor habilidad para lidiar con retos amenazantes y expresan sus emociones libremente y sin distorsiones (Mikulincer & Shaver, 2018). Además de lo anterior, se recuperan más rápido de los episodios de angustia y experimentan más afectividad positiva, lo que contribuye a su salud mental (Mikulincer & Shaver, 2012).

Por su parte, las personas con características de apego inseguro son menos capaces de resolver eventos traumáticos, ya que lo anterior implicaría volver a enfrentarse a traumas no resueltos en la infancia (Kestenbaum, 2011).

En concreto, las personas con apego evitativo, suelen contenerse emocionalmente frente a la adversidad (Berant, Mikulincer, & Shaver, 2008), evitan la intimidad y son demasiado autosuficientes emocionalmente, lo que disminuye el apoyo social y la compasión que reciben. A diferencia de las anteriores, las personas con apegos ambivalentes o ansiosos, tienden a ampliar el sufrimiento, en lugar de silenciarlo, y a verse con mayor dificultad para enfrentarse a la adversidad (Mikulincer & Shaver, 2018).

Por ello, las personas con apego inseguro presentan mayor emocionalidad negativa y menor afecto positivo que aquellos que tienen un apego seguro (Kimelman, 2019), debido sobre todo a sus esquemas cognitivos que suelen ser más juiciosos consigo mismos y los otros, y a que frente a las experiencias negativas se regulan peor emocionalmente (Balola, Cláudio, & Ramos, 2019). Así, las características de apego inseguro son un factor de riesgo en el desarrollo de múltiples dificultades psicológicas (Mikulincer & Shaver, 2018; Morán & Martínez, 2019).

Ahora bien, es posible que las experiencias emocionales de la primera infancia se cambien por otras nuevas, transformando así los estilos de apego (McConell y Moss, 2011; Mikulincer & Shaver, 2018). La creación, mantenimiento o restauración de un apego seguro, puede aumentar la capacidad de recuperación, mejorando la salud mental (Cassidy, Jones, & Shaver, 2013), a través del cambio en la regulación emocional y de la autocompasión (Alonso-Llácer, 2017).

En este sentido, la terapia basada en la compasión (TBC) puede ser una herramienta útil.

La TBC se centra en el cultivo de la compasión hacia uno mismo y hacia los demás. Los diferentes atributos de la compasión (la empatía, la tolerancia a la angustia y el no juicio) se trabajan para desarrollar capacidades tranquilizadoras y calidez interior, lo cual permitirá un compromiso compasivo con las experiencias, las emociones y los recuerdos de la vida que nos resultan difíciles (Bellosta-Batalla, Cebolla, Pérez-Blasco, & Molla-Albiol, 2019). Pretende modificar nuestra forma de pensar para aumentar: la bondad, el cariño hacia uno mismo y los otros, la humanidad compartida y la capacidad mindful (Gillath et al., 2005; Proeve, Anton y Kenny, 2018).

La TBC puede disminuir el sufrimiento, tanto en personas con problemas psicológicos como sin ellos (Neff, 2003; Gilbert et al., 2004; Gilbert y Procter, 2006; Steindl, Buchanan, Goss, & Allan, 2017), aumentando, además, su salud física (Rockliff et al., 2011).

Desde esta orientación, se entiende que, todas las emociones son adaptativas, pero hay que aceptarlas (Kirby, Doty, Petrocchi, & Gilbert, 2017). Para ello, son frecuentes las actividades dirigidas a cultivar la compasión y empatía hacia uno mismo y los otros (Shahar et al., 2014; García-Campayo & Demarzo, 2016).

Por todo lo anterior, el objetivo del presente estudio es diseñar un programa de intervención basado en TBC para mejorar el estado emocional e implementarlo en una muestra piloto. En nuestro estudio esperamos que los participantes en el programa se beneficien de la intervención presentando perfiles más ajustados a nivel relacional y emocional tras haber recibido el tratamiento.

Método

Participantes

Los participantes se consiguieron por un muestreo por conveniencia siguiendo el efecto bola de nieve. Finalmente fueron 8 mujeres de entre 29 y 57 años ($M=45.13$, $DT=8.81$). Como criterios de inclusión, se solicitó: 1) ser mayor de 18 años y 2) haber experimentado algún SVE a lo largo de la vida. El criterio de exclusión fue: recibir asistencia psicológica grupal o individual. De ellas, un 50% tenía antecedentes de salud mental (trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada). El 50% tomaba alguna medicación, en concreto: un 37.50% ingería antidepresivos y un 25% ansiolíticos. Además de lo anterior, una persona (12.50%) combinaba el tratamiento antidepresivo con un antiepiléptico y otra (12.50%), el tratamiento ansiolítico con los antiestrógenos. La tabla 1 muestra las características sociodemográficas las participantes.

Instrumentos

- *Apego Adulto*: se valoró mediante dos cuestionarios, apoyados en diferentes modelos teóricos. Por una parte, se utilizó el Cuestionario de Apego Adulto (CAA; Melero & Cantero, 2008). El CAA valora los constructos teóricos que forman los estilos de apego. Está compuesto por 40 ítems con una escala de tipo Likert de 6 puntos (1 "completamente desacuerdo", 6 "completamente de acuerdo"), que forman 4 subescalas: "Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo", "Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad", "Expresión de sentimientos y comodidad con las rela-

ciones"; "Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad". En el presente estudio, se ha considerado la dimensión de "Baja autoestima" y como medida de apego inseguro ansioso, la de "autosuficiencia" como evitativo y la de "expresividad" como medida de seguridad con las relaciones. El instrumento cuenta con adecuadas propiedades psicométricas (Melero & Cantero, 2008).

Por otra parte, se evaluó el apego mediante el Cuestionario de Relación (Bartholomew & Horowitz, 1991). Este instrumento permite concretar el estilo de apego de la persona a través de cuatro descripciones generales de formas de relación afectiva (seguros, preocupados, temerosos y desvalorizadores), teniendo en cuenta las dimensiones de ansiedad y evitación (Yárnoz-Yaben & Comino, 2011). La primera parte consiste en seleccionar una descripción que represente las relaciones interpersonales de la persona. La segunda, en marcar en función del grado

de acuerdo (mediante una escala Likert de 7 puntos) el grado en el que las descripciones representan su forma de relacionarse, obteniéndose la visión de sí misma y de los otros, el estilo de apego categorial y la valoración de dimensiones afectivas de la persona. El estudio de la validez de constructo del instrumento resultó satisfactorio (Alonso-Arbiol, Balluerka, & Shaver, 2007; Melero & Cantero, 2008). No obstante, resulta complicado analizar la consistencia interna del instrumento, los ítems de la escala no conforman factores independientes, sino que sus distintas combinaciones dan lugar a la forma de vincularse de la persona. De esta manera, el modelo del sí mismo se obtendría mediante la siguiente operación: (ítem 1 + ítem 4) – (ítem 2 + ítem 3), y el modelo de los otros: (ítem 1 + ítem 3) – (ítem 2 + ítem 4). Con dichas puntuaciones, podemos situar a la persona en una categoría de apego teniendo en cuenta las dimensiones de ansiedad y evitación.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de variables sociodemográficas

Variable	Categoría	%
Nivell acadèmic	Elementales	12.50
	Medios	25.00
	Superiores	62.50
Ocupación	Activa	12.50
	Desempleada	25.00
	Baja médica	37.50
	Jubilada	25.00
	Casada	50.00
Estado civil	Soltera	12.50
	Viuda	12.50
	Divorciada	12.50
	Separada	12.50

- *Experiencias traumáticas a lo largo de la vida:* esta variable también se evaluó con dos escalas. La primera de ellas, fue el Cuestionario de Experiencias Traumáticas (TQ; Bobes et al., 2010), que fue diseñado para detectar los pacientes con trastorno de estrés post-traumático (TEPT) mediante 1) un listado de 18 experiencias traumáticas que se responde en formato sí/no. Y 2) un listado de síntomas de TEPT basado en los criterios del DSM-IV, para el evento que considere la persona, más traumático.

De forma complementaria, se usó la Escala de Experiencias Familiares en la Infancia (EFI; González & Mosquera, 2009). Esta escala evalúa distintos tipos de experiencias traumáticas, incluyendo traumas de "T mayúscula" (como el maltrato y el abuso sexual), y traumas de "t minúscula" (como negligencia, exceso de críticas, o inversión de roles). Está compuesta por 88 preguntas, que en su mayoría se responden de 0 a 100, una pequeña parte se responde como un registro dicotómico (de sí o no) y de forma abierta. Esta escala está en fase de análisis de sus características psicométricas, su uso en investigación es orientativo y complementario a otras evaluaciones, como la historia clínica del paciente (González et al., 2010). La utilizamos haciendo distinción entre experiencias positivas y traumáticas en la infancia.

- *Autocompasión:* Escala de Autocompasión (Neff, 2003), consta de 26 ítems que se responde de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre) que evalúan en qué medida la persona es amable consigo misma. Forma tres factores:

amabilidad, humanidad compartida y capacidad *mindfu*, a los que se llega a través de seis subescalas (amabilidad/autocrítica, humanidad compartida/aislamiento y *mindfulness*/ensimismamiento). Las propiedades psicométricas de la escala y sus factores son adecuadas (García-Campayo et al., 2014).

- *Regulación emocional:* mediante la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004), mediante 36 ítems de 5 opciones de respuesta, se evaluó la: Desatención emocional, la Confusión emocional, el Rechazo emocional, el Descontrol y la Interferencia emocionales, es decir dificultades en la regulación. La DERS presenta adecuadas propiedades psicométricas (Hervás y Jódar, 2008).
- *Afecto positivo y negativo:* Escalas PANAS de afecto positivo y negativo (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988; Sandín et al., 1999): consta de 20 ítems, que forman dos escalas independientes con el mismo número de ítems (afecto positivo y afecto negativo). Se responde en un formato Likert de 1 a 3 (nunca, a veces, a menudo), teniendo en cuenta los sentimientos y emociones habituales. Ha mostrado adecuados niveles de consistencia (interna y externa) y validez. De hecho, los coeficientes confiabilidad test-retest son lo suficientemente altos como para sugerir que pueden emplearse para evaluar el afecto como un rasgo de personalidad estable. Esta escala han mostrado ser una medida válida y confiable en población con y sin psicopatología (Otsuka, Campos, Castro, Brandão, & Pires, 2019).

Procedimiento

El programa fue publicitado, eran los participantes quienes contactaban con las investigadoras para inscribirse al mismo. Las sesiones se llevaron a cabo en una clínica de psicología general sanitaria. Tras la firma del consentimiento informado y la evaluación pretratamiento, se valoraba la aceptación o el rechazo de del tratamiento psicológico grupal, según los criterios de inclusión y exclusión.

Se realizó a forma de estudio piloto un grupo formado por 8 sujetos que asistieron a un mínimo de 6 sesiones de las 8 de las que constaba el programa (al menos al 75% de las sesiones) ($M=6,75$; $DT=0,5$). Las sesiones se realizaron durante los meses de septiembre y octubre de 2018. Tenían una duración de dos horas y fueron impartidas por una psicóloga clínica especializada en terapias de tercera generación y una coterapeuta especializada en terapia sistémica. Las sesiones tenían una estructura similar, variando el contenido de estas. Se centraban en: 1) revisión de las tareas con rueda experiencial de los integrantes del grupo, 2) práctica de meditación formal, 3) psicoeducación y, 4) pauta de tareas para casa. La estructura del tratamiento y sus contenidos se detallan en la Tabla 2. Tras el tratamiento, se volvió a evaluar a todos los pacientes del grupo.

Diseño de la investigación

El diseño del presente trabajo es longitudinal, se valoró a los participantes en dos momentos temporales correspondientes a antes y después de la terapia (con un intervalo temporal de 6 meses de duración de esta).

Análisis estadístico

Los datos del estudio fueron analizados con el programa SPSS versión 26.0. Se realizaron estadísticos descriptivos, pruebas de normalidad Shapiro-Wilk, pruebas t para muestras relacionadas, cuando se cumplieron los supuestos de normalidad para las variables, y d de Cohen para el cálculo del tamaño del efecto (TE). Cuando no se cumplieron los supuestos se aplicó pruebas U de Mann-Whitney, junto a r de Rosenthal para el tamaño del efecto. Según Cohen (1988), se consideran valores pequeños de TE aquellos $\approx .2$, medios $\approx .5$ y altos $\approx .8$. Por último, para observar si había diferencias en los distintos tipos en variables cualitativas (como el tipo de apego) se procedió a calcular la prueba de McNemar.

Resultados

Estadísticos descriptivos y asociaciones entre variables: evaluación pretest

Estadísticos descriptivos: pretest

Los resultados en la evaluación pre-test (Tabla 5), señalaron en general, presencia de características típicas de apegos inseguros, observándose elevadas puntuaciones medias en relación a la baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo, así como puntuaciones moderadas en autosuficiencia emocional e incomodidad con las relaciones, en resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad, lo que se acompaña de una moderada capacidad de expresión emocional y solución de problemas sociales. Por otra parte, encontramos puntuaciones medias negativas en modelo de sí mismo y de los otros, lo que sería indicativo de estilos inseguros de apego. Una

Tabla 2
Organización y contenido de las sesiones

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS
SESIÓN 1: El trauma y el cuerpo	Volver a recuperar nuestro “hogar”, cuerpo y aprender a hacer una buena lectura de este.	Lectura sensoriomotriz Cuento Metáforas Meditación reflexiva Tareas para casa
SESIÓN 2: Recursos de estabilización. El abrazo de la mariposa.	Generar recursos de estabilización que permitan anclar estados emocionales basados en la tranquilidad, seguridad y empoderamiento.	Técnicas para la gestión emocional. Trabajo mediante un ejercicio grupal del sentimiento de “humanidad compartida”. Meditación reflexiva Tareas para casa
SESIÓN 3: Mente compasiva I. Multi-mente, personaje compasivo.	Crear una mente compasiva que al encenderse desactive otros patrones mentales que también están cableados en el cerebro	Psicoeducación sobre la compasión, siguiendo el modelo de Gilbert (2010) Ejercicios basados en la compasión y creación de un personaje compasivo. Meditación reflexiva Tareas para casa
SESIÓN 4: Mente compasiva II. Multi-self, Autocrítica/vergüenza.	El objetivo en esta sesión es el mismo que la anterior.	Psicoeducación: se explican los tres sistemas de regulación emocional desarrollados por Gilbert (2010). Ejercicios sobre el “multiself”, “vergüenza” y “autocrítica” Carta compasiva Meditación reflexiva Tareas para casa
SESIÓN 5: Estilos de apego. Las necesidades del corazón.	Introducción psicoeducativa sobre los estilos de apego	Psicoeducación sobre los estilos de apego y detección del estilo que posee cada uno mediante un ejercicio. Se trabajan las nueve caras del amor incondicional Se realizan posteriormente reflexiones grupales. Meditación reflexiva Tareas para casa
SESIÓN 6: Sanando la herida. El niño interior I	Trabajo con las heridas de la infancia desde una visión compasiva.	Se comparten de modo grupal experiencias de la infancia. Trabajo con las creencias positivas y negativas que se activan en momentos de vulnerabilidad y de dónde proceden (memorias). Poema Meditación reflexiva Tareas para casa
SESIÓN 7: Sanando la herida. El niño interior II	Crear un padre y una madre compasivos que puedan relacionarse con el niño(a) herido de una forma sana.	Ejercicio grupal en el que se da y recibe compasión. Ideal vs. Real Poema Meditación reflexiva Tareas para casa
SESIÓN 8: Sanando heridas transgeneracionales. Reconexión, agradecimiento y liberación.	Trabajo con los antepasados a través del personaje compasivo.	Trabajo mediante el árbol genealógico de las heridas. Tareas para casa
Cierre		

gran proporción de sujetos (87.50%) presentaba estilos inseguros de apego, más concretamente: un 25% tenía apego huidizo/alejado, un 37.50% temeroso, un 25% preocupado y solo un 12.50% seguro.

Añadido a lo anterior, las participantes tenían pocas experiencias positivas en la infancia ($M=78.00$; $DT=28.39$) y muchas negativas ($M=186.38$; $DT=83.45$). Presentaron, además, aproximadamente 2 acontecimientos traumáticos ($M=1.88$; $DT=1.46$) a lo largo de la vida, de los 17 posibles que considera la escala. Por lo que evidenciaron una elevada sintomatología de TEPT asociada al acontecimiento más traumático vivido ($M=13.13$; $DT=3.64$).

Observamos puntuaciones moderadas en las subescalas de autocompasión, en problemas de regulación emocional y en afecto positivo y negativo (Tabla 5).

Asociaciones entre las variables: pretest

Teniendo en cuenta el bajo tamaño muestral de nuestro estudio piloto, se tomó la decisión de informar de todas las asociaciones lineales moderadas y altas ($>.50$), fueran o no estadísticamente significativas (Tabla 3 y Tabla 4).

En relación con las asociaciones encontradas en el primer momento temporal de evaluación observamos que el número de eventos traumáticos se asoció de forma estadísticamente significativa, con la cantidad de sintomatología emocional relacionada con el TEPT ($r=.898$, $p<.01$). Los síntomas de TEPT asociados al evento que califica la persona como más traumático, se relacionaron con la interferencia emocional ($r=.597$, $p>.05$), aunque no de forma estadísticamente significativa. La re-

solución hostil de conflictos, se relacionó con la desatención emocional ($r=-.559$, $p>.05$) y la autosuficiencia emocional con las experiencias negativas ($r=-.619$, $p>.05$) y con la confusión emocional ($r=-.548$, $p>.05$).

Estadísticos descriptivos y asociaciones entre variables: evaluación posttest

Estadísticos descriptivos: post-test

La evaluación post-test (Tabla 5), mostró estilos moderadamente ajustados de apego, observándose, sobre todo: comodidad con la expresión de sentimientos y relaciones sociales, autoestima y baja autosuficiencia emocional. Así, un 62.50% de los participantes tenía estilos inseguros de apego, más concretamente: un 12.50% presentaba apego huidizo/alejado, un 25% temeroso, un 25% preocupado y un 37.50% seguro. Del mismo modo, se observa que los modelos de uno mismo y de los otros son positivos. Además, la autocompasión fue elevada y los problemas de regulación emocional bajos (Tabla 5).

Asociaciones entre las variables: posttest

A grandes rasgos, observamos asociaciones moderadas-elevadas directas entre las características de apego inseguro y los indicadores de desajuste (problemas de regulación emocional, afecto negativo), y asociaciones indirectas con los de ajuste (autocompasión y afecto positivo). La autocompasión, se asoció con las características de apego seguro, una mejor regulación emocional, mejor modelo de uno mismo y de los otros y mayor emocionalidad positiva, observándose cómo la capacidad

mindful, la humanidad y la autocompasión son variables clave para el ajuste personal (Tabla 4).

Diferencias de medias en las variables de estudio en función del momento temporal de evaluación (pre/post-tratamiento)

En relación con las diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes momentos temporales de evaluación (pretest-posttest). Encontramos valores mayores de

ajuste en los participantes, observándose: mayor comodidad con las relaciones sociales, mayor facilidad para expresarse emocionalmente, mayor compasión con uno mismo, humanidad compartida y capacidad mindful, lo que se acompaña de una menor interferencia emocional, encontrándose en todos estos casos valores elevados de tamaño del efecto. Añadido a lo anterior, pese a no encontrar en otras variables diferencias estadísticamente

Tabla 3
Asociaciones entre variables en el pretest

	BA	EE	MS	MO	EP	EN	AM	HC	CM	DA	DS	CO	RE	IE	AP	AN	
BA	1																
EE	-.687	1															
MS	-.825*	.794*	1														
MO				1													
EP	-.882**	.761*			1												
EN						1											
AM		.585			.634		1										
HC	-.510	.776*						1									
CM		.628			.561				1								
DA								-.578	-.579	1							
DS											-.848**						
CO						.526						-.548			1		
RE													.848**				
IE																	
AP	-.638	.677			.771*		.771*	.694	.626							1	
AN	.866**		-.673		-.620												1

Nota: BA=Baja autoestima; EE= Expresión emocional; MS= Modelo interno de sí mismo; MO=Modelo interno del otro; EP= Experiencias positivas en la infancia; EN= Experiencias negativas en la infancia; AM=Autoamabilidad; HC=Humanidad Compartida; CM= Capacidad Mindfulness; DA= Desatención; DS=Descontrol; CO=Confusión; RE= Rechazo Emocional; IE= Interferencia emocional; DA= Desatención emocional; AP= Afecto Positivo, AN= Afecto negativo

Tabla 4
Asociaciones entre variables en el post-test

	BA	RH	EE	MS	MO	AM	HC	CM	DA	DS	CO	RE	IE	AP	AN
BA	1														
RH		1													
EE	-.788*		1												
MS	-.767*		.542	1											
MO	.748*		.505		1										
AM	-.885**		.557	.838**		1									
HC	-.798*		.874**	.543		.707*	1								
CM	-.906**	-.502	.716*	.751*		.874**	.874**	1							
DA	.800*		-.962**	-.550	-.696	-.747*	-.747*	-.651	1						
DS	.923**	.554	-.774*			-.857**	-.819*	-.932**	.763*	1					
CO	.600		-.908**			-.800*	-.800*	-.522	.850**		1				
RE	.781*	.602	-.690	-.615	-.502	-.778*	-.738*	-.839**	.626			1			
IE	.695		-.624	-.814**	-.540	-.803*	-.600	-.652	.632			.598	1		
AP				-.567			.577	-.543				-.677	-.637	1	
AN	.652			-.810*		-.874**	-.546	-.786*				.686	.815*	-.672	1

Nota: BA=Baja autoestima; EE= Expresión emocional; MS= Modelo interno de sí mismo; MO=Modelo interno del otro; EP= Experiencias positivas en la infancia; EN= Experiencias negativas en la infancia; AM=Autoamabilidad; HC=Humanidad Compartida; CM= Capacidad Mindfulness; DA= Desatención; DS=Descontrol; CO=Confusión; RE= Rechazo Emocional; IE= Interferencia emocional; DA= Desatención emocional; AP= Afecto Positivo, AN= Afecto negativo

significativas, haya generalmente tamaños del efecto o distancia entre las medias moderados-elevados en todos los casos, a excepción de la variable desatención emocional. Estas diferencias, se dieron en la dirección esperada, encontrándose en general un mayor ajuste personal y emocional tras la intervención (Tabla 5). Estas tendencias indican que posiblemente, aumentando el tamaño muestral, podamos percibir dichos cambios. Por último, aunque el porcentaje de personas con apego seguro aumentó, no lo hizo de forma significativa ($p=.500$).

Discusión

Con relación al objetivo planteado, desarrollamos un programa de intervención basado en el aumento de la compasión y la mejora de los vínculos de apego. El programa se implementó en una muestra piloto de 8 personas que participaron voluntariamente y obtuvo resultados muy satisfactorios.

En referencia a la hipótesis planteada que señalaba la mejoría del ajuste psicológico, observamos que las personas tras la intervención podían expresar más libremente sus emociones y resolvían mejor sus conflictos personales, lo que es indicativo de estilos de apego seguros. Eran más autocompasivas, se sentían con mayor bondad y comprensión hacia ellas mismas, disminuyendo sus juicios y tratándose con mayor cariño. Presentan una visión de los seres humanos como un conjunto, semejantes e imperfectos, y mayor atención plena a las experiencias del presente, aceptándolas sin juzgarlas. Lo anterior, se acompaña de una mejoría en la capacidad de regulación emocional, más concretamente observándose una dismi-

nución de la interferencia de las emociones desagradables en el día a día.

Aunque en el resto de las variables no encontramos diferencias estadísticamente significativas, haya tamaños del efecto desde moderados a muy elevados en todas las comparaciones. Lo que significa que, debido a nuestro tamaño muestral, no se han podido observar dichas diferencias mediante los contrastes de medias, pero las distancias entre las medias son elevadas, y por ello, necesarias de tener en cuenta. Así, se observa una tendencia a la mejoría de los estilos de apego, de los modelos internos de uno mismo y de los otros, de la auto-compasión y la regulación emocional. En este sentido, los sujetos, prestaban más atención a las emociones, las podían identificar y regular con mayor facilidad, las aceptaban y no solían interferirles en sus objetivos vitales. Además, observamos cómo el afecto positivo aumentó y disminuyó notablemente el afecto negativo.

Por otra parte, las características de apego inseguro se asocian con mayores dificultades en la infancia y la adultez, observándose en las personas con apegos inseguros: menor autocompasión, regulación emocional y afectividad positiva, pero, sobre todo, afectividad negativa (Balola et al., 2019; Kimelman, 2019; Mikulincer y Shaver, 2018).

Tras nuestros resultados y basándonos en la evidencia previa, podemos observar cómo en nuestra muestra las características de apego no se mantienen estables a lo largo del tiempo (Mikulincer & Shaver, 2016; McConell y Moss, 2011; Zhang y Labouvie-Vief, 2004). Las experiencias en el ciclo vital y variables mediadoras como la capacidad para regular las emo-

Tabla 5
Estadísticos descriptivos y diferencias de medias

	PRE-TEST M(DT)	POST TEST M(DT)	t	U	p	d/r
Baja autoestima	49.63 (13.34)	40.25 (14.91)	1.40	/	.203	0.66
Resolución hostil	27.25 (8.24)	23.75 (9.0)	/	1.52	.172	0.41
Expresión emocional	33.50 (4.11)	43.38 (5.40)	4.59	/	.003	2.06
APEGO ADULTO						
Autosuficiencia emocional	18.86 (8.11)	13.88 (5.54)	1.89	/	.101	0.72
Modelo de sí mismo	-2.50 (5.78)	0.50 (4.66)	1.59	/	.156	0.57
Modelo de los otros	0.75 (3.78)	2.25 (5.04)	1.78	/	.115	0.67
AUTOCOMPASIÓN						
Autoamabilidad	2.50 (1.36)	3.63 (0.83)	3.25	/	.014	0.79
Humanidad	2.70 (0.80)	3.38 (0.97)	3.21	/	.015	1.14
Capacidad mindfulness	5.28 (1.91)	6.94 (1.55)	2.45	/	.044	0.95
Desatención	8.63 (3.74)	8.13 (3.31)	0.42	/	.685	0.14
Confusión	8.63 (3.74)	6.50 (1.85)	2.23	/	.061	0.77
REGULACIÓN EMOCIONAL						
Rechazo	20.25 (8.73)	17.25 (5.28)	0.97	/	.363	0.42
Descontrol	26.50 (9.43)	19.63 (5.50)	2.15	/	.069	0.89
Interferencia	14.75 (4.68)	7.25 (2.91)	3.45	/	.011	1.92
Positivo	30.13 (9.13)	34.86 (6.98)	0.98	/	.358	0.58
AFECTO						
Negativo	32.25 (11.48)	23.50 (5.83)	1.89	/	.100	0.96

Nota= M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de Student; U= U de Mann-Whitney; p= p valor; d= d de Cohen; r= r de Rosenthal

ciones y la autocompasión, pueden modificar las vinculaciones (Chen, He, Fan, & Cai, 2018), lo que repercute en un mejor estado de salud física y mental.

A pesar de las contribuciones señaladas anteriormente, los resultados obtenidos solo pueden considerarse preliminares debido a las limitaciones del presente estudio.

Las características de nuestra muestra, así como el tipo de muestreo realizado, complican la generalización de los resultados a la población general. Ya que la selección de la muestra es incidental, lo que puede afectar a la validez de los resultados, que pueden deberse a variables no controladas como la motivación de los pacientes a recibir tratamiento o su disponibilidad, entre otras. Los evaluadores, terapeutas y pacientes no son ciegos. Además, no se realiza seguimiento a largo plazo para valorar la estabilidad temporal de la intervención, y lo más importante, no contamos con un grupo control, lo que nos permitiría asociar con mayor evidencia los cambios a la intervención. Futuras líneas de investigación, deberían aumentar la muestra de estudio y valorar otras variables que puedan estar interfiriendo en el ajuste, como la presencia de psicopatología, aumentando así la validez del estudio. No obstante, podemos destacar que se trata de un estudio piloto realizado en un ambiente clínico real, en un espacio familiar para el paciente, que reduce los sesgos de reactividad ante la situación de evaluación mejorando así la validez.

A la luz de los resultados obtenidos, podemos concluir que nuestros datos muestran que nuestra intervención basada en la compasión es una herramienta útil para: la mejora

de las vinculaciones afectivas, la compasión, la regulación emocional y el bienestar (aumentando la afectividad positiva y disminuyendo la negativa). Lo anterior, puede tener una gran repercusión en la salud mental y física de los participantes (MacBeth y Gumley, 2012; Rockliff et al., 2011).

Nuestro programa ofrece un espacio para fomentar la salud a través de la mejora de los vínculos personales, y con ello, de la autocompasión, la regulación emocional y el bienestar.

Referencias bibliográficas

- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., & Shaver, P. R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships, 14*(1), 45-63. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00141.x>
- Alonso-Llácer, L. (2017). *Mindfulness y duelo: cómo la serenidad mindful y la compasión contribuyen al bienestar tras la pérdida*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia (España). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10550/59253>
- Balola, M., Victor Cláudio, & do Rosário Ramos, M. (2019). Relation between autobiographical memory, attachment and early maladaptive schemas. *Revista Argentina De Clínica Psicológica, 28*(1), 183-189. doi:<http://dx.doi.org/10.24205/03276716.2019.1103>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bellosta-Batalla, M., Cebolla, A., Pérez-Blasco, J., & Moya-Albiol, L. (2019). La empatía en el ejercicio y formación de psicólogos clínicos y sanitaristas, y su relación con mindfulness y compasión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 28*(2), 210-220. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1095>

- Berant, E., Mikulincer, M., & Shaver, P. (2008). Mothers' Attachment Style, Their Mental Health, and Their Children's Emotional Vulnerabilities: A 7-Year Study of Children With Congenital Heart Disease. *Journal of personality, 76*, 31-65. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00479>.
- Berenguer-Pérez, M., Barreto-Martín, P., & Pérez-Marín, M. (2018). Apego y superación de la pérdida de una persona significativa. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 28*(1), 62-71. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1043>
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., Francois, M., Rico-Villademoros, F., González, M. P., & Bousoño, M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría, 28*(4), 207-218.
- Buchheim, A., & George, C. (2011). Attachment disorganization in borderline personality disorder and anxiety disorder. *En J. Solomon & C. George (Eds.). Disorganized Attachment and Caregiving* (pp. 343-382). New York, NY: Guilford Press.
- Cantazaro, A.E., & Wei, M. (2010). Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: a test of a mediational model. *Journal of personality, 78*(4), 1135-62. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00645.x>
- Cassidy, J., Jones, J., & Shaver, P.R. (2013). Contributions of Attachment Theory and Research: A Framework for Future Research, Translation, and Policy. *Development and psychopathology, 25*, 15-34. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000692>
- Chen, X., He, J., Fan, X., & Cai, Z. (2018). Attachments, dispositional mindfulness, and psychological distress: a mediational analysis. *Current Psychology, 1-9*. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0088-0>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- García-Campayo & Demarzo (2016). *La ciencia de la compasión. Más allá del Mindfulness*. España: Alianza Editorial.
- Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes, 12* (4). doi: 10.1186/1477-7525-12-4.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006) Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*, 353-379.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*. Ilustrada: Routledge.
- Gillath, O., Bunge, S. A., Shaver P. R., Wendelken, C., & Mikulincer, M. (2005). Attachment-style differences in the ability to suppress negative thoughts: Exploring the neural correlates. *Neuroimage (Special Issue: Social Cognitive Neuroscience), 28*, 835-847. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.06.048>
- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Hervás, G., & Jódar, R. (2009). Adaptación al castellano de la escala de dificultades en la regulación emocional. *Clínica y Salud, 19*(2), 139-156. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Kestenbaum, C. J. (2011). Secure attachment and traumatic life events. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 39*(3), 409-19. <http://dx.doi.org/101521jaap2011393409>
- Kimelman, J. (2019). Apego normal, apego patológico y psicosis. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 57*(1), 43-51. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272019000100043>
- Kirby, J. N., Doty, J. R., Petrocchi, N., & Gilbert, P. (2017). The current and future role of

- heart rate variability for assessing and training compassion. *Frontiers in Public Health*, 5, 40. <https://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2017.00040>
- Leahy, R. L. (2005). A social cognitive model of validation. En Gilbert, P. (Ed.), *Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 195–217). London: Brunner-Routledge.
- McConnell, M., & Moss, H. (2011). Attachment across the life span: Factors that contribute to stability and change. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 11, 60- 77.
- Melero, R., & Cantero, M.J. (2008). Los estilos de apego en población española: un cuestionario de evaluación. *Clínica y Salud*, 19, 83-100.
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11, 11-15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2018). Attachment Orientations and Emotion Regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6-10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006>.
- Morán, J., & Martínez, C. (2019). El apego en la adolescencia: una revisión sistemática de la investigación latinoamericana durante los últimos 15 años. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(2), 172-182. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1098>
- Mosquera, D., & González, A. (2013). Del apego temprana a los síntomas del trastorno límite de la personalidad. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 3(3), 12-35.
- Neff, K. (2003) The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–50. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Otsuka, L.K., Campos, D., Castro, R., Brandão, C., & Pires, P.P. (2019). Análise psicométrica de PANAS no Brasil. *Ciencias psicológicas*, 13(1), 45-55. <https://dx.doi.org/10.22235/cp.v13i1.1808>
- Palao, A., Torrijos, M., Río, M., Muñoz-Sanjosé, A., & Rodríguez, B. (2019). Intervenciones basadas en Mindfulness y compasión en dolor crónico. *RIECS*, 4(1), 112-122.
- Pepping, C., Davis, P., O'Donovan, A y Pal, J. (2015). Individual Differences in Self-Compassion: The Role of Attachment and Experiences of Parenting in Childhood. *Self and Identity*, 14(1), 104-117.
- Pons-Salvador, G., Cerezo, M. A., & Trenado, R. M. (2014). Dose-effect on the mothers and babies attending the Programa de Apoyo Psicológico P/Materno-Infantil©. *Anales de psicología*, 30(2), 474-481. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.141192>
- Proeve, M., Anton, R., & Kenny, M. (2018). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 91(4), 434-449. <https://doi.org/10.1111/papt.12170>
- Rockliff, H., Karl, A., Mcewan, K., Gilbert, J., Matos, M., & Gilbert, P. (2011). Effects of Intranasal Oxytocin on 'Compassion Focused Imagery'. *Emotion (Washington, D.C.)*, 11, 1388-96. DOI 10.1037/a0023861.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A., & Valiente, R.M. (1999). Escala PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Shahar, B., Szepsenwol, O., Zilcha-Mano, S., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, S., & Levit-Binnun, N. (2014). A Wait-List Randomized Controlled Trial of Loving-Kindness Meditation Programme for Self-Criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(4), 346-56. DOI: 10.1002/cpp.1893.
- Steindl, S. R., Buchanan, K., Goss, K., & Allan, S. (2017). Compassion focused therapy for eating disorders: A qualitative review and recommendations for further applications. *Clinical Psychologist*, 21(2), 62– 73.
- Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary

investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 480. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9340-7>

- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Yáñez-Yaben, S., & Comino, P. (2011). Assessment of adult attachment: Analysis of the convergence between different instruments. *Acción psicológica*, 8(2), 67-85. <https://doi.org/10.5944/ap.8.2.191>