

## MEMORIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

*Intervención de compasión basada en los estilos de apego para el bienestar administrada a través de Internet: Un estudio de viabilidad*

Dra. Soledad Quero Castellano  
*Universitat Jaume I*

Dr. Daniel Campos Bacas  
*Universidad de Zaragoza*

### RESUMEN

La investigación está mostrando resultados prometedores de las Intervenciones Basadas en Compasión (IBC) administradas via Internet para la promoción de la salud y el bienestar psicológico. Dada la novedad del tema, hasta la fecha, no contamos con datos de su aplicación en países de habla hispana. El objetivo de este proyecto era investigar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar de la versión online de la Terapia de Compasión basada en los Estilos de Apego autoaplicada a través de internet en población general de habla hispana. Se llevó a cabo un estudio de viabilidad con un grupo experimental (intervención online) con 3 momentos de evaluación (pre, post y seguimiento 3 meses). La muestra final se compuso de 51 participantes con una media de edad de 47,90 años (DT = 8,22) (mujeres: 70,6%) de las que 49 empezaron la intervención. Finalmente, 40 participantes completaron la intervención *online* y la evaluación post, siendo 34 las que completaron el seguimiento. En términos generales, la intervención *online* fue bien recibida, valorada y aceptada en términos de expectativas, satisfacción, usabilidad y opinión. Además, se observó un aumento significativo en las escalas auto-compasión, compasión (aislamiento y desidentificación), *mindfulness* rasgo, bienestar psicológico, desapego, afecto positivo, propósito de vida y salud general, así como una reducción de la auto-crítica y afecto negativo. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto, por primera vez, la viabilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar de aplicar una IBC via Internet en población general de habla hispana.

### 1. INTRODUCCIÓN

La promoción del bienestar psicológico se ha constituido como uno de los retos de nuestro siglo incluyéndose en distintas acciones o estrategias gubernamentales de promoción de la salud tanto a nivel nacional como internacional (p.ej., Estrategia de promoción de la salud y prevención del SNS: <http://www.bemocion.msssi.gob.es/>). De acuerdo con el proyecto *Mental Capital and Wellbeing: Making the most of ourselves in the 21st century* propuesto por el gobierno de Reino Unido en 2008, lograr un pequeño cambio en el nivel promedio de bienestar en toda la población produciría una

gran disminución en el porcentaje de trastornos mentales, y también en el porcentaje que tienen un trastorno subclínico. Esta es la lógica que subyace a los programas de promoción del bienestar, haciendo énfasis en que los estados psicológicos positivos actuarían como factores protectores de la salud tanto física como mental (p.ej., Sin, Moskowitz, y Whooley, 2015; Taylor, Kemeny, Reed, Bower, y Gruenewald, 2000). Además, dicho estado de bienestar favorecería el desarrollo psicológico, social y comunitario (Fredrickson, 2001, 2009; Fredrickson y Joiner, 2002). Esto también parece influir en las decisiones que tomamos cotidianamente, ya que decidimos sopesando el nivel de felicidad que alcanzaremos nosotros o nuestros seres más queridos (Gilbert, 2006). Tal y como concluyen Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009), el bienestar parece fomentar la salud desde diferentes vértices y a través de distintas vías.

En los últimos años, han surgido distintas intervenciones con el objetivo de promocionar el bienestar en la población general, incluyendo distintos constructos y/o mecanismos de acción. En concreto, ha habido un incremento de las intervenciones que utilizan la meditación como elemento central (Ospina et al., 2007).

La investigación ha crecido exponencialmente en este sentido, señalando los constructos de *mindfulness* y *compasión* como componentes clave relacionados con el bienestar (p.ej., Baer Lynks y Peters, 2012; Campos et al., 2016; Mongrain, Chin, y Shapira, 2011; Woodruff et al., 2014; Zessin, Dickhäuser, y Garbade, 2015). *Mindfulness* se puede entender como un estado o rasgo que se refiere a la capacidad de estar atento a lo que sucede en el momento presente con apertura y aceptación (Cebolla y Demarzo, 2014). Autores como Baer et al. (2008) definen cinco facetas de *mindfulness*: observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar y no reaccionar a la experiencia interna. El concepto de *compasión* hace referencia al sentimiento que surge al presenciar el sufrimiento de otro y que conlleva un deseo de ayudar (Goetz, Keltner, y Simon-Thomas, 2010). Así, esta perspectiva quedaría lejos de la definición propuesta por la RAE que entiende la compasión en términos de “pena” o “sentimiento de conmiseración y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias” (Real Academia Española, 2001, 22ª ed.). Cuando la compasión se dirige hacia uno mismo se denomina auto-compasión y, según Neff (2003), conlleva amabilidad y entendimiento del propio dolor y sufrimiento en lugar de ser auto-crítico con uno mismo; percibiendo las propias experiencias como parte de la experiencia humana, y observando los pensamientos y sentimientos dolorosos con perspectiva en lugar de sobre-identificarse con ellos.

Los constructos de mindfulness y compasión han demostrado estar independientemente relacionados con bienestar, siendo éstos predictores de felicidad (Baer et al., 2012; Campos et al., 2016). Además, Hollis-Walker y Colosimo (2011) mostraron que mindfulness correlaciona con auto-compasión ( $r=0,69$ ), al mismo tiempo que media la relación mindfulness-felicidad. Baer et al (2012) encontraron que ambos constructos mejoraban las medidas de bienestar asociadas al entrenamiento de mindfulness en una muestra de meditadores, y predecían bienestar psicológico. En la misma línea, Campos et al. (2016) mostraron cómo distintos componentes de mindfulness y compasión eran predictores significativos de felicidad, junto con la frecuencia de la meditación. En concreto, algunas facetas de mindfulness y compasión mediaron la relación meditación-felicidad. En este estudio, los autores obtuvieron que los factores de compasión (auto-amabilidad y humanidad compartida) mostraron una mayor influencia en felicidad que mindfulness (faceta observar). Estos resultados van en la línea de aquellos estudios que señalan la compasión como un mejor predictor de calidad de vida (p.ej., Van Dam et al, 2011).

Existen en la actualidad distintas intervenciones manualizadas cuyo énfasis es el entrenamiento de mindfulness y/o compasión (Cebolla, García-Campayo y Demarzo, 2014; García-Campayo, Cebolla, y Demarzo, 2016). Las intervenciones basadas en Mindfulness (IBMs), como por ejemplo Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) (Segal, Teasdale y Williams, 2002) o Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) (Kabat-Zinn, 2003), comparten una serie de supuestos fundamentales (Bishop et al., 2004), teniendo como premisa el entrenamiento de la atención plena en el momento presente, a través de una serie de prácticas atencionales como la meditación formal (p.ej., atención a la respiración o el cuerpo) y la práctica informal (prestar atención plena a las actividades cotidianas). Las IBMs han demostrado ser eficaces en el tratamiento de distintas patologías, así como para la mejora de la salud física y psicológica en población general (Demarzo et al., 2015; Khoury et al., 2013). Por otra parte, existen distintas Intervenciones basadas en la Compasión (IBCs) que han obtenido evidencia científica de su eficacia en ensayos controlados aleatorizados (Kirby, 2016). Hasta la fecha existe un único metaanálisis sobre la eficacia de las IBCs, concluyendo que éstas son eficaces obteniendo tamaños del efecto moderados para la reducción del sufrimiento (depresión, ansiedad y estrés psicológico) y la mejora de la satisfacción con la vida y la felicidad (Kirby, 2017). Las intervenciones incluidas en dicho meta-análisis son: Compassion-Focused Therapy (CFT; Gilbert, 2014), Mindful Self-Compassion (Neff y Germer, 2013), the Compassion Cultivation Training (Jazaieri et al., 2013), Cognitively Based Compassion Training (Pace et al., 2009), Cultivating

Emotional Balance (Kemeny et al., 2012), y Compassion and Loving-Kindness Meditations (p.ej., Hoffmann, Grossman, y Hinton, 2011).

En España se ha desarrollado un protocolo de compasión llamado Terapia de Compasión basada en los estilos de apego (García-Campayo y Demarzo, 2015; García-Campayo et al. 2016). Este protocolo surge de la necesidad de adaptar los protocolos existentes (todos nacidos en población anglosajona) a población española o latina en general, estructurados y adaptados a nuestro entorno cultural y a nuestro sistema sanitario. Esta intervención se basa en la teoría del apego, aspecto que ha demostrado ser clave en la eficacia terapéutica y que se encuentra claramente relacionado con la compasión. La Teoría del apego (Bowlby, 1969) es uno de los marcos teóricos que mejor explica la forma de relacionarnos con otras personas y, por tanto, permite entender cómo surgen las emociones (positivas o negativas) en las relaciones sociales. Tal y como plantean los autores, conocer nuestro modelo de apego y modificar los aspectos que nos producen malestar, se asociaría a la disminución del mismo. Por tanto, el objetivo del protocolo es modificar esos estilos facilitando un modelo de apego seguro. De acuerdo con García-Campayo et al. (2016), el apego seguro estaría en la base de la compasión. El protocolo ha sido diseñado para su uso en pacientes como terapia, así como para su uso en población general con el objetivo de promover el bienestar. Hasta el momento, ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la fibromialgia en un estudio controlado aleatorizado (Navarro-Gil, 2017), así como su eficacia en población general (Navarro-Gil et al., *en prensa*). No obstante, no se ha estudiado su eficacia en medidas relacionadas con el bienestar en población general. Por lo tanto, en un futuro se requieren estudios que continúen investigando estos aspectos.

Es necesario el desarrollo de estrategias que lleguen a las personas que las necesitan, independientemente del lugar donde vivan o los recursos que posean. De acuerdo con Kazdin (2015), se requieren nuevas estrategias y modelos de intervención que ayuden a reducir la carga de las enfermedades mentales. En este sentido, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), y en concreto Internet, surgen como herramientas útiles para perseguir tales propósitos. El desarrollo de intervenciones auto-aplicadas a través de Internet, facilitan el acceso a las intervenciones que han demostrado ser eficaces, mejorando la aceptación de las mismas y siendo coste-efectivas (Anderson, 2016; Heber et al., 2017; Sander, Rausch, y Baumeister, 2016).

Existe poca literatura al respecto en el campo de la compasión, aunque los datos preliminares son prometedores. Por una parte, Krieger et al. (2016) han obtenido datos



sobre la viabilidad y utilidad de un programa de compasión (*Mindfulness-based Compassionate Living, MBCL*) en su versión *online* en una muestra de 39 participantes con un rasgo de auto-crítica alto. Así, mostraron que la intervención *online* fue bien valorada por los participantes, los cuales mostraron altos niveles de satisfacción. Los resultados indicaron un aumento significativo en las puntuaciones de auto-compasión, mindfulness y satisfacción con la vida, tanto en el momento post-intervención como en el seguimiento de las 6 semanas, con tamaños del efecto variando de moderados a grandes ( $d = 0,50 - 1,50$ ). Por otra parte, Finlay-Jones et al. (2017) han obtenido resultados preliminares apoyando la eficacia y aceptación de un entrenamiento *online* en auto-compasión para la reducción del estrés y la promoción de auto-compasión y felicidad dirigido a psicólogos en formación en Australia ( $N = 37$ ). Los cambios, además, se mantuvieron en el seguimiento de los 3 meses. No obstante, como se ha mencionado, hasta la fecha los programas de compasión que han demostrado ser eficaces no se han desarrollado en formato *online* y no contamos con datos de su aplicabilidad en población general. Se requieren más estudios que investiguen la aplicabilidad y eficacia de las intervenciones *online* basadas en compasión para la promoción del bienestar psicológico en esta población.

No obstante, como se ha mencionado, hasta la fecha los programas de compasión que han demostrado ser eficaces en su versión tradicional, incluidos en el metaanálisis de Kirby (2017), no se han desarrollado en formato online y no contamos con datos de su aplicabilidad en población general. Se requieren más estudios que investiguen la aplicabilidad y eficacia de las intervenciones online basadas en compasión para la promoción del bienestar psicológico en esta población.

El **objetivo general** de este proyecto fue estudiar la viabilidad de una versión *online* de la Terapia de Compasión basada en los Estilos de Apego autoaplicada a través de Internet en población general de habla hispana. A continuación, se desglosa este objetivo general en objetivos específicos e hipótesis.

#### **Objetivos específicos:**

- Estudiar la viabilidad y aceptabilidad de la intervención online en términos de expectativas, satisfacción, usabilidad y opinión.
- Analizar la eficacia preliminar de la intervención en el post- y el seguimiento de los 3 meses en comparación con la línea base (pre-intervención).

- Explorar efectos adversos o no esperados de la intervención.

### **Hipótesis:**

- La intervención online será bien recibida, valorada y aceptada por los participantes en términos de expectativas, satisfacción, usabilidad y opinión.
- La intervención online será eficaz con cambios de moderados a grandes en el aumento de las distintas medidas de auto-informe como compasión, auto-compasión, mindfulness rasgo, bienestar psicológico, desapego, afecto positivo, apego seguro, propósito de vida y salud general, así como en la reducción de la auto-crítica y el afecto negativo.
- Los cambios obtenidos tras la intervención se mantendrán en el seguimiento de los 3 meses.
- Se esperan bajos porcentajes de efectos adversos.

## **2. METODOLOGÍA**

### *2.1 Diseño de investigación*

Teniendo como premisas los objetivos del presente proyecto, se llevó a cabo un estudio de viabilidad y aceptabilidad con la intervención desarrollada (Bowen et al., 2009). Este estudio es un ensayo clínico abierto sin grupo control y con un único grupo de intervención siguiendo un diseño intra-grupo con distintos momentos de evaluación: pre-intervención (línea base), post-intervención, y un seguimiento a los 3 meses. Los participantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión recibieron la intervención de compasión online.

Este proyecto ha seguido todos y cada uno de los principios éticos y recomendaciones que se indican en la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” (52ª Asamblea General, octubre 2000) y seguirá la extensión de las normas CONSORT (*Consolidated Standards Of Reporting Trials*) para estudios piloto y de viabilidad, así como las guías CONSORT-EHEALTH. El estudio ha sido registrado en la web [clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov) (NCT03918746, *Feasibility of the Internet Attachment-Based Compassion Therapy (iABCT)*), el cuál puede consultarse en <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03918746>, y ha recibido la aprobación de la

Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I a fecha 6 de febrero de 2019 (CD/005/2019). El protocolo de estudio se publicó en la revista *JMIR Research Protocols* (Campos et al., 2020).

## 2.2. Participantes y tamaño de la muestra

Este estudio se dirigió a población general siguiendo los siguientes criterios de inclusión y exclusión de los participantes:

*Criterios de inclusión:* Adultos (>18); entender y leer español, acceso a un ordenador y a Internet; tener una cuenta de e-mail; poseer habilidades de manejo del ordenador y uso de Internet a nivel de usuario.

*Criterios de exclusión:* Cumplir diagnóstico de trastorno mental de acuerdo con los criterios del DSM-5; Consumo de cantidades elevadas de alcohol o cualquier nivel de dependencia de drogas ilegales; Estar actualmente recibiendo un tratamiento psicológico. Padecer una enfermedad cardio-respiratoria grave u otra enfermedad física grave; Haber padecido alguna crisis epiléptica; No poder completar la intervención online por operación o intervención médica; Haber realizado la intervención de compasión basada en los estilos de apego en formato presencial (8 semanas o fin de semana).

Respecto al **tamaño de la muestra**, dado que el objetivo principal del presente estudio era examinar la viabilidad del proyecto y analizar el reclutamiento de los participantes a través de una variedad de técnicas, y ya que la comprobación de hipótesis de eficacia no es su objetivo principal, los cálculos del poder estadístico para establecer un tamaño muestral no se consideran adecuados. No obstante, con el objetivo de estimar la desviación estándar de las variables de resultado incluidas en el presente estudio para obtener información sobre un futuro cálculo del tamaño de la muestra, los autores recomiendan tamaños muestrales entre 24 y 50 (Julious, 2005; Lancaster, Dodd y Williamson, 2004; Sim y Lewis, 2012). El tamaño de la muestra propuesto en este estudio fue de 35 participantes como mínimo, por lo que se sitúa dentro del rango recomendado en la literatura y en la línea de los estudios existentes en este campo, siendo suficiente para establecer la viabilidad y obtener los parámetros para informar un cálculo del poder robusto para un futuro ensayo clínico controlado aleatorizado.

### 2.3. Instrumentos de evaluación

Los instrumentos de evaluación se presentan en el Anexo I. Estos instrumentos fueron elegidos en función de los objetivos e hipótesis planteadas.

### 2.4. Intervención online

La intervención online consistió en la adaptación de la Terapia de Compasión basada en estilos de apego (García-Campayo y Demarzo, 2015) a formato web (ver Anexo II). La intervención se administró a través de la plataforma web psicología y tecnología (<https://psicologiaytecnologia.labpsitec.es/>) que permite crear y alojar contenido de forma sencilla, visualmente atractiva y eficaz.

El tiempo recomendado para completar la intervención fue de 8 semanas, realizando un módulo por semana, con un tiempo máximo de 10 semanas, aunque cada participante podía seguir el ritmo que mejor se adecuara a sus necesidades, aprovechando las ventajas de Internet. No obstante, dada la situación de crisis sanitaria provocada por la COVID-19 se amplió el tiempo en aquellos casos que se solicitaba. Además, se consideró adecuado permitir que los participantes terminaran en el plazo que necesitaban dado los objetivos del presente proyecto.

Cada módulo fue adaptado para tener una duración aproximada de 1 hora, incluyéndose, además, tareas para realizar fuera del programa, entre módulos.

La adaptación y optimización ha consistido principalmente en:

- Revisión del texto del manual publicado sobre la Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego.
- Reestructuración de los contenidos del protocolo tradicional para adaptarse a formato web.
- Creación de módulos a partir de las sesiones incluidas en el protocolo tradicional.
- Creación de narrativas para la realización de videos con imágenes y audio.
- Selección e inserción de imágenes acordes con el texto para hacer más atractivo el contenido.
- Creación de resúmenes.





-Elaboración de preguntas de auto comprobación.

-Elaboración de vídeos multimedia con imágenes y audios. Las imágenes seleccionadas fueron compradas por el grupo Labpsitec de repositorios que cumplen con las leyes de copyright y derechos de autor, contando con la licencia para su uso. Los audios se han grabado en el estudio Roma de Zaragoza, expresamente para este proyecto.

-Creación de un logo de la intervención online como se presenta a continuación en varias versiones, tanto en español como en inglés (Figura 1).

### Figura 1

Logos elaborados para la intervención Compasión Basada en los Estilos de Apego aplicada a través de Internet.



En las siguientes figuras 2 y 3 se presentan dos capturas de pantalla del programa de compasión online e la plataforma web de Psicología y Tecnología.

### Figura 2

“Pantallazo” de la ventana Bienvenida del Módulo 0



Figura 3

“Pantallazo” de una ventana de contenido del Módulo 5



#### 2.4. Procedimiento

Una vez elaborada la intervención *online* en la plataforma web y realizadas las pruebas, se procedió a empezar el reclutamiento. En primer lugar, se realizó un llamamiento a través de anuncios (Anexo III) en distintos medios como son redes sociales profesionales y no profesionales del grupo de investigación *Labpsitec* y el Dr. Javier García-Campayo, investigador principal del Grupo de Investigación en Salud Mental en Atención Primaria de Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (Zaragoza), y en periódicos y radios locales y nacionales.

En segundo lugar, se contactó con las personas interesadas con el objetivo de explicarles las características y condiciones del estudio. Se realizaba la entrevista de admisión telefónica, y si cumplían los criterios de inclusión, se realizaba la entrevista diagnóstica, en el mismo momento o se acordaba una cita telefónica. Los participantes admitidos en el estudio, y que dieron su consentimiento informado, recibieron acceso a la intervención online, a través de un usuario y contraseña que se les facilitó vía e-mail siguiendo los correspondientes procedimientos de protección de datos. En la misma plataforma web, completaron el resto de las medidas de evaluación inicial (línea base), así como la intervención. Tras finalizar la intervención, completaron la evaluación post- en la web, y la entrevista telefónica. Se realizó un seguimiento online a los tres meses a través de la plataforma web.

#### 2.5. Análisis estadísticos

En primer lugar, se llevó a cabo el análisis de los datos obtenidos explorando criterios de normalidad, Prueba de normalidad Shapiro-Wilk con la corrección de significación de Lilliefors, así como la existencia de diferencias en variables sociodemográficas como son el sexo, nivel de estudios, edad, etc. A continuación, se estudió la viabilidad y adherencia analizando los porcentajes de tasas de abandono y de retención. Para todas las medidas se calcularon las medias y desviaciones típicas en cada momento de evaluación, así como la mediana y el rango (mínimo-máximo). En la comparación de la opinión entre módulos se llevó a cabo la prueba no paramétrica Wilcoxon. Se realizaron análisis preliminares de eficacia utilizando pruebas estadísticas para muestras relacionadas. Se han realizado distintos análisis de sensibilidad con el objetivo de asegurar el uso de los métodos estadísticos más adecuados (Thabane, 2013). Finalmente, se informan los resultados de modelos lineales mixtos. Para cada una de las variables de resultado se estableció un modelo lineal mixto sin imputar los valores perdidos, donde la variable tiempo (pre, post y seguimiento) fue tratada como

un factor intra-grupo. Los efectos significativos se exploraron mediante comparaciones por pares ajustados por la corrección Bonferroni para comparaciones múltiples. Por último, se llevó a cabo el Test exacto de Fisher para estudiar la asociación entre dos variables cualitativas en muestras pequeñas como es el porcentaje de participantes en función del tipo de apego en el pre comparado con el post y el seguimiento a los 3 meses.

Los análisis estadísticos se realizaron a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 23 para Windows.

### 3. RESULTADOS

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos hasta el momento en el presente proyecto de investigación. Por un parte, se detallan los resultados relacionados con el impacto, difusión y productividad derivada de la realización del proyecto. Por otra parte, en segundo lugar, se describen los resultados obtenidos en relación con los objetivos e hipótesis planteadas en la memoria inicial.

#### 3.1. Resultados relacionados con el impacto, difusión y productividad derivada de la realización del proyecto

- Trabajos presentados en congresos nacionales e internacionales

AUTORES: Campos, D., Quero, S., Navarro-Gil, M., Herrera-Mercadal, M., López-Del-Hoyo, Y., Cebolla, A., Castilla, D. y García-Campayo, J.  
TÍTULO: Programa de Compasión online basado en los estilos de apego para la promoción del bienestar: Protocolo de un estudio de viabilidad  
TIPO DE PARTICIPACIÓN: Póster  
ACTO: 4º Congreso Español de Psicología Positiva  
LUGAR: Madrid FECHA: 17 al 20 de octubre 2018

AUTORES: Campos, D., y Cebolla, A.  
TÍTULO: Calidad de la práctica compasiva: evaluación y variables mediadoras  
TIPO DE PARTICIPACIÓN: Póster  
ACTO: 4º Congreso Español de Psicología Positiva  
LUGAR: Madrid FECHA: 17 al 20 de octubre 2018

AUTORES: Navarro Gil, M.T., Modrego Alarcón, M., Delgado-Suárez, I., Campos, D., García-Campayo, J.  
TÍTULO: El beneficio de la compasión en las organizaciones  
TIPO DE PARTICIPACIÓN: Comunicación  
ACTO: I Congreso Internacional de Psicología de Organizaciones Saludables (COPOS)  
LUGAR: Huesca FECHA: 9 de noviembre 2018



AUTORES: Campos, D., Herrera-Mercadal, P., López-Montoyo, A., Navarro-Gil, M., y Quero, S.

TÍTULO: Compasión online y bienestar: protocolo de una revisión sistemática.

TIPO DE PARTICIPACIÓN: Póster

ACTO: I Congreso Internacional de Psicología de la Salud

LUGAR: Valencia FECHA: 14 y 16 de noviembre 2018

AUTORES: Campos, D., Herrera-Mercadal, P., Navarro-Gil, M., López-Montoyo, A., y Quero, S.

TÍTULO: ¿Es útil Internet para administrar Intervenciones basadas en Compasión?

TIPO DE PARTICIPACIÓN: Comunicación Oral en simposium.

ACTO: XX INTERPSIQUIS. Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud mental

LUGAR: Congreso Virtual FECHA: 01/04/2019 al 12/04/2019

AUTORES: Campos, D., Herrera-Mercadal, P., Quero, S., Navarro-Gil, M., Cebolla, A. Castilla, D. y García-Campayo, J.

TÍTULO: Development of an internet Attachment-Based Compassion Therapy (iABCT)

TIPO DE PARTICIPACIÓN: Póster

ACTO: 6th ESRII scientific meeting

LUGAR: Copenhagen FECHA: 5-6 September 2019

AUTORES: Daniel Campos, Paola Herrera-Mercadal, Laura Martínez, Mayte Navarro-Gil, Ausiàs Cebolla, Javier García-Campayo, y Soledad Quero.

TÍTULO: Viabilidad de la Terapia de Compasión online basada en los estilos de apego: Resultados preliminares en población general

TIPO DE PARTICIPACIÓN: Simposio

ACTO: V Congreso Nacional de Psicología e International Symposium on Public Health Psychology.

LUGAR: Virtual FECHA: 9 al 11 de Julio (aceptado)

AUTORES: Daniel Campos, Paola Herrera-Mercadal, Laura Martínez, Mayte Navarro-Gil, Ausiàs Cebolla, Javier García-Campayo, y Soledad Quero.

TÍTULO: Estudio de viabilidad de la terapia de compasión basada en los estilos de apego auto-aplicada a través de internet

TIPO DE PARTICIPACIÓN: Comunicación

ACTO: VII CONGRESO INTERNACIONAL DE MINDFULNESS

(7th International Meeting on Mindfulness)

LUGAR: Virtual FECHA: 18-20 de Junio (aceptado)

- Publicaciones

*-Capítulo de libro sobre revisión de la utilidad en la aplicación de Intervenciones basadas en Compasión*

Campos, D., Herrera-Mercadal, P., Navarro-Gil, M., López-Montoyo, A., y Quero, S. (2019). *¿Es útil internet para administrar intervenciones basadas en compasión?*. Interspiquis. Vol. XX. ISBN 978-84-945449-7-2.

*-Publicación del protocolo del estudio:*

Campos D, Navarro-Gil M, Herrera-Mercadal P, Martínez-García L, Cebolla A, Borao L, López-Del-Hoyo Y, Castilla D, del Río E, García-Campayo J, Quero S. (2020). Feasibility of the Internet Attachment-Based Compassion Therapy in the General Population: Protocol for an Open-Label Uncontrolled Pilot Trial. *JMIR Res Protoc*. 9(8):e16717

*-Publicación del Manual Autoaplicado de la Terapia de Compasión Basada en los estilos de apego*

Daniel Campos, Paola Herrera-Mercadal, Laura Martínez, Mayte Navarro-Gil, Soledad Quero y Javier García-Campayo (2020). *Manual autoaplicado de la terapia de compasión basada en los estilos de apego para la promoción del bienestar*. Prensas de la Universidad de Zaragoza. ISBN: 978-84-1340-166-9

### **3.2. Resultados en función de los objetivos del estudio**

#### **Sociodemográficos y experiencia en meditación**

La muestra final se compuso de 51 participantes que recibieron la intervención online con una media de edad de 47,90 años (desviación estándar = 8,22) en un rango de 31 a 67 años. De la muestra total, 36 eran mujeres (70,6%) y 15 hombres (N= 15, 29,4%) de nacionalidades española (N = 49; 96,1%), chilena (N = 1, 2%) y peruana (N = 1; 2%). La mayoría de las participantes estaban casados (N = 30; 58,8%), mientras que el 25,5% (N = 13) estaban solteros y el 15,7% (N = 8) separados o divorciados. Respecto al nivel de estudios, el 84,3% de la muestra había cursado estudios universitarios (N = 43) y el 15,7% estudios secundarios (N = 8). La situación laboral de los y las participantes era la siguiente: empleado/a (N = 35; 68,6%), desempleado/a (N = 8; 15,7%), jubilado/a (N = 2; 3,9%), estudiante (N = 2; 3,9%), ama de casa (N = 1; 2%) y otros (N = 3; 5,9%). Por lo que se refiere al uso de medicación de forma habitual, los/las participantes no tomaban ninguna meditación pautada para el estado de ánimo (N = 48, 96,1%) excepto dos participantes que tomaban Orfidal y Escitalopram, respectivamente.

De los 51 participantes, 43 (84,3%) tenían experiencia previa en la práctica de la meditación formal con frecuencia de práctica diaria (N = 19; 3,3%), entre 3 y 4 veces por semana (N = 11; 21,6), una vez a la semana (N = 7; 13,7), entre 2 y 3 veces al mes (N = 1; 2%), esporádicamente (1 vez al mes o menos) (N = 2; 3,9%) o nunca (N = 3; 5,9%), durante el último año. El 39,2% (N = 20) de los/las participantes meditaban desde hacía entre 1 y 3 años, mientras que el 21,5% (N = 11) entre 4 y 9 años, el 9,8% (N = 5) durante más de 10 años y, finalmente, el 7,8% (N = 4) hacía menos de un año que



empezó a meditar. En términos del tipo de meditación que realizaban cuando meditaban, los y las participantes informaron que en general dedicaban como media el 41,03% a la meditación de tipo concentrativa o atención focalizada, el 12,7% a prácticas de contemplación o monitorización vierta, el 11,3% a prácticas de compasión o bondad amorosa, el 3.5 a meditación de valores, el 5.9% a meditaciones deconstructivas y el 23% a prácticas informales de mindfulness.

## **Viabilidad y aceptabilidad de la intervención online**

### *Adherencia y abandono*

El reclutamiento para este estudio tuvo lugar del 18 al 27 de febrero de 2020. En este periodo, contactaron 84 personas interesadas en participar en el estudio, de las cuales 69 fueron evaluadas en la entrevista inicial telefónica para contrastar criterios de inclusión y exclusión y 51 de éstas cumplieron los criterios para participar en el estudio, realizando también la evaluación telefónica antes de la intervención (pre). Finalmente, 49 participantes empezaron la intervención online, completando los cuestionarios online, y 40 terminaron la intervención y realizaron la evaluación final (81,63%). Por tanto, la tasa de abandono en el post, teniendo en cuenta todos los participantes asignados a la intervención fue de 21,57%. En el seguimiento a los 3 meses, 34 participantes completaron la evaluación online (66,67%).

En relación a los/las participantes que completaron cada módulo, 49 participantes completaron el módulo 0, 46 los módulos 1 y 2, 43 el módulo 3, 41 el módulo 4,5 y 6, y, finalmente, 40 el módulo 7.

Respecto a los motivos de exclusión se registraron los siguientes: Estar recibiendo tratamiento psicológico/psiquiátrico (n = 4), consumo elevado de alcohol o drogas (n = 1), diagnóstico de trastorno mental (n = 6), haber realizado el programa de compasión en formato presencial (n = 4), falta de comprensión de español (n = 1) y no disponer de tiempo para realizarlo en este momento por situación familiar (n = 2).

Respecto a los motivos de abandono, solo un participante notificó el abandono por falta de tiempo debido a dificultades en la conciliación familiar y laboral (teletrabajo) y la realización del programa online, derivado de la crisis sanitaria causada por COVID-19. El resto de participantes no informó motivos de abandono.

### *Expectativas, satisfacción, usabilidad y opinión*

En la tabla 1 se presentan las puntuaciones obtenidas por los/las participantes en términos de *expectativas*, antes de entrar en el programa de intervención y tras ser informados/as de las condiciones del estudio y de las características y componentes de la intervención. En la misma tabla, se muestran las puntuaciones en el mismo cuestionario después de completar la intervención (*satisfacción* con la intervención recibida). En general, los valores obtenidos muestran unas altas expectativas y satisfacción (entre 8,18 y 8,95 en una escala de 0 a 10) con una baja aversión o rechazo (entre 0,53 y 1,27) hacia la intervención online de compasión. Los resultados de la prueba de normalidad Shapiro-Wilk muestran que los datos no se distribuyen según la normalidad (todas las  $p < 0,01$ ).

En comparación con el pre, se observó un aumento en las puntuaciones tras completar el programa en términos de lógica, satisfacción, recomendar, utilidad para otros problemas y aversión/rechazo. No se encontraron diferencias significativas a excepción del aumento en las puntuaciones de aversión ( $t(39) = -2.05$ ;  $p < .05$ ).

**Tabla 1**

*Puntuaciones en el Cuestionario de Expectativas (pre) y satisfacción (post)*

<i>Ítems</i>	Pre (expectativas) (n = 51)				Post (satisfacción) (n = 40)			
	M (DT)	Md	mín.	máx.	M (DT)	Md	mín.	máx.
<i>Lógica de la intervención</i>	8,61 (1,18)	9	6	10	8,9 (1,57)	9	2	10
<i>Satisfacción con la intervención</i>	8,59 (1,12)	9	6	10	8,85 (1,70)	9	2	10
<i>Recomendar intervención a amigo/a</i>	8,4 (1,87)	9	0	10	8,95 (1,60)	10	2	10
<i>Utilidad para tratar problemas psicológicos</i>	8,18 (1,56)	8,5	2	10	8,35 (1,98)	9	1	10
<i>Utilidad en tu caso</i>	8,78 (1,05)	9	6	10	8,73 (1,78)	9	2	10
<i>Aversión</i>	0,53 (1,11)	0	0	5	1,27 (2,43)	0	0	10

Notas. M = Media. DT = Desviación típica. mín. = mínimo. máx. = máximo.

A continuación, se presentan las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Usabilidad y Aceptabilidad (CUA) que muestra unos valores de usabilidad categorizados como excelentes siendo una intervención valorada como aceptable de acuerdo con la "Usability Adjective Rating Scale" (Figura 4) (Bangor et al., 1996, 2008). Los resultados



de la prueba de normalidad Shapiro-Wilk muestran que los datos no se distribuyen según la normalidad (todas las  $p < 0,01$ ).

**Tabla 2**

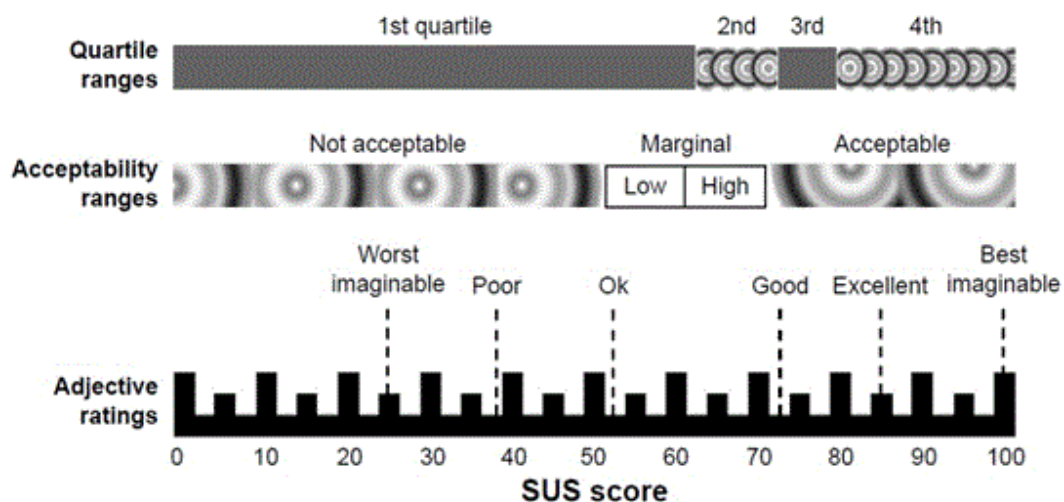
*Puntuaciones en el cuestionario de Usabilidad y Aceptabilidad (CUA)*

Items	CUA (n = 40)			
	M (DT)	Md	mín.	máx.
1. Rapidez de aprendizaje	3,10 (0,90)	3	1	4
2. Capacidad de uso	3,45 (0,60)	3,5	2	4
3. Orientación	3,68 (0,53)	4	2	4
4. Efectividad	3,50 (0,68)	4	1	4
5. Modelo ecológico	3,58 (0,68)	4	1	4
6. Facilidad de instrucciones	3,70 (0,52)	4	2	4
7. Visibilidad	3,73 (0,60)	4	1	4
8. Intención de uso	3,28 (0,96)	4	0	4
9. Utilidad	3,50 (0,75)	4	1	4
10. Facilidad de uso	3,47 (0,82)	4	0	4
Puntuación total	87,44 (10,43)	87,50	57,50	100

Nota. M = media. DT = Desviación Típica. Md = Mediana. mín. = mínimo. máx. = máximo.

**Figura 4**

*Comparación de las medias del cuestionario de usabilidad (SUS) por cuartil, adjetivos de clasificación y rangos de aceptabilidad en la Usability Adjective Rating Scale (Bangor et al., 1996, 2008)*



*Opinión después de cada módulo*

En la tabla 3 se muestra la opinión de los/las participantes después de cada módulo en términos de utilidad percibida, satisfacción y dificultad. En general se observan valores altos para utilidad y satisfacción (entre 8,57 y 9,12) y baja dificultad (entre 1,22 y 3,95). Los resultados de la prueba de normalidad Shapiro-Wilk muestran que los datos no se distribuyen según la normalidad (todas las  $p < 0,05$ ). La comparación por pares con la prueba no paramétrica Wilcoxon muestra diferencias significativas en la *utilidad percibida* entre el módulo 0 y el 6 ( $Z = -2.49$ ;  $p < .05$ ), y el 7 ( $Z = -2.04$ ;  $p < .05$ ), entre el módulo 2 con el 6 ( $Z = -2.89$ ;  $p < .05$ ) y el 7 ( $Z = -3.13$ ;  $p < .05$ ), entre el 3 con el 6 ( $Z = -2.18$ ;  $p < .05$ ) y el 7 ( $Z = -2.26$ ;  $p < .05$ ). Respecto a la *satisfacción* después de cada módulo, se observan diferencias estadísticamente significativas entre el módulo 0 y el 1 ( $Z = -2.10$ ;  $p < .05$ ) y entre el 2 y el 7 ( $Z = -2.18$ ;  $p < .05$ ). En la valoración de la *dificultad* de cada módulo, los resultados muestran diferencias significativas entre el módulo 0 y el resto de los módulos, siendo éste el valorado como más sencillo [M1 ( $Z = -2.96$ ;  $p < .05$ ), M2 ( $Z = -3,77$ ;  $p < .05$ ), M3 ( $Z = -3,59$ ;  $p < .05$ ), M4 ( $Z = -3,80$ ;  $p < .05$ ), 5 ( $Z = -2,87$ ;  $p < .05$ ), M6 ( $Z = -4,20$ ;  $p < .05$ ), M7 ( $Z = -3,40$ ;  $p < .05$ )]. También se observaron diferencias significativas entre el módulo 1 y los módulos 2 ( $Z = -2.01$ ;  $p < .05$ ), 4 ( $Z = -2.61$ ;  $p < .05$ ) y 6 ( $Z = -2.20$ ;  $p < .05$ ); entre el Módulo 2 y el 6 ( $Z = -2.09$ ;  $p < .05$ ), el Módulo 4 y el 5 ( $Z = -2.48$ ;  $p < .05$ ), así como entre el Módulo 5 y el 6 ( $Z = -2.29$ ;  $p < .05$ ).

**Tabla 3**

Media, mediana, mínimo y máximo de las puntuaciones de opinión después de cada módulo

	M (DT)	Md	mín.	máx.
Módulo 0 (N = 49)				
<i>Utilidad</i>	8,67 (0,85)	9	7	10
<i>Satisfacción</i>	8,57 (0,94)	9	5	10
<i>Dificultad</i>	1,22 (1,88)	1	0	9
Módulo 1 (N = 46)				
<i>Utilidad</i>	8,87 (1,11)	9	4	10
<i>Satisfacción</i>	8,89 (1,04)	9	5	10
<i>Dificultad</i>	2,33 (2,72)	1	0	9
Módulo 2 (N = 46)				
<i>Utilidad</i>	8,57 (1,05)	9	6	10

<i>Satisfacción</i>	8,57 (1,24)	9	4	10
<i>Dificultad</i>	2,85 (2,52)	1	0	8
Módulo 3 (N = 43)				
<i>Utilidad</i>	8,63 (1,29)	9	4	10
<i>Satisfacción</i>	8,65 (1,15)	9	6	10
<i>Dificultad</i>	2,93 (2,81)	2	0	10
Módulo 4 (N = 41)				
<i>Utilidad</i>	8,80 (1,32)	9	4	10
<i>Satisfacción</i>	8,68 (1,27)	9	4	10
<i>Dificultad</i>	3,71 (3,04)	3	0	10
Módulo 5 (N = 41)				
<i>Utilidad</i>	8,88 (1,65)	9	2	10
<i>Satisfacción</i>	8,90 (1,56)	9	2	10
<i>Dificultad</i>	2,68	1	0	10
Módulo 6 (N = 41)				
<i>Utilidad</i>	9,12	9	7	10
<i>Satisfacción</i>	8,80	9	5	10
<i>Dificultad</i>	3,95	4	0	10
Módulo 7 (N = 40)				
<i>Utilidad</i>	9,10 (0,98)	9	6	10
<i>Satisfacción</i>	8,97 (1,12)	9	6	10
<i>Dificultad</i>	3,10 (3,02)	2	0	10

#### *Entrevista final telefónica de opinión*

En general, los participantes consideraron la **intervención online de compasión** como una herramienta útil con una media de 4,18 (DT = 0,71; Md = 4; mín. = 2, máx. = 5) en una escala de 0 a 5. El 87% de los participantes respondieron “mucho” y “muchísimo”, mientras que el 10% (N =4) consideraron la opción algo y el 2,5% (N =1) restante poco útil.

La utilidad de los **módulos** (del 0 a 7) también refleja valores medios entre “mucho” y “muchísimo” (95% de los participantes) con una media total de 4,38 (DT = 0,59; Md = 4; mín. = 3, máx. = 5). El 5% (N = 2) de los participantes respondió la opción “algo”.

A continuación, se detallan los resultados para cada uno de los módulos: Módulo 0 (M = 4,03; DT = 0,83; Md = 4; mín. = 2, máx. = 5); Módulo 1 (M = 4,20; DT = 0,69; Md = 4; mín. = 3, máx. = 5); Módulo 2 (M = 4,3; DT = 0,65; Md = 4; mín. = 3, máx. = 5); Módulo 3 (M = 4,33; DT = 0,66; Md = 4; mín. = 3, máx. = 5); Módulo 4 (M = 4,28; DT = 0,72; Md = 4; mín. = 2, máx. = 5); Módulo 5 (M = 4,35; DT = 0,77; Md = 4,5; mín. = 2, máx. = 5); Módulo 6 (M = 4,5; DT = 0,78; Md = 4,5; mín. = 2, máx. = 5); Módulo 7 (M = 4,39; DT = 0,78; Md = 5; mín. = 2, máx. = 5).

Los **elementos multimedia** incluidos en la plataforma web también fueron valorados como útiles con una media de 4,56 (DT = 0,64; Md = 5; mín. = 2, máx. = 5). Respecto a cada uno de ellos, los audios obtuvieron la mayor puntuación media (M = 4,65; DT = 0,53; Md = 5; mín. = 3, máx. = 5), seguidos de pdf descargables (M = 4,55; DT = 0,60; Md = 5; mín. = 3, máx. = 5), vídeos (M = 4,43; DT = 0,78; Md = 5; mín. = 2, máx. = 5), texto (M = 4,35; DT = 0,73; Md = 4,5; mín. = 3, máx. = 5), tareas para casa (M = 4,33; DT = 0,76; Md = 4; mín. = 2, máx. = 5), preguntas de autocomprobación (M = 4,15; DT = 0,78; Md = 4; mín. = 2, máx. = 5), ilustraciones (M = 4,15; DT = 0,84; Md = 4; mín. = 2, máx. = 5) y, finalmente, el uso de imágenes (M = 4,03; DT = 0,97; Md = 4; mín. = 1, máx. = 5).

La **información teórica** proporcionada en los módulos a lo largo de todo el programa online fue valorada como útil con una puntuación media de 4,65 situada entre los valores “mucho” y “muchísimo” (DT = 0,48; Md = 5; mín. = 4, máx. = 5).

Por otra parte, el 95% de los participantes consideraron entre “mucho” y “muchísimo” la utilidad del aprendizaje de la compasión basada en estilos de apego para mejorar o promocionar el bienestar con una media total de 4,65 (DT = 0,76; Md = 5; mín. = 1, máx. = 5).

El 64,7% de los/las participantes (N = 33) consideraron que sería útil tener a su disposición esta intervención online durante más tiempo una vez finalizada y, además, al mismo porcentaje, les gustaría seguir teniéndola a su disposición para acceder a ella con el fin de “repassar los contenidos aprendidos” y “hacer recordatorios”. Los participantes que indicaron que no consideraban útil y, por tanto, no les gustaría tener a su disposición la intervención una vez finalizada, justificaron que se debía a que “tenían los documentos y audios descargados y guardados en su ordenador para poder repasar cuando quisieran” por lo que no consideraban necesario acceder de nuevo a la plataforma.

Finalmente, los y las participantes valoraron con un 4,58 sobre 5 (DT = 0,55; Md 5; mín. =3, máx. =5) en qué medida les gustó la intervención online de compasión, situándose el 97% entre “mucho” y “muchísimo” y el 2,5% (N = 1) restante en “algo”.

Respecto a si cambiarían algo del programa, el 43,6% respondió que sí (N = 17) informando de las siguientes sugerencias:

- Añadir una base de introducción a la meditación
- Más video y menos texto
- Poder continuar el módulo desde donde te quedaste sin empezar desde el inicio. Incluir un menú/esquema para ello.
- Incluir menos cuestionarios.
- Añadir más videos y enlaces a videos externos.
- Incluir videoconferencias semanales o sesiones de dudas sincrónicas.
- Menos texto (n=3).
- Estética de la página más intuitiva.
- Incluir una llamada a mitad de la intervención de apoyo y guía para aportar un componente humano.
- La agilidad de la plataforma en general.
- Vídeos más personales.
- Hacer más hincapié en tema de valores.
- Añadir algún ejercicio de conclusión o cierre
- Incluir un email a la semana de apoyo semanal para motivar
- Mejorar el calendario de la plataforma
- Incluir bibliografía, recomendar libros, películas y añadir más material complementario.
- Reducir la carga de tareas entre módulos.

#### *Otras medidas de usabilidad*

Respecto al número de *logins* (o veces que se identificaron en el programa), los participantes que completaron la intervención (N = 40), accedieron una media de 43,78 veces (DT = 25,30; Md = 40; mín. = 10, máx. =100). Más de la mitad de la muestra (52,5%) realizó entre 40 y 100 *logins* para completar la intervención. Estos datos incluirían las veces que los/las participantes accedieron para realizar el módulo, para finalizarlo, para repasarlo, o para realizar alguna tarea concreta.

En este sentido, el 67,5% de la muestra entró 56 veces y el 85% 70 veces.

A continuación, se presenta la información de cada módulo sobre el número de repasos, tiempo en minutos y el número de días en cada módulo, así como el sumatorio para el número de días, repasos y tiempo en total (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Número de días, número de repasos y tiempo por módulos y en total*

	Nº días			Nº repasos			Tiempo (minutos)			
	N	M (DT)	Md	mín. – máx.	M (DT)	M	mín. – d máx.	M (DT)	Md	mín. – máx.
M0	49	5,04 (5,34)	3	1 - 25	2,57 (6,03)	1	0 - 34	546,42 (173,30)	529	273 - 1077
M1	46	9,37 (12,23)	7	1 - 77	2,26 (3,96)	1	0 - 21	638,21 (319,27)	552	0 - 1581
M2	46	9,20 (13,40)	6,5	1 - 81	1,56 (2,45)	0	0 - 11	728,48 (383,59)	598, 59	0 - 1905
M3	43	7,51 (6,83)	7	1 - 26	0,86 (1,30)	0	0 - 4	609,84 (322,27)	546	135 - 1688
M4	41	7,78 (7,54)	5	1 - 31	0,63 (1,32)	0	0 - 6	575,80 (291,58)	468	127 - 1613
M5	41	5,54 (6,42)	3	1 - 30	0,73 (1,36)	0	0 - 5	505,51 (228,90)	435	243 - 1519
M6	40	6,32 (8,93)	2	1 - 40	0,81 (1,49)	0	0 - 6	673,39 (365,06)	578	31 - 2150
M7	40	6,73 (4,84)	5	1 - 19	0,38 (0,70)	0	0 - 3	762,03 (369,11)	677	150 - 2085
Total $\Sigma$		57,49			9,8			4534,17		

Nota. M = Módulo. N° = número. DT = Desviación típica. Md = Mediana. Mín. = mínimo. Máx. = Máximo.

La media de semanas que necesitaron los y las participantes fue de 11,37 (DT = 2,72) con un mínimo de 6 semanas y un máximo de 17. Así, el 50% de los/las participantes completaron la intervención en 11 semanas o menos, mientras que el 50% restante lo completó entre 11 y 17 semanas.

La duración recomendada de intervención era de entre 8 y 10 semanas, aunque se amplió en aquellos casos que se solicitó, dado que el objetivo del estudio era explorar la viabilidad del programa de compasión online. A las 8 semanas, terminó el 20% (N = 8) y a las 10 semanas el 35% (N = 14)

Además, la situación de crisis sanitarias causada por COVID-19, interfirió en la rutina y situación personal de algunos/as participantes que pidieron una ampliación del tiempo por dificultades de conciliación o motivos de salud. En concreto, 12 participantes (30%) solicitaron una ampliación para poder terminar. En estos casos, las participantes interrumpieron el programa por lo que se les amplió el plazo un máximo de 4 semanas para terminarlo.

A lo largo de la intervención se asignaban 72 tareas (ejercicios, meditaciones, lecturas, diarios, etc.) de las que completaron como media 21,18 (DT = 15,72) con un mínimo de 0 a un máximo de 61.

### **Eficacia preliminar de la intervención en el post- y el seguimiento de los 3 meses en comparación con la línea base (pre-intervención)**

Los resultados en la medida Pemberton Happiness Index (PHI), que facilita un índice de bienestar global, muestran cambios significativos a lo largo del tiempo ( $F(2, 71,533) = 3,49; p < 0,05$ ). En concreto, se observó un aumento significativo en el bienestar informado en el seguimiento a los 3 meses ( $M = 8,22; DT = 1,13$ ) en comparación con la línea base ( $M = 7,59; DT = 1,23$ ) ( $p < 0,05$ ). Sin embargo, cuando se exploran las subescalas de bienestar recordado y bienestar experimentado, se observa que solo hay efecto del tiempo significativo en bienestar experimentado ( $F(2, 72,50) = 7,30; p < 0,05$ ), tanto después de recibir la intervención ( $M = 8,50; DT = 1,77$ ) como en el seguimiento a los 3 meses ( $M = 8,59; DT = 1,52$ ), en comparación con la línea base (pre-) ( $M = 7,41; DT = 2,01$ ) ( $ps < 0,05$ ).

En la escala de auto-compassion (*Self-Compassion Scale*, SCS-26), se observó un cambio significativo a lo largo del tiempo en las seis subescalas: *Auto-amabilidad* ( $F(2, 77,46) = 19,66; p < 0,001$ ), *auto-juicio* ( $F(2, 76,55) = 21,53; p < 0,001$ ), *humanidad compartida* ( $F(2, 78,35) = 5,33; p < 0,05$ ), *aislamiento* ( $F(2, 75,93) = 6,68; p < 0,05$ ), *mindfulness* ( $F(2, 77,05) = 4,83; p < 0,05$ ), *sobreidentificación* ( $F(2, 74,05) = 15,72; p < 0,001$ ). En concreto, los resultados de la comparación intra-grupo mostraron un aumento significativo ( $p < 0,05$ ) en las escalas *auto-amabilidad* y *humanidad compartida*

en el post [(M = 3,80; DT = 0,86) y (M = 3,74; DT = 0,86), respectivamente] y el seguimiento [(M = 3,98; DT = 0,78) y (M = 3,81; DT = 0,74), en comparación con la línea base [(M = 3,20; DT = 0,83) y (M = 3,37; DT = 0,78)], así como en la subescala *mindfulness* en el seguimiento a los 3 meses (M = 3,85; DT = 0,72) comparado con el pre (M = 3,50; DT = 0,74). En la misma línea, se observó una reducción significativa en *sobreidentificación* en el post (M = 3,73; DT = 0,93) y el seguimiento (M = 3,88; DT = 0,86) en comparación con la línea base (M = 3,22; DT = 0,95). En contra de lo esperado, se observó un aumento significativo en *auto-juicio* en el post (M = 3,98; DT = 0,92) y el seguimiento (M = 4,03; DT = 0,89) en comparación con la línea base (M = 3,34; DT = 0,89), así como en la subescala *aislamiento* en el seguimiento (M = 3,98; DT = 0,91) comparado con el pre (M = 3,51; DT = 0,98).

En la Escala de Compasión (*Compassion Scale*), se observó un efecto tiempo significativo en las subescalas *separación* ( $F(2, 76,14) = 3,21; p < 0,05$ ) y *desidentificación* [ $F(2, 75,96) = 3,81; p < 0,05$ ].

En concreto, en la escala *separación* se observó un aumento significativo en el seguimiento a los 3 meses (M = 4,59; DT = 0,44) comparado con la línea base (M = 4,39; DT = 0,57) ( $p < 0,05$ ). En la escala *desidentificación*, se encuentra un aumento significativo después de la intervención *online* (M = 4,43; DT = 0,45) en comparación con la línea base (M = 4,19; DT = 0,53).

En la puntuación total de la escala de compasión, aunque se observa un aumento tras la intervención *online* (M = 4,37; DT = 0,34) y en el seguimiento a los 3 meses (M = 4,35; DT = 0,43) comparado con la línea base (M = 4,25; DT = 0,36), el cambio no puede considerarse estadísticamente significativo.

En la escala FSCRS-SF (*Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale-Short form*), que evalúa distintas formas de autocrítica y la habilidad de calmarse, se observa un cambio significativo en las subescalas “Yo inadecuado” ( $F(2, 74,54) = 14,07; p < 0,001$ ) y “Yo tranquilizado” ( $F(2, 75,11) = 5,72; p < 0,05$ ). En concreto, se observa una reducción significativa en las puntuaciones de la escala “Yo inadecuado” en el post (M = 4,35; DT = 3,84) y el seguimiento a los 3 meses (M = 4,00; DT = 3,46) comparado con la línea base (M = 6,71; DT = 4,43). En la escala “Yo tranquilizado” se observó un aumento significativo en el seguimiento (M = 15,26; DT = 3,20) comparado con el pre (M = 13,67; DT = 2,90).

En la Escala de las Cinco Facetas de Mindfulness (*Five Facets of Mindfulness Questionnaire, FFMQ*), los resultados muestran un efecto tiempo significativo en las



facetas *observar* ( $F(2, 76,36) = 13,53; p < 0,001$ ), *actuar con consciencia* ( $F(2, 76,20) = 10,05; p < 0,001$ ), *no juzgar* ( $F(2, 70,10) = 10,53; p < 0,001$ ) y *no reactividad* ( $F(2, 75,12) = 5,08; p < 0,05$ ). En concreto, se encontró un aumento significativo ( $ps < 0,05$ ) en *observar*, *actuar con consciencia* y *no juzgar* después de la intervención y el seguimiento a los 3 meses, comparado con la línea base. En la faceta “no reactividad” el cambio fue significativo en el seguimiento a los 3 meses ( $M = 3,57; DT = 0,77$ ) en comparación con la línea base ( $M = 3,22; DT = 0,76$ ).

En el cuestionario de relación, que mide los estilos de apego de los participantes, los resultados de la prueba exacta de Fisher mostraron una diferencia significativa en la distribución en los tipos de apego entre el pre y el post (Fisher (1) = 17,28;  $p = 0,008$ ), y entre el pre y el seguimiento a los 3 meses (Fisher (1) = 22,69;  $p = 0,000$ ). En la siguiente Tabla 5 se presenta el número de casos y porcentaje en cada momento de evaluación.

**Tabla 5**

*Distribución de estilo de apego en la línea base, post y seguimiento*

Estilos de apego	n	%
Línea base (N = 49)		
Seguro	28	57,1
De rechazo	7	14,3
Preocupado	9	18,4
Temeroso	5	10,2
Post (N = 40)		
Seguro	29	72,5
De rechazo	4	10
Preocupado	4	10
Temeroso	3	7,5
Sg 3 meses (N = 34)		
Seguro	26	78,8
De rechazo	3	9,1
Preocupado	2	6,1
Temeroso	2	6,1

En el Cuestionario de Salud General (*General Health Questionnaire, GHQ12*), los resultados mostraron un efecto tiempo significativo ( $F(2,76,40) = 10,92; p < 0,001$ ), con una reducción significativa ( $p < 0,05$ ) en las puntuaciones en el post ( $M = 6,18; DT$

= 5,47) y el seguimiento a los 3 meses ( $M = 5,50$ ;  $DT = 3,15$ ) en comparación con la línea base ( $M = 8,63$ ;  $DT = 3,53$ ). En la escala total del GHQ12 que va desde 0 (buena salud mental) a 36 (deterioro de salud mental), puntuaciones más elevadas reflejarían peor salud mental.

En la escala de desapego (*Non-Attachment Scale, NAS7*), se observó que el efecto tiempo fue significativo ( $F(2, 73,05) = 4,89$ ;  $p < 0,05$ ), con un aumento significativo ( $p < 0,05$ ) en las puntuaciones tanto en el post ( $M = 37,00$ ;  $DT = 4,71$ ) como en el seguimiento a los 3 meses ( $M = 36,94$ ;  $DT = 4,74$ ) en comparación con la línea base ( $M = 34,92$ ;  $DT = 5,59$ ). Estos datos muestran una mayor tendencia a “no apegarse” a las experiencias y dejarlas pasar.

En la medida de afecto positivo y negativo (*International Positive and Negative Affect Schedule Short Form, I-PANAS-10-SF*), los resultados muestran un efecto tiempo significativo tanto en la escala de afecto positivo ( $F(2, 76,67) = 6,10$ ;  $p < 0,05$ ), como negativo ( $F(2, 70,12) = 11,74$ ;  $p < 0,001$ ). En concreto, se observa un aumento significativo en afecto positivo y una reducción significativa en el afecto negativo en el post [(afecto positivo:  $M = 14,05$ ;  $DT = 3,97$ ) (afecto negativo:  $M = 2,73$ ;  $DT = 2,35$ )] y el seguimiento [(afecto positivo:  $M = 14,32$ ;  $DT = 4,19$ ) (afecto negativo:  $M = 3,12$ ;  $DT = 2,04$ )] en comparación con la línea base [(afecto positivo:  $M = 12,45$ ;  $DT = 3,34$ ) (afecto negativo:  $M = 4,61$ ;  $DT = 3,07$ )].

En la medida *Purpose-In-Life Test* (PIL-10) se observó un efecto tiempo significativo en las subescalas *sentido y significado de vida* ( $F(2, 71,06) = 7,94$ ;  $p < 0,05$ ) y *metas y propósito de vida* ( $F(2, 72,56) = 5,59$ ;  $p < 0,05$ ), así como en la puntuación total ( $F(2, 71,88) = 8,31$ ;  $p < 0,05$ ). En concreto, hubo un aumento significativo en el seguimiento a los 3 meses en comparación con la línea base en las dos subescalas y la puntuación total del PIL-10 [(pre:  $M = 56,98$ ;  $DT = 8,48$ ) y (Sg3meses:  $M = 60,88$ ;  $DT = 6,39$ )], que indicaría una mejora significativa en la clarificación del sentido, significado, las metas y el propósito de vida.

### **Coste-efectividad de la intervención online (en proceso)**

Los datos preliminares indican una mejora significativa en la medida de salud general tras realizar la intervención y en el seguimiento a los 3 meses. Estos resultados podrían señalar la intervención de compasión basada en los estilos de apego online como una herramienta coste-efectiva. Sin embargo, los análisis de coste-efectividad



están en proceso y todavía no se cuenta con los datos finales. Se llevará a cabo un análisis de coste-efectividad y coste-utilidad a partir del cuestionario GHQ-12 de acuerdo con Serrano-Aguilar et al. (2009).

### **Mecanismos de acción de la intervención online (predictores, mediadores y asociaciones entre las variables de estudio (en proceso))**

Tras realizar los análisis de eficacia preliminar de la intervención online, el siguiente paso será seleccionar las variables que podrían ser potenciales predictores y mediadores, así como explorar distintos modelos de mecanismos de acción. Estos análisis están en proceso.

### **Efectos adversos o no esperados de la intervención**

De la muestra que completó la intervención (N=40), el 10% (N = 4) informó haber experimentado algún efecto adverso o no esperado durante la intervención online.

Los efectos adversos o no esperados informados por los y las participantes fueron los siguientes: Bloqueo emocional, dificultad/problema para concentrarse, “despertar” y “remover” sentimientos de dificultad emocional” y dificultades con las prácticas del perdón y conflicto con los padres.

### **Barreras y facilitadores**

De la muestra que completó la intervención (N=40), el 40% (N = 16) informó haber experimentado alguna barrera de las que se detallan a continuación (Tabla 6):

**Tabla 6**

*Barreras experimentadas durante la realización del programa online*

- 
- × La cantidad de cuestionarios de evaluación (n= 4)
  - × Dudas sobre la organización de las meditaciones
  - × El tema de los padres, “no creo que tenga que perdonarles nada y me costaba entender esa parte”
  - × El uso de texto
  - × Dificultades para concretarse en las meditaciones
  - × Las actividades que conllevaban escribir
  - × No estar en buen momento personal para realizar la carta a los padres y enemigos
  - × Los cuestionarios antes del módulo “me entorpecían” para avanzar
  - × “Se me hizo un poco pesado, por la situación, el confinamiento y el estado emocional” (n = 3)
  - × “Me costaba ponerme a hacer el diario de meditación”
  - × “Me ha entorpecido el solo poder acceder desde el ordenador. Me hubiera gustado acceder desde la tablet o móvil”
  - × “Algunos módulos más densos se hacían pesados, pero al final están bien. Tienen sentido”.
  - × “Tener tareas para casa no me gustaba y cambiaría la palabra tarea por ejercicio”
  - × Tema visual. “Era frío, poco dinámico”
  - × Tener que hacer todo el módulo para repasar
- 

En la Tabla 7 se presentan los facilitadores que los y las participantes informaron en la entrevista telefónica:

**Tabla 7**

*Facilitadores de la intervención*

- 
- ✓ Audios de calidad, claros y fáciles de seguir (n = 5)
  - ✓ Muy bien estructurado y guiado que fomenta la motivación (n = 5)
  - ✓ Fichas y pdf descargables (n = 4)
  - ✓ Poder repasar los módulos (n = 3)

- ✓ Disponer de resúmenes finales (n = 4)
  - ✓ El contenido general de los módulos, sobre todo el de culpa y compasión
  - ✓ Ver la evolución de los registros
  - ✓ Combinar audios y textos, "así se hace más ameno y fomenta la atención"
  - ✓ Hacerlo por internet (n = 2)
  - ✓ Poder entrar a cualquier hora, sin horarios (n = 3)
  - ✓ Muy práctica y autoaplicado
  - ✓ Poder descargar los audios para hacerlos en cualquier momento fuera de la web
  - ✓ Poder oír las mediaciones desde el móvil
  - ✓ Poder ir hacia delante y atrás en el módulo y entre los módulos
  - ✓ Practicas cortas: "ayuda porque no es cansado hacerlas"
  - ✓ Enseñanza sobre significado de ciertos conceptos como culpa o vergüenza.
  - ✓ Los vídeos
  - ✓ La opción de profundizar con material adicional
  - ✓ Las tareas para casa
  - ✓ La duración de los módulos es adecuada
  - ✓ Que se alterne teoría y practica
  - ✓ La plataforma es muy dinámica, diseño y colores con una estética cuidada y clara y un lenguaje comprensible
  - ✓ Plataforma cómoda y fácil de utilizar (n = 2)
  - ✓ Que incluya mensajes de ánimo y recordatorios
  - ✓ El calendario
  - ✓ Las tareas de escribir
  - ✓ Formato cómodo de seguir
  - ✓ La pantalla del porcentaje de cuánto queda, el feedback de cómo vas y los mensajes de si vas lento o rápido, que el programa te marque el ritmo ayuda
  - ✓ Los mensajes del final de feedback que "decía" la terapeuta online.
  - ✓ Los ejercicios incluidos
  - ✓ La voz de las narrativas
  - ✓ Los gráficos de avance semanal
  - ✓ Email recordatorio de la web de que quedaba poco tiempo
  - ✓ Tener la transcripción de las prácticas
-

#### 4. DISCUSIÓN

El objetivo general de este proyecto fue desarrollar una intervención online basada en la compasión y estudiar su viabilidad y eficacia preliminar para la promoción del bienestar en población general.

Tras la finalización del proyecto, y hasta la fecha de la entrega de la presente memoria, se ha diseñado, adaptado y desarrollado la intervención online, realizando todas las actividades necesarias para la puesta en marcha del estudio. Además, se ha llevado a cabo el estudio completando las distintas evaluaciones, pre-, post- y seguimiento a los 3 meses, realizando el análisis de las medidas de viabilidad, aceptación y eficacia preliminar. También, se han explorado los efectos adversos o no esperados, así como las barreras y facilitadores de la intervención informados por los y las participantes. Sin embargo, todavía están por analizar las variables de coste-efectividad de la intervención online y los mecanismos de acción de la intervención online, tales como predictores, mediadores y asociaciones entre las variables de estudio. Hasta la fecha, no ha sido posible el análisis de dichas variables, aunque se tiene prevista la colaboración con un grupo de investigación nacional experto en análisis de coste-efectividad. Además, se calcularán los tamaños del efecto intra-grupo (pre- vs. post-, y pre- vs. seguimiento) y sus respectivos Intervalos de Confianza (IC 95%) en cada medida de resultado, de acuerdo con las recomendaciones de los autores (Botella y Sanchez-Meca, 2015; Cohen, 1992; Cumming y Calin-Jageman, 2017).

En la línea de lo esperado, el estudio fue bien recibido por los y las participantes, realizando el reclutamiento en un breve periodo de tiempo, que indica el interés por este tipo de intervenciones. Por tanto, 51 personas empezaron el estudio de las que 49 entraron en el programa y completaron la evaluación inicial. De éstos, 40 participantes terminaron finalmente el programa y la evaluación final. Estos datos reflejan un porcentaje de abandono del 21,57% la línea de lo esperado en los programas autoaplicados a través de Internet (p.ej., Carlbring et al., 2018). En el seguimiento a los 3 meses, 34 participantes lo completaron, con lo que se cuenta con datos en 3 momentos de evaluación. Aunque el seguimiento es a corto plazo, puede arrojar luz sobre cómo funciona una intervención online de compasión.

Tal y como se ha mencionado se obtienen unos valores altos de expectativas y satisfacción, así como una excelente usabilidad y aceptación de la intervención online desarrollada, en la línea de lo esperado.



Los resultados de la eficacia preliminar muestran un aumento significativo en las escalas auto-compasión, compasión (aislamiento y desidentificación), mindfulness rasgo (excepto la faceta describir), bienestar psicológico, desapego, afecto positivo, propósito de vida y salud general, así como una reducción significativa de la auto-crítica y afecto negativo. No obstante, aunque estos datos muestran la eficacia potencial de la intervención con un cambio significativo en el tiempo, hay que tomarlos con cautelas debido a la ausencia de grupo control.

Los datos obtenidos en este estudio van en la línea de la literatura (p.ej., Finlay-Jones et al., 2017; Krieger et al., 2016). Aunque este es un campo de investigación incipiente, distintos estudios señalan la utilidad de Internet para administrar IBC, poniendo de manifiesto la viabilidad y eficacia preliminar de este tipo de intervenciones. Por tanto, estos datos sugieren las posibilidades que ofrece Internet para cultivar la compasión *online* con resultados prometedores para el campo de la salud con una viabilidad excelente y buena valoración de esta intervención.

El principal objetivo de este proyecto ha sido logrado, generando un programa *online* basado en la compasión que podrá ser usado y explotado en distintos contextos y colectivos dentro de la plataforma psicología y tecnología del grupo de investigación *Labpsitec*. En este sentido, compañeras del grupo de investigación ya están llevando a cabo un estudio con el programa de Compasión *online* basada en la Terapia de estilos de Apego para pacientes con enfermedades crónicas

No obstante, el campo de las IBC administradas a través de Internet está en sus comienzos. La mayoría de los programas de compasión (o autocompasión) que han demostrado ser eficaces todavía no se han desarrollado en formato *online* y no contamos con muchos datos de su aplicabilidad en población general y contextos clínicos. Que nosotros sepamos no existe hasta el momento ningún estudio en población de habla hispana. Además, existen todavía pocos estudios rigurosos, con diseños controlados aleatorizados. En consecuencia, se requieren más estudios que investiguen la aplicabilidad y eficacia de las IBC autoaplicadas a través de Internet, dedicando recursos y esfuerzos a este fin.

En conclusión, en este proyecto se han derivado resultados que apoyan las hipótesis presentadas, generando conocimiento y herramientas para el avance científico en el campo de la investigación de la compasión, el uso de internet y la promoción del



bienestar. Además, se ha generado un recurso online que puede ser difundido y explotado por el grupo *Labpsitec* en futuros estudios y colaboraciones, poniendo a disposición de las personas interesadas una herramienta para potenciar la compasión y el bienestar.

El desarrollo de este proyecto supone beneficios notables tanto desde el punto de vista científico como de salud pública. En la actualidad, ya se dispone de una propuesta de intervención *online* basada en la compasión dirigida a la promoción del bienestar para población general de habla hispana, suponiendo una verdadera novedad tanto en el ámbito nacional como internacional.

Este proyecto se enmarca claramente en los objetivos y planteamientos de la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación, concretamente en el reto “4.4.1. Salud, Cambio Demográfico y Bienestar”, enlazando la pretensión de aumentar la calidad de vida de la sociedad en general y de los participantes en este estudio en particular. Es necesario introducir nuevas prácticas e innovaciones en la prestación de los servicios de salud que consigan maximizar el uso de los recursos, definir una estrategia de sostenibilidad financiera y potenciar aquellas actividades orientadas a la promoción del bienestar que, a largo plazo, permitan una extensión de la cultura de la salud y, por tanto, una disminución de la carga de la enfermedad sobre el conjunto de la sociedad.

El objetivo de este proyecto también estaría en la línea de lo que plantea la *New Freedom Commission on Mental Health*, celebrada en 2003, que subraya la necesidad de profundizar en el desarrollo de las TICs en el ámbito de la salud con el objetivo de proporcionar ayuda a un gran número de personas que no pueden acceder a los profesionales de la salud mental. Concretamente, la comisión afirma que probablemente el avance más importante del siglo XXI en este ámbito será la aplicación de las TICs al cuidado de la salud, ya que proporcionan los medios para superar distancias geográficas que, a menudo, imposibilitan el acceso a dicho cuidado. Estas tecnologías ofrecen herramientas poderosas para mejorar el acceso al cuidado de la salud mental en áreas con pocos recursos, remotas y rurales. Con todo esto, se trata de perseguir el reto de recudir la carga generada por los trastornos mentales, promocionando la salud mental a través del bienestar.



## 5. GASTOS

A continuación, se detallan los gastos que se han cubierto con la ayuda otorgada.

Concepto	Coste
Imagen para artículo publicado en JMIR Research Protocols	8,53
Inscripción congreso Psiquiatría Online	99
Gasto de edición publicación protocolo en JMIR Research Protocols	168,581
Inscripción V congreso Nacional de Psicología	70
<b>Total</b>	<b>346,111</b>

Hasta la fecha, se han gastado 346,111€ de la dotación recibida hasta el momento (750€). Con el remante de 403,889€ y el 25% de la ayuda restante (250€), que hacen un total de 653,889 se presente cubrir parte de la publicación en open Access a una revista internacional indexada en JCR que esté posicionada en Q1 dentro de su categoría.

### Figura 5

*Imagen comprada para publicarse en la web de JMIR Research Protocol*



## BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE

- Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 157–179.
- Bangor, A., Kortum, P.T., Miller, J.T. An empirical evaluation of the system usability scale. *Int J Hum-Comput Int.* 2008;24(6):574–594.
- Brooke J. *SUS: a “quick and dirty” usability scale*. In: Jordan PW, Thomas B, Weerdmeester BA, McClelland IL, editors. *Usability Evaluation in Industry*. London, UK: Taylor & Francis; 1996:189–194.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., Hedman-Lagerlöf, E., 2018. Internetbased vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cogn. Behav. Ther.* 47 (1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>.
- Campos D, Navarro-Gil M, Herrera-Mercadal P, Martínez-García L, Cebolla A, Borao L, López-Del-Hoyo Y, Castilla D, del Río E, García-Campayo J, Quero S. Feasibility of the Internet Attachment–Based Compassion Therapy in the General Population: Protocol for an Open-Label Uncontrolled Pilot Trial *JMIR Res Protoc* 2020;9(8):e16717 URL: <https://www.researchprotocols.org/2020/8/e16717> DOI: 10.2196/16717
- Cebolla, A., García-Campayo, J., y Demarzo, M. (2014). *Mindfulness y ciencia*. Alianza Editorial.
- Finlay-Jones, A., Kane, R., y Rees, C. (2017). Self-Compassion Online: A Pilot Study of an Internet-Based Self-Compassion Cultivation Program for Psychology Trainees. *Journal of clinical psychology*, 73(7), 797-816.
- García-Campayo, J., Cebolla, A., y Demarzo, M. M. (2016). *La ciencia de la compasión*. Alianza Editorial.
- Goetz, J. L., Keltner, D., y Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological bulletin*, 136(3), 351.
- Kirby, J. N. (2016). Compassion interventions: the programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 432-455.
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., y Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior therapy*, 48(6), 778.

Krieger, T., Martig, D. S., van den Brink, E., y Berger, T. (2016). Working on self-

<b>Medidas</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Momento de evaluación</b>	<b>Fuente de evaluación</b>
Entrevista de screening	Admisión/exclusión	Pre	Teléfono
Datos sociodemográficos	Género, edad, nivel educativo, ocupación, estado civil.	Pre	Teléfono
Entrevista estructurada MINI	Diagnóstico	Pre	Teléfono
Datos sobre la experiencia y la práctica de la meditación	Frecuencia, experiencia, tiempo dedicado, etc. sobre la meditación, incluyendo distintos tipos de meditación	Pre	Teléfono
PHI	Bienestar general	Pre, post y sg3m	web
SCS-26	Auto-compasión	Pre, post y sg3m	web
Escala de compasión	Compasión	Pre, post y sg3m	web
FSCRS-SF	Auto-crítica, auto-ataque y capacidad de calmarse/apaciguarse	Pre, post y sg3m	web
FFMQ-15	Mindfulness rasgo	Pre, post y sg3m	web
Cuestionario de relación	Estilos de apego en adultos	Pre, post y sg3m	web
GHQ-12	Salud general. Permite, además, la evaluación de medidas de coste-efectividad y coste-utilidad.	Pre, post y sg3m	web
NAS-7	Desapego del yo	Pre, post y sg3m	web
iPANAS-10-SF	Afecto positivo y negativo	Pre, entre módulos, post y sg3m	web
PIL-10	Propósito en la vida	Pre, post y sg3m	web
Calidad de la práctica de compasión	Evaluar la calidad de la práctica (dificultad/facilidad) de la meditación de compasión	Entre módulos, post y sg3m	Web
Cuestionario de Expectativas y Satisfacción	Expectativas y satisfacción con la intervención	Pre y post	Web
CUA	Aceptabilidad y usabilidad de la intervención y el sistema web	Post	web
Entrevista cualitativa de opinión	Opinión sobre distintos componentes de la intervención online así como efectos negativos o no esperados	Post	Teléfono
Medidas de adherencia	Tasa de abandono, retención, etc.	Post	Web

compassion online: A proof of concept and feasibility study. *Internet Interventions*, 6, 64-70.

Anexo I. Medidas del estudio, momento de evaluación y fuente de evaluación.




Anexo II. Contenidos finales de la Terapia de Compasión basada en estilos de apego en formato autoaplicado.

Módulos	Contenido teórico	Prácticas formales	Prácticas informales
<b>0. Conociendo la Terapia de Compasión basada en los Estilos de Apego</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qué es compasión</li> <li>- Contextos de aplicación</li> <li>- Terapia de Compasión basada en los Estilos de apego: Explicación y estructura</li> <li>- Uso de la meditación en la compasión: Práctica formal e informal</li> <li>- Consejos generales sobre la práctica de la meditación</li> <li>- La importancia de la progresividad en compasión y las tareas para casa</li> </ul>		- Práctica de los 3 minutos compasiva
<b>1. Preparándonos para la compasión: La atención amable.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El funcionamiento de nuestro cerebro</li> <li>- La realidad del sufrimiento: sufrimiento primario y secundario</li> <li>- Que no es compasión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiración compasiva y body scan compasivo</li> <li>- Afrontamiento compasivo ante las dificultades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diario de la autocompasión</li> <li>- Saborear y agradecer</li> </ul>
<b>2. Descubriendo nuestro mundo compasivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profundizar en el concepto de compasión y mindfulness</li> <li>- Compasión y conceptos relacionados</li> <li>- Miedo a la compasión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conectar con el afecto básico</li> <li>- Desarrollar un lugar seguro</li> <li>- El gesto compasivo y las frases compasivas</li> <li>- Identificar la figura de apego seguro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El objeto que te une al mundo</li> <li>- Diario de la práctica de compasión</li> <li>- ¿En qué eres bueno/a?</li> </ul>
<b>3. Desarrollando nuestro mundo compasivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como actúa la compasión</li> <li>- La figura de apego</li> <li>- Eficacia de la compasión</li> <li>- La autocrítica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar la figura de apego seguro</li> <li>- Desarrollar la voz compasiva</li> </ul>	-Escribir una carta a la figura de apego
<b>4. Entendiendo nuestra relación con la compasión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bases biológicas de la compasión</li> <li>- Modelos de apego</li> <li>- La importancia de los modelos de apego en la vida diaria.</li> <li>- La culpa</li> <li>- La relación con los padres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar conciencia de nuestro modelo de apego</li> <li>- Capacidad de recibir afecto: amigo, indiferente, enemigo</li> <li>- Reparar la culpa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Carta a los padres</li> <li>- Observar cómo se manifiesta el modelo de apego en la vida diaria</li> </ul>
<b>5. Trabajando sobre nosotros mismos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia del afecto hacia nosotros mismos y hacia los demás</li> <li>- La vergüenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar afecto a amigos e indiferentes</li> <li>- Darnos afecto a nosotros mismos</li> <li>- Reparar la vergüenza</li> <li>- La reconciliación con nuestros padres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mayor muestra de afecto (en general y de nuestros padres)</li> <li>-Tres aspectos positivos y tres negativos de nuestros padres (ejercicio)</li> </ul>
<b>6. Comprendiendo la importancia del perdón.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El concepto del perdón</li> <li>- Fases del perdón</li> <li>- Utilidad del perdón</li> <li>- Resistencias básicas para generar perdón</li> <li>- Recursos a emplear para generar perdón</li> <li>- La recapitulación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdonarse a uno mismo</li> <li>- Pedir perdón a otros</li> <li>- Perdonar a otros y dar compasión a los enemigos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La interdependencia</li> <li>- Compasión en la vida diaria</li> </ul>
<b>7. Consolidando la práctica de la compasión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar en tres períodos</li> <li>- Envidia</li> <li>- Utilidad de ser nuestra figura de apego</li> <li>- Las relaciones difíciles</li> <li>- Cómo mantener la práctica de compasión a lo largo de la vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar con la envidia y desarrollar la alegría por el éxito ajeno</li> <li>- Convertirnos en nuestra propia figura de apego</li> <li>- Manejo de las relaciones difíciles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No tomarse nada personalmente</li> <li>- Nuestros valores y su relación con la compasión</li> <li>- Ejercicio 1 y reflexión final: ¿cómo sería nuestra vida si volviésemos a empezar?</li> </ul>


## ESTUDIO ONLINE GRATUITO

# ¿Quieres realizar una Intervención de compasión para el bienestar a través de Internet?



“Desarrollando la amabilidad y el cuidado hacia uno mismo y hacia los demás”

Si quieres participar, contacta con nosotros: [compasiononline@gmail.com](mailto:compasiononline@gmail.com) (976506578)  
(Investigador responsable: Dr. Daniel Campos)



---

### ¿En qué consiste el estudio?

- 1º Te pediremos que completes una evaluación telefónica.
- 2º Realizarás una intervención basada en la compasión a través de Internet (entre 8 y 10 semanas).
- 3º Al finalizar, completarás de nuevo una evaluación telefónica y un seguimiento a los 3 meses.

### Requisitos

- Ser mayor de 18 años.
- Tener acceso a Internet y dirección de email.
- No tener diagnóstico de trastorno mental ni estar recibiendo tratamiento psicológico.
- Dirigido a personas **con experiencia y sin experiencia** en meditación.

