

**Eficacia de una intervención basada en mindfulness y
compasión en psicoterapeutas y sus pacientes:
Beneficios en empatía,
vínculo terapéutico y sintomatología**

Elena Garrote Caparrós

**Miguel Bellosta Batalla
Ausiàs Cebolla
Luis Moya Albiol**



**VNIVERSITAT
D VALÈNCIA**

Psicología Clínica y de la Salud

**Eficacia de una intervención basada en mindfulness y
compasión en psicoterapeutas y sus pacientes:
Beneficios en empatía, vínculo terapéutico y sintomatología**

Tesis doctoral realizada por la alumna
Elena Garrote Caparrós

Bajo la supervisión de los doctores
Ausiàs Cebolla i Martí
Miguel Bellosta Batalla
Luis Moya Albiol



Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA [Ψ] Facultat de Psicologia

El Dr. Ausiàs Cebolla i Martí (Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universitat de València), el Dr. Miguel Bellosta Batalla, y el Dr. Luis Moya Albiol (Departamento de Psicobiología de la Universitat de València)

INFORMAN

Que han supervisado la tesis doctoral realizada por Elena Garrote Caparrós:

**Eficacia de una intervención basada en mindfulness y compasión
en psicoterapeutas y sus pacientes:
Beneficios en empatía, vínculo terapéutico y sintomatología**

Y consideran que es apta para su lectura y defensa pública, optando al grado de:

Doctora en Psicología Clínica y de la Salud por la Universitat de València

Y para que así conste, firman la presente en Valencia, a 26 de Abril de 2022

Dr. Ausiàs Cebolla

Dr. Miguel Bellosta Batalla

Dr. Luis Moya Albiol

No es la teoría la que debe guiar la psicoterapia,
sino la relación entre terapeuta y paciente

Irvin D. Yalom

Agradecimientos

Agradecimientos

Gracias a Miguel Bellosta Batalla por su incondicional ayuda e implicación a lo largo de estos años. Gracias por acogerme y acompañarme desde el primer día hasta el último. Por tu valor humano y tu perfección inspiradora, que me han guiado hasta la finalización de este gran proyecto.

Gracias a Ausiàs Cebolla por su ayuda, su interés y su pasión depositados en este proyecto. Trabajar contigo me ha hecho aprender y formarme, tanto en el área de investigación como en mindfulness y compasión, ampliando mi visión y aportándome grandes beneficios personales y profesionales. Gracias por tu apoyo, comprensión y paciencia.

Gracias a Luis Moya Albiol por darme la oportunidad de empezar este gran reto, abrirme las puertas y confiar en mí para comenzar este camino.

Gracias a Pepa Pérez Blasco, por mostrarme este bonito y profundo mundo de la meditación, por enseñarme y por implicarse en este proyecto de una forma tan generosa y desinteresada.

Gracias a los/las compañeros/as de doctorado de psicobiología y de personalidad, por acogerme desde el primer día con los brazos abiertos, y tratarme con tanta amabilidad y respeto.

A mis padres, por apoyarme en cada paso que he dado en esta vida. Gracias a vosotros he podido desarrollarme y avanzar en lo que siempre quise. Habéis creído en mí y en mis sueños e inquietudes, un gracias se queda pequeño ante esto. Gracias por facilitarme cada paso en el camino, por ayudarme con todo vuestro amor y recursos cuando lo he necesitado. Sin vuestras enseñanzas y valores nunca habría llegado hasta aquí. Sigo aprendiendo a vuestro lado.

Gracias a mi hermana Paula por su generosidad, su ayuda y su enorme bondad. Crecer a tu lado me ha hecho aprender y mejorar, y sigue haciéndolo. Me siento orgullosa de ti y de nosotras.

A mis abuelos, que me acompañaron hasta la mitad de este viaje. Por todo vuestro amor, cuidado y apoyo, siempre os estaré agradecida.

Gracias a Javi por acompañarme cada día en esta aventura. Gracias por aguantar mis estreses y alimentar mis ilusiones, por apoyarme y enseñarme a ver la vida con mayor claridad. Gracias por tu amor, por tu empeño y capacidad de hacerme sonreír y reír siempre que lo he necesitado. Sigo creciendo a tu lado, aprendiendo en cada paso del camino. Gracias porque tu apoyo ha sido inconmensurable, sin ti esto no habría sido posible.

Gracias a Trufa por sacarme una sonrisa cada uno de los días, sin excepción.

Gracias a los *prim*s por todos estos años compartiendo tantas experiencias, creciendo con vosotros. Gracias por proporcionarme tantos buenos momentos, risas, y apoyo cuando no hubieron risas. Desde que llegasteis a mi vida habéis iluminado mis días. Gracias por

abrirme los brazos a esta bonita amistad, que sigue creciendo y madurando.

Gracias a los *Tosicos Mocsados* por tantos momentos y experiencias bonitas. Empezamos este camino juntos/as, y vuestro interés y pasión por la psicología me han enseñado y motivado desde que aparecisteis allá por el 2009/2010. Gracias por vuestra genuinidad, por vuestro cariño, por todas las risas, las aventuras, los viajes, las *movidas*... pero sobretodo gracias por vuestra comprensión, vuestra capacidad de escucha y vuestra maravillosa locura.

Finalmente, gracias a todos/as los/as participantes de esta investigación. Habéis sido imprescindibles en este proyecto, sentados en nuestras esterillas me habéis enseñado mucho, tanto en lo profesional como en lo personal. Gracias por abriros a esta experiencia y compartirla con tanta autenticidad.

Elena Garrote Caparrós

ÍNDICE

Abreviaturas	17
Tablas y Figuras	21
Resumen/Abstract	25
1. Introducción general	31
1.1. Empatía y alianza terapéutica en psicoterapia	37
1.2. Relación de la empatía y el vínculo terapéutico con los resultados de la psicoterapia.....	41
1.3. Evaluación de los pacientes en el proceso y resultados de la psicoterapia	42
1.4. Formación de los psicoterapeutas	44
1.5. Intervenciones basadas en mindfulness y compasión en la formación de los psicoterapeutas	49
1.6. Investigación sobre las intervenciones basadas en mindfulness y compasión en psicoterapeutas.....	54
1.7. Objetivos e hipótesis de estudio.....	55
2. Artículo 1	84
Efectividad de las intervenciones basadas en mindfulness en los procesos psicoterapéuticos: una revisión sistemática	
3. Artículo 2	145
Eficacia de una intervención basada en mindfulness y compasión en psicoterapeutas y sus pacientes: empatía, sintomatología y mecanismos de cambio en un ensayo controlado aleatorizado	

4. Discusión general	190
4.1. Implicaciones en la formación y práctica en psicoterapia	200
4.2. Intervenciones basadas en mindfulness y compasión en la formación de los psicoterapeutas	203
4.3. Limitaciones generales	205
4.3. Líneas futuras de investigación.....	208
5. Conclusiones	225
Anexos y material suplementario	229

Abreviaturas

Abreviaturas

Análisis estadísticos

ANCOVA = Análisis de la covarianza

ANOVA = Análisis de la varianza

MSEM = Modelo de ecuaciones estructurales multinivel

SEM = Modelo de ecuaciones estructurales

MLR = Máxima verosimilitud robusta

EM = Maximización de expectativas

ICC = Coeficiente de correlación inter-clase

CFI = Índice de ajuste comparativo

TLI = Índice de Tucker-Lewis

RMSEA = Aproximación al error cuadrático medio

SRMR = Raíz del residuo cuadrático medio estandarizado

Grupos de la investigación

Grupo MC = Grupo Intervención en Mindfulness y Compasión

Grupo DE = Grupo Diario de Empatía

Instrumentos y variables evaluadas

EUS = Empathic Understanding Scale

MITQ = Mindfulness in Therapy Questionnaire

PMS-S = Psychotherapeutic Mindfulness Skills-Scale

WATOCI = Working Alliance Theory of Change Questionnaire

BSI-18 = Brief Symptomatology Index

Intervenciones basadas en mindfulness y/o compasión

IBC = Intervenciones basadas en compasión

IBM = Intervenciones basadas en mindfulness

IBMC = Intervenciones basadas en mindfulness y compasión

Tablas y Figuras

Tablas y Figuras

Tablas incluidas

Tabla 1. Relaciones terapéuticas basadas en la evidencia

Tabla 2. Modelo contextual de factores comunes en psicoterapia

Tabla 3. Búsqueda bibliográfica

Tabla 4. Estudios incluidos en la revisión sistemática que aplican una IBM

Tabla 5. Riesgo de sesgo de los estudios pre-post

Tabla 6. Intervención basada en mindfulness y compasión (IBMC)

Tabla 7. Resumen de Medias y Desviaciones Estándar en los diferentes grupos antes, después de la intervención y en el seguimiento

Figuras incluidas

Figura 1. Modelo de práctica personal

Figura 2. Diagrama del modelo propuesto sobre los mecanismos de cambio

Figura 3. Diagrama de flujo de la selección de los estudios

Figura 4. Gráfico del riesgo de sesgo de los ECA

Figura 5. Diagrama de flujo del ECA del grupo MC y el grupo DE

Figura 6. Modelo de estimación en los mecanismos de cambio de una IBMC en psicoterapeutas y sus pacientes

Resumen / Abstract

Resumen

Esta tesis doctoral surge del interés en investigar si la práctica de mindfulness y compasión puede favorecer habilidades que son esenciales en el trabajo de los psicoterapeutas. Se incluye un primer estudio en el que se realizó una revisión sistemática de la investigación actual sobre las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) aplicadas a psicoterapeutas, y su influencia en la empatía, la alianza terapéutica y la sintomatología de los pacientes. Se concluye que la evidencia se limita a los beneficios de las IBM sobre la empatía autoinformada. En un segundo estudio, se analizan los beneficios de una intervención basada en mindfulness y compasión (IBMC) en psicoterapeutas, y sus efectos sobre las habilidades terapéuticas mindfulness, la empatía autoinformada y evaluada por sus pacientes, el vínculo terapéutico y la sintomatología. Encontramos un aumento en la empatía autoinformada en la evaluación de seguimiento. Además, se observaron mejoras en la empatía percibida por los pacientes y en el vínculo terapéutico tras la IBMC. Igualmente, se encontraron mejoras en la sintomatología al finalizar la IBMC y en el seguimiento. Se presenta un modelo de ecuaciones estructurales multinivel (MSEM), en el que se observa que la mejora en las habilidades terapéuticas mindfulness influye en el aumento en la empatía autoinformada. Así mismo, el aumento en la empatía percibida por los pacientes se relaciona con mejoras en el vínculo terapéutico y en su sintomatología. Estos resultados sugieren que las IBMCs mejoran la forma en la que los psicoterapeutas se relacionan con sus pacientes, mejorando los resultados de sus intervenciones. Se subrayan las ventajas de introducir las IBMCs en la formación de los psicoterapeutas para el entrenamiento de los principales factores relacionados con la efectividad de la psicoterapia.

Abstract

This doctoral thesis arises from the interest in investigating whether the practice of mindfulness and compassion can promote skills that are essential in the work of psychotherapists. A first study is included in which a systematic review of current research on mindfulness-based interventions (MBI) applied to psychotherapists, and its influence on empathy, therapeutic alliance and patient symptomatology, was carried out. It is concluded that the evidence is limited to the benefits of MBI on self-reported empathy. In a second study, the benefits of a mindfulness and compassion-based intervention (MCBI) in psychotherapists are analyzed, and its effects on mindfulness therapeutic skills, self-reported empathy and the empathy evaluated by their patients, the therapeutic bond and symptomatology. We found an increase in self-reported empathy at the follow-up assessment. In addition, improvements in empathy perceived by patients and in the therapeutic bond were observed after MCBI. Similarly, improvements were found in patients' symptomatology at the end of the MCBI and at follow-up. A multilevel structural equation model (MSEM) is presented, in which it is observed that the improvement in mindfulness therapeutic skills influences the increase in self-reported empathy. Likewise, the increase in empathy perceived by patients is related to improvements in the therapeutic bond and in their symptomatology. These results suggest that MCBI improve the way psychotherapists relate to their patients, improving the results of their interventions. The advantages of introducing the MCBI in the training of psychotherapists for the training of the main factors related to the effectiveness of psychotherapy are highlighted.

1. Introducción general

Introducción general

La psicoterapia es un proceso interpersonal en el que psicoterapeuta y paciente trabajan juntos para una gestión saludable de la experiencia de este último, buscando una mejora sustancial en su vida (Levitt et al., 2016; Roth y Fonagy, 2005). En su práctica, se busca el entendimiento de la experiencia del paciente y el uso intencional de métodos clínicos e interpersonales, interviniendo sobre su cognición, emociones y comportamiento en la dirección que lo precise (Prochaska y Norcross, 2003). La práctica psicoterapéutica se ha definido también como una colaboración mutua en la que se promueve un funcionamiento más adaptativo en la vida del paciente, el afrontamiento de las situaciones complejas a las que se enfrenta, y el alivio de su sintomatología (APA, 2017). En este sentido, es especialmente importante la capacidad de los psicoterapeutas para establecer un tratamiento individualizado, flexible y adaptado a cada paciente, de forma que ambos puedan trabajar conjuntamente para obtener mejores resultados (Wampold y Immel, 2015).

En esta misma línea, el equipo de trabajo de Norcross y Lambert (2011) realizó una revisión de la investigación existente, subrayando la importancia de identificar y analizar los tratamientos basados en la evidencia (TBE), con el fin de determinar si existen tratamientos psicoterapéuticos que promuevan mejores resultados. A día de hoy, son muchos los estudios que respaldan la eficacia de los TBE (Chen et al., 2020; Keum y Wang, 2020), y se ha realizado un importante esfuerzo por determinar cuáles son los fenómenos o procesos que hacen efectivo el trabajo psicoterapéutico.

Dentro de la investigación en TBE, los autores destacaron el estudio de las prácticas basadas en la evidencia (PBE), por un lado, y de las relaciones basadas en la evidencia (RBE), por otro. En primer lugar, las PBE han sido definidas como la recopilación de los mejores conocimientos y prácticas clínicas que se ponen en marcha en función de las características, la cultura y las prioridades de cada paciente (APA, 2006). El estudio de las PBE se centró en determinar cuáles eran las prácticas o intervenciones concretas que podía poner en juego el psicoterapeuta con el fin de disminuir la sintomatología de sus pacientes (Botella, 2009). En segundo lugar, las relaciones basadas en la evidencia (RBE) se definen como los sentimientos compartidos entre el psicoterapeuta y el paciente, y la expresión de los mismos en el contexto de las sesiones de psicoterapia (Gelso y Hayes, 1998). En la investigación sobre las RBE, se llevó cabo una compilación de los diferentes elementos que entran en juego en la relación terapéutica, ofreciendo un análisis sobre la evaluación de cada uno de estos factores en la investigación actual (Tabla 1).

Tabla 1. Relaciones terapéuticas basadas en la evidencia (Norcross y Wampold, 2011)

Elementos de la Relación Terapéutica	
Eficacia demostrada	Alianza en psicoterapia individual Alianza en psicoterapia infantil y adolescente Alianza en psicoterapia de pareja y familia Cohesión en psicoterapia de grupo Empatía Recogida del feedback del paciente
Probablemente eficaz	Consenso en los objetivos Colaboración Consideración positiva
Prometedor pero insuficiente	Congruencia/ autenticidad
Investigación por ampliar	Reparación de las rupturas en alianza Manejo de las contratransferencias

La evidencia hasta ahora, tanto desde el marco de la investigación como de la experiencia clínica, sugiere que la efectividad de las RBE surge de una compleja interacción entre la relación interpersonal y los métodos utilizados, entendidos también como actos relacionales (Safran y Muran, 2000). En este sentido, se han identificado dos grandes ejes para lograr el cambio terapéutico, distinguiendo entre factores específicos y factores comunes en psicoterapia. Por un lado, los factores específicos corresponden a los

aspectos centrados en las técnicas utilizadas por el psicoterapeuta, como el tipo de tratamiento o enfoque psicoterapéutico, y la capacidad del psicoterapeuta para su puesta en práctica. Por otro lado, los factores comunes son aquellos que se activan en todos los enfoques psicoterapéuticos (Brintzinger et al., 2021), destacando una serie de habilidades interpersonales correspondientes al psicoterapeuta como la empatía, la calidez o la confianza, los cuales producen un efecto mayor en los resultados que el obtenido por el uso de los diferentes métodos o técnicas de tratamiento particulares (Norcross y Lambert, 2018).

Estas habilidades interpersonales del psicoterapeuta tienen un papel clave en la creación de una relación auténtica, entendida como la base sobre la que se establece el éxito psicoterapéutico. En esta línea, destaca el trabajo de Wampold y Imel (2015), en el que se propone un modelo sobre los principales mecanismos del cambio psicoterapéutico llamado “modelo contextual de psicoterapia”. En este modelo la relación auténtica es creada a través de la confidencialidad, el consenso en los objetivos del tratamiento y la colaboración mutua en las sesiones de psicoterapia. Además, destacan aspectos como la creación de expectativas positivas, que hace referencia al entendimiento del problema del paciente y a su modelo de cambio. Esta parte del proceso se centra en la explicación de las conductas y creencias que son adaptativas para su vida, con el fin de lograr una participación activa en las tareas psicoterapéuticas y aumentar las expectativas del paciente sobre su capacidad para el cambio. Por último, se hace hincapié en la realización de actos saludables y adaptativos en sus relaciones interpersonales, subrayando su implicación en las diferentes relaciones que el paciente establece en su entorno, o la expresión de sus

necesidades y emociones para lograr el bienestar (Wampold y Imel, 2015).

Tabla 2. Modelo contextual de factores comunes en psicoterapia (Wampold y Imel, 2015)

Tratamientos basados en la Evidencia (TBE)

Factores Comunes en Psicoterapia	Elementos Relacionados
Alianza terapéutica	Vínculo/ colaboración Consenso en objetivos
Empatía	Consideración positiva Congruencia/ autenticidad
Expectativas	Explicación del problema Justificación tratamiento Participación acciones psicoterapéuticas
Adaptación cultural de los TBE	Adaptación Aceptación de creencias
Efectos del psicoterapeuta	Habilidades interpersonales Expresión emocional Participación/ Implicación

1.1 Empatía y alianza terapéutica en psicoterapia

Entre los factores comunes, destaca como una variable indispensable la empatía de los psicoterapeutas, siendo esencial en la relación que establecen con sus pacientes (Watson et al., 2014). La

empatía ha sido conceptualizada a través de dos componentes fundamentales que surgen en la interacción con los demás. En primer lugar, consta de un componente cognitivo por el cual el psicoterapeuta es capaz de adoptar la perspectiva de sus pacientes a través de una consideración positiva de su experiencia, pudiendo distinguir entre las propias emociones y experiencias, y las de los pacientes (Decety y Jackson, 2004). En segundo lugar, supone un intercambio afectivo a través del cual se logra conectar con las emociones ajenas.

Por tanto, la empatía es la habilidad interpersonal a través de la cual podemos comprender los sentimientos, experiencias y motivaciones de otros, logrando además la sintonización con sus emociones (Coutinho et al., 2014; Elliott et al., 2018). En este proceso de sintonización, es esencial para el psicoterapeuta mantener una postura centrada en el paciente, evitando la fusión emocional que llevaría a la simpatía (Decety et al., 2008; de Vignemont, 2009). Entendemos la simpatía como una respuesta afectiva en la que no se diferencia entre las propias emociones y las ajenas, llevando a una fusión con el estado interno del otro (Moya-Albiol, 2018). En la relación psicoterapéutica, este fenómeno implicaría el contagio de las emociones del paciente e impediría un verdadero entendimiento (Johnson y Walsh, 2021). Además, esta fusión emocional podría conducir a los psicoterapeutas a experimentar angustia empática, lo que limitaría su capacidad para ayudarle desde un acercamiento saludable a sus vivencias (Klimecki y Singer, 2012).

En la investigación sobre psicoterapia, el estudio de la empatía se ha centrado tradicionalmente en determinar qué conductas del psicoterapeuta afectaban al modo en que los pacientes se relacionan con ellos mismos y con los demás (Watson et al., 2020). Desde esta

perspectiva, el valor terapéutico de la empatía residía en la capacidad del psicoterapeuta para comprender y reflejar la experiencia de los pacientes, permitiéndoles adoptar una nueva visión de su experiencia (Stacey y Monk, 2005). Sin embargo, no se han identificado técnicas o conductas concretas que los pacientes reconozcan como empáticas (Elliott et al., 2018). Esto sugiere que la experiencia del paciente contribuye activamente a los resultados, a través de la creación conjunta de la empatía (MacFarlane et al., 2017). Por este motivo, en los últimos años la empatía se ha reconceptualizado como una variable interpersonal e intersubjetiva que surge y se desarrolla en relación con otros (Elliott et al., 2018).

A través de la empatía, se facilita el entendimiento de las emociones y la experiencia del paciente, así como sus intenciones, metas y valores, generando una mejor alianza terapéutica (Watson, 2002). La alianza terapéutica se refiere a la calidad y la fortaleza de la relación establecida entre psicoterapeuta y paciente, abordando los aspectos afectivos y cognitivos de esta relación (Horvath y Bedi, 2002). Tradicionalmente, se ha definido como el establecimiento de un vínculo entre psicoterapeuta y paciente, y el consenso en las tareas y las metas terapéuticas (Bordin, 1979). Para lograr una alianza terapéutica fuerte es necesaria la colaboración tanto del psicoterapeuta como del paciente durante las sesiones de psicoterapia (Flückiger et al., 2018). En este sentido, algunos autores han argumentado que el cambio terapéutico solo puede ocurrir cuando el psicoterapeuta y el paciente crean una relación genuina de trabajo conjunto (Gelso y Carter, 1994). Al establecer esta relación, el paciente estará capacitado para asumir sus emociones, experimentando cambios en su realidad y sus vivencias (Tatum y Vera, 2020).

Entre los diferentes factores que se incluyen en la alianza, destaca como un elemento clave el establecimiento de un vínculo seguro. El vínculo terapéutico se ha definido como la colaboración que surge entre el psicoterapeuta y sus pacientes (Flückiger et al., 2018), implicando una relación de trabajo conjunto que no se limita únicamente a establecer los objetivos terapéuticos (Tryon et al., 2018). Otros autores definen el vínculo terapéutico como la colaboración psicoterapéutica, experimentada como una relación respetuosa, de confianza y cooperativa (Kazantzis y Kellis, 2012). En este sentido, psicoterapeuta y paciente colaboran a lo largo de las sesiones de psicoterapia para lograr mejoras en la vida del paciente (Berdonini et al., 2012; Dattilio y Hanna, 2012; Wiseman et al., 2012). En la investigación, encontramos una gran variedad de estudios que ponen de manifiesto las altas correlaciones que existen entre el vínculo terapéutico y la empatía, lo que incluso ha puesto en duda si la empatía realmente es una construcción separada del vínculo o una expresión de éste (Horvath, 2017). La mayoría de autores evidencian que la empatía es un concepto distinto y que debe ser medido de forma independiente para comprender en profundidad todos estos procesos que confluyen (DeGeorge et al., 2008). Teniendo en cuenta lo anterior, algunos autores han señalado que la empatía no es necesaria ni suficiente para el éxito del tratamiento y, por tanto, la relación entre la empatía y los resultados terapéuticos podría estar mediada por el establecimiento del vínculo terapéutico (Castonguay y Beutler, 2006; Norcross, 2002; Watson y Geller, 2005).

1.2 Relación de la empatía y el vínculo terapéutico con los resultados de la psicoterapia

La evaluación de la empatía en investigación ha resultado compleja debido a la gran variedad de enfoques y definiciones propuestos para su comprensión (Stacey y Monk, 2005), lo que ha derivado en la existencia de un gran número de instrumentos distintos para su evaluación (Hall y Schwartz, 2019). En este sentido, algunos psicoterapeutas han concebido la empatía como una simple actitud de apoyo y una presencia amable (Bohart y Greenberg, 1997), mientras que para otros supone, además, una habilidad central para conseguir el cambio terapéutico (Corey, 2013). Debido a esto, diferentes psicoterapeutas pueden estimar el valor de unas características por encima de otras, percibiéndose a sí mismos como más o menos empáticos en función de las conductas que consideren más importantes y relacionadas con esta habilidad. Igualmente, la consideración de la empatía como una característica deseable en los psicoterapeutas, podría llevarles a incurrir en un sesgo en su medición, sobreestimando su capacidad para ser empáticos (Vachon y Lynam, 2015). A pesar de las dificultades para su medición, el estudio de la empatía como variable central en psicoterapia ha estado siempre presente en la investigación. Algunos autores sugieren que la empatía podría predecir mejor las formas inespecíficas de cambio -como la mejora global o la satisfacción con la psicoterapia-, que resultados más específicos y centrados en una sintomatología concreta (Greenberg et al., 2001). Sin embargo, esto último ha sido objeto de debate durante años, ya que no se ha podido demostrar si esta relación entre la empatía y los resultados psicoterapéuticos es causal o si ambas variables se retroalimentan

durante el proceso terapéutico influyendo la una en la otra (Elliott et al., 2018).

En esta misma línea, los estudios sobre psicoterapia han demostrado que la experiencia empática promueve el establecimiento del vínculo, impactando en las expectativas y la motivación de los pacientes para participar activamente en la realización de las tareas y la consecución de las metas establecidas (Angus, 2007; Westra, 2004). A lo largo de los años, son muchos los estudios que han concluido que la empatía del psicoterapeuta y el vínculo creado entre éste y sus pacientes, contribuyen de manera significativa a mejorar los resultados de la psicoterapia, por encima de las técnicas aplicadas (Bohart et al., 2002; Flückiger et al., 2020; Murphy y Cramer, 2014).

1.3 Evaluación de los pacientes en el proceso y resultados de la psicoterapia

La investigación en empatía ha estudiado cuáles son las características más valoradas por los pacientes en el establecimiento de la relación empática (Malin y Pos, 2014). Estas características se han asociado con resultados positivos, destacando la atención hacia el paciente, la comprensión, la ausencia de juicio, o la capacidad para mantenerse abierto y receptivo a sus vivencias y puntos de vista (Watson et al., 2014). Además, la evaluación de la percepción de los pacientes supone un cambio en el paradigma de la investigación hasta el momento, enfatizando su contribución a los cambios terapéuticos, y no solo la del psicoterapeuta en su rol de experto (Macfarlane et al., 2017). En la actualidad, numerosos estudios han recogido las percepciones del paciente sobre esta variable, aportando una visión externa a la del psicoterapeuta, y evitando los posibles sesgos asociados

con la evaluación de las propias capacidades (Vachon y Lynam, 2015). Además, existe una amplia evidencia sobre el valor predictivo de las evaluaciones de los pacientes, asociándose con los resultados de la psicoterapia en mayor medida que las de los psicoterapeutas (Elliott et al., 2011). En este sentido, algunos estudios apuntan a que la percepción mutua de una empatía compartida entre ambos, se relaciona en mayor medida con los resultados terapéuticos (Murphy y Cramer, 2014).

Por otro lado, la evaluación del vínculo terapéutico se ha realizado tanto desde la percepción de los psicoterapeutas como la de los pacientes. En este sentido, diversos estudios han encontrado asociaciones moderadas pero consistentes en las percepciones de los pacientes y de los psicoterapeutas sobre el vínculo (Flückiger et al., 2018; Horvath et al., 2011; Martin et al., 2000). Sin embargo, en estos estudios se observó que los psicoterapeutas realizaron, en promedio, calificaciones más bajas que sus pacientes en el vínculo terapéutico. Esta diferencia apoya la idea encontrada en otras variables terapéuticas de que los psicoterapeutas y los pacientes pueden tener percepciones diferentes de la relación que surge entre ambos, debido tanto a sus experiencias previas como a los diferentes roles asumidos en el proceso terapéutico (Bachelor, 2013; Hartmann et al., 2015; Tryon et al., 2007). Específicamente, algunos de estos estudios concluyeron que las calificaciones de los pacientes en el vínculo terapéutico estaban más fuertemente asociadas con la mejora de los síntomas que las calificaciones de los psicoterapeutas (Rubel et al., 2018; Zilcha-Mano et al., 2016).

En los últimos años, encontramos numerosas investigaciones que comparan el vínculo percibido por los pacientes en las diferentes sesiones de psicoterapia y su relación con los resultados

psicoterapéuticos. La mayoría de estos estudios han encontrado que mayores calificaciones en el vínculo en una sesión se asocian con una sintomatología más baja en la siguiente sesión (Falkenström et al., 2016; Kivlighan et al., 2016; Tasca y Lampard, 2012; Zilcha-Mano, et al., 2016). Otros métodos para la evaluación del vínculo han ampliado la investigación a comparaciones de un mismo paciente en diferentes puntos del tiempo, argumentando que estas comparaciones resultan más adecuadas para responder a cuestiones relacionadas con los mecanismos de cambio en psicoterapia. Este tipo de evaluación ha encontrado asociaciones más fuertes con resultados psicoterapéuticos positivos (Falkenström et al., 2014; Hoffart et al., 2013; Rubel et al., 2017; Zilcha-Mano et al., 2016).

Debido a lo anterior, situamos la empatía y el vínculo terapéutico como aspectos esenciales para el éxito psicoterapéutico, siendo especialmente importante saber adaptarse a cada paciente de forma específica, siendo flexibles y mostrando una actitud afectuosa (Tatum y Vera, 2020).

1.4. Formación de los psicoterapeutas

En la formación tradicionalmente impartida en los centros universitarios, ha destacado el estudio de diferentes procedimientos y enfoques que guían al alumno hacia una concepción mucho más técnica de la psicoterapia, dejando de abordar cuestiones relacionadas con la actitud del psicoterapeuta, la capacidad de ser consciente y gestionar sus propias emociones y cogniciones, o aspectos relacionales que pueden afectar en gran medida al proceso y los resultados psicoterapéuticos (McConaughy, 1987). En este sentido, existen una serie de estilos y actitudes que parecen ser aprendidas a través de la

vivencia de formaciones o relaciones significativas, y que pueden ser transferibles a otros tipos de relación, favoreciendo el establecimiento de vínculos efectivos (Angus et al., 2004). En este sentido, el autoaprendizaje experiencial mediante la práctica personal se ha considerado un aspecto clave del psicoterapeuta desde los inicios de la profesión. El término práctica personal hace referencia a las distintas intervenciones y técnicas enfocadas al desarrollo personal de los psicoterapeutas, y puede suponer en muchos casos una mejora sustancial en las habilidades relacionales de los mismos, y una motivación añadida para la mejora de la práctica psicoterapéutica. En su estudio, Bennett-Levy (2019) propone la existencia de cinco resultados clave que se pueden alcanzar mediante el desarrollo de la práctica personal: (1) desarrollo y bienestar personal, (2) mayor consciencia de uno mismo, (3) creencias y actitudes sobre las relaciones personales, (4) habilidades de reflexión y autoconocimiento, y (5) mejora conceptual y adquisición de habilidades técnicas (Figura 1). Este modelo trabaja desde la diferenciación, y al mismo tiempo la superposición, de los conceptos del *yo personal* y el *yo terapeuta* (Bennett-Levy y Thwaites, 2007; Bennett-Levy et al., 2009), entendiendo que ambos conceptos, si bien se experimentan y desarrollan por separado, tienen un impacto bidireccional, influyendo el uno en el otro (Beaumont et al., 2016; Răbu et al., 2016). En primer lugar, el *yo personal* hace referencia a las experiencias relacionales y las diferentes habilidades que vamos incorporando en nuestro desarrollo, y en la relación con los otros. En segundo lugar, el *yo terapeuta* se centra en habilidades adquiridas a través del aprendizaje conceptual y didáctico en formaciones específicas de psicoterapia. Este modelo plantea la existencia de un *punteo reflexivo*, a través del cual

las habilidades adquiridas por el *yo personal* en su experiencia, pasan a formar parte del *yo terapeuta* una vez que esas habilidades se han reflexionado e interiorizado (Bennett-Levy y Haarhoff, 2019). Mediante la práctica personal, el psicoterapeuta aprende a aumentar su consciencia y mejorar las habilidades para acceder a sus emociones y experiencias, facilitando la detección de posibles contratransferencias -entendidas como las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales, conscientes e inconscientes, de los psicoterapeutas hacia sus pacientes- (Al-khodair y Alrawaf, 2021; Gabbard, 2001). De este modo, mejora la comprensión sobre sus propias vivencias, diferenciándolas de las del paciente, lo que favorece el autodescubrimiento de éste último (McConaughy, 1987) y mejora la calidad del trabajo psicoterapéutico.

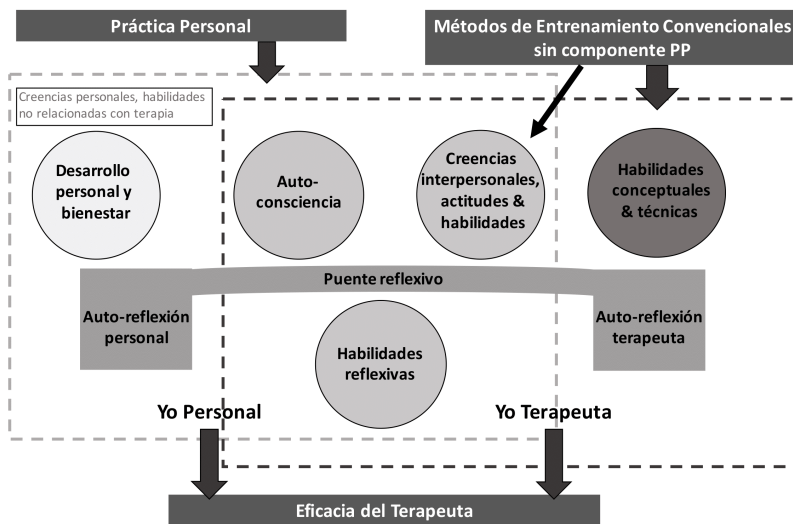


Figura 1. Modelo de práctica personal (adaptado de Bennett-Levy y Finlay-Jones, 2018)

A través del desarrollo de la consciencia, las creencias y las habilidades adquiridas con la práctica personal, se puede producir un cambio en la manera de abordar las sesiones de psicoterapia. Este abordaje psicoterapéutico hace referencia al estilo con el que el psicoterapeuta conduce las sesiones, y puede entenderse como el conjunto de características que cada psicoterapeuta aplica en las sesiones de psicoterapia, y como “las peculiaridades que llevan al psicoterapeuta a comportarse de una manera determinada en el curso de su labor profesional” (Fernández-Álvarez y García, 1998).

El estilo del psicoterapeuta se compone de una serie de dimensiones, como el tipo de instrucción (referido al establecimiento de normas, reglas y la regulación de las tareas prescritas por parte del psicoterapeuta), la expresión (entendida como la comunicación y el intercambio emocional fomentado en la relación con el paciente), el compromiso (supone el grado en el que un psicoterapeuta se siente involucrado con su trabajo y sus pacientes, dentro y fuera de las sesiones de psicoterapia), la atención (referida a la forma en la que el psicoterapeuta enfoca su atención, pudiendo mostrarse más abierto a la experiencia del paciente o tomando un papel más activo en la búsqueda de información), y aspectos instrumentales (entendidos como los niveles de directividad del psicoterapeuta, y su elección entre procedimientos planificados o espontáneos) (Fernández-Álvarez et al., 2003).

Estas diferentes formas de abordar el trabajo psicoterapéutico y relacionarse con el paciente hacen que cada proceso sea único, influyendo en la relación que establecen psicoterapeuta y paciente, pudiendo ser uno de los factores clave que determina la calidad de la psicoterapia (Luborsky et al., 1975; Sloane et al., 1975; Smith et al.,

1980). La investigación en este campo ha demostrado que los estilos en los que se fomenta un tipo de ajuste flexible, una atención abierta, y una comunicación consciente dan la oportunidad al paciente de que explore y discuta sus pensamientos y sentimientos sin sentirse juzgados (Duncan et al., 2009; Raes et al., 2016).

Para la adquisición de estos abordajes terapéuticos potenciados a través de la práctica personal, existen diferentes recursos a los que el alumno de psicoterapia puede acceder en la actualidad. Algunas orientaciones psicoterapéuticas han apostado por la asistencia a sesiones de psicoterapia desde el rol de paciente como parte de su formación (humanismo, psicoanálisis, etc.), entendiéndola como un proceso esencial en el desarrollo del futuro profesional (Chigwedere et al., 2020). Estas orientaciones entienden que, gracias al trabajo psicoterapéutico, se puede lograr un crecimiento personal en el aprendiz, y desarrollar nuevas percepciones y habilidades eficaces para la psicoterapia. Además, esta experiencia reducirá el daño de futuros pacientes ya que ayudará al estudiante a experimentar las posibles vulnerabilidades asociadas al rol de paciente, aumentará su autoconsciencia y la empatía con el paciente, y eliminará los posibles estigmas que pueda tener sobre la asistencia a psicoterapia (Edwards, 2017). A pesar de esto, los estudios realizados hasta el momento indican que, aunque la mayoría de los alumnos en universidades considera en algún momento asistir a psicoterapia como parte de su formación, solo un tercio de ellos han asistido en alguna ocasión, y menos de un tercio lo consideran esencial para su formación (Foulkes, 2003; Sathanandan y Bull, 2013).

A pesar del respaldo constante de la práctica personal por parte de algunos investigadores, la evidencia acerca de sus beneficios ha resultado difícil de alcanzar, debido a su coincidencia en el tiempo con otros tipos de formación (como talleres, lecturas, supervisión clínica). Además, su evaluación resulta especialmente compleja, ya que para demostrar su eficacia debemos contar tanto con las percepciones de los psicoterapeutas como las de sus pacientes, además de verse reflejada en mejores resultados psicoterapéuticos (Bennett-Levy, 2019).

1.5. Intervenciones basadas en mindfulness y compasión en la formación de los psicoterapeutas

Una de las formaciones experienciales que ha ganado peso los últimos años ha sido las intervenciones basadas en mindfulness y compasión (IBMC), las cuales han sido ampliamente investigadas por su efectividad en la reducción del estrés y procesos relacionados con el burnout de los profesionales, y con el aumento de la salud y el bienestar en su vida y profesión (Khoury et al., 2015; Shireen et al., 2022). En los últimos años ha aumentado la investigación sobre los efectos de las IBMCs en las aptitudes y habilidades de los psicoterapeutas (Bellosta-Batalla, 2020; Bruce et al., 2010; Gockel, 2010). Diversos autores han apoyado la implementación de estas formaciones en estudiantes de psicoterapia como un medio para promover la adquisición de competencias clínicas fundamentales, como la reflexión, la autoevaluación, el autocuidado, la formación de relaciones y el aumento de habilidades afectivas (Bruce et al., 2010; Gockel, 2010; Rodolfa et al., 2005). En este sentido, en algunos estudios se ha visto que los psicoterapeutas que realizan una IBMC declaran haber

mejorado su capacidad para estar más presentes en las sesiones de psicoterapia con sus pacientes (McCollum y Gehart, 2010).

Entendemos por mindfulness la práctica consciente de regular la atención al momento presente (Kabat-Zinn, 2003), manteniendo una actitud de curiosidad, apertura, aceptación y amabilidad (Bishop et al., 2004; Siegel, 2007). Esta práctica ha demostrado tener un efecto positivo en la regulación de la atención, la gestión de las emociones y el aumento en la sensibilidad interoceptiva, y la autoconciencia (Cebolla et al., 2018; Hölzel et al., 2011). Otros autores lo definen como un estado mental caracterizado por un aumento de la consciencia, y una actitud abierta y sin juicios hacia la experiencia (Bishop et al., 2010).

También se ha definido como el conjunto de habilidades que refleja la forma en que el psicoterapeuta se relaciona con sus vivencias momento a momento, incluyendo la capacidad de observar, describir, actuar con consciencia, no reaccionar y no juzgar la experiencia (Baer et al., 2006). El objetivo general de la práctica de mindfulness es fortalecer la capacidad de atención y permitir que los psicoterapeutas se relacionen de forma saludable con sus pensamientos, emociones y sensaciones físicas. A través de este aumento de la consciencia y de las actitudes mindfulness, se hace posible una mejor regulación emocional y gestión de la autocrítica o los procesos rumiativos (Segal et al., 2013).

Por su parte, la compasión se ha descrito como la identificación del sufrimiento ajeno, incluyendo el deseo inherente de aliviarlo (Goetz et al., 2010). En este sentido, la práctica de la compasión supone un acercamiento empático que facilita la acción compasiva y el compromiso de ayuda con el paciente (Bellosta-Batalla et al., 2019; Chierchia y Singer, 2017). A través de la compasión se logra un proceso de regulación de las emociones, que nos ayuda a reevaluar o calmar la

angustia personal cuando experimentamos el dolor o la incomodidad de otra persona, lo que permite movilizar el comportamiento de ayuda hacia el otro (Decety y Lamm, 2009; Eisenberg y Eggum, 2009). Algunos autores, han destacado su fuerte conexión con la empatía, la toma de perspectiva, el perdón y el altruismo (Birnie et al., 2010; Neff y Pommier, 2013). Además, la compasión implica acercarse a la imperfecciones propias y ajenas con amabilidad y comprensión, haciéndose consciente de que estas deficiencias forman parte de una experiencia humana compartida (Neff, 2003).

La práctica de la compasión puede proporcionar un camino seguro en el que los psicoterapeutas se involucren en mayor medida en las emociones difíciles y las conductas dolorosas del paciente, sintiéndose lo suficientemente preparados como para explorar en profundidad dicho sufrimiento (Brito et al., 2018). Cuando los psicoterapeutas son capaces de experimentar la compasión, parecen alcanzar una mayor aceptación de ellos mismos y de los pacientes. Esto permite a los pacientes expresar plenamente sus emociones y aceptar sus pensamientos y dificultades, creando un espacio de cuidado entre ellos y la experiencia dolorosa (Vivino et al., 2009).

En la investigación sobre los efectos de las IBMCs, se ha observado una relación entre estas prácticas y el desarrollo de una mayor empatía auto-percibida en psicoterapeutas (Bellosta-Batalla et al., 2020; Bohecker y Doughty Horn, 2016). Estos estudios se han llevado a cabo en la mayoría de los casos con estudiantes de psicología, y se han propuesto las IBMCs como una valiosa herramienta para incluir en la formación universitaria de los psicólogos clínicos y de la salud (Bellosta-Batalla et al., 2020; Bruce et al., 2010; Davis y Hayes,

2011). En esta línea, algunos estudios han encontrado que los profesionales de la salud que practicaban mindfulness desarrollaron su empatía contribuyendo a la expresión de las emociones del paciente, a través de una mayor presencia en los momentos de sufrimiento del mismo (Aiken, 2006).

Por otra parte, encontramos un pequeño número de estudios acerca de los efectos de una IBMC sobre el vínculo terapéutico evaluado por los psicoterapeutas (Ryan et al., 2012; Schomaker, 2003; Stone et al., 2018). En este sentido, se ha visto que los psicoterapeutas que practican mindfulness son menos propensos a reaccionar de forma que pueda poner en peligro la relación terapéutica, y establecen relaciones más sólidas y centradas en las sesiones, ayudando a fortalecer el vínculo terapéutico (Leonard et al., 2018; Macdonald y Muran, 2021). Del mismo modo, se han mostrado más capaces a la hora de reconocer y restaurar las rupturas en el vínculo (Bruce et al., 2010), pudiendo mantener la relación psicoterapéutica y haciendo más efectivo el proceso psicoterapéutico.

Otro de los puntos a destacar en la investigación sobre las IBMCs, es que la práctica de mindfulness y compasión fomenta un estilo de comunicación terapéutica más abierto, cálido y consciente, llevando a una escucha más centrada, y una mayor flexibilidad y reconocimiento de los juicios propios y ajenos (Beckman et al. 2012). De este modo, el psicoterapeuta se muestra más espontáneo y tolerante, lo que le permite enfrentarse a situaciones difíciles o estresantes en las sesiones, como la aparición de resistencias por parte del paciente, llevando a un trabajo clínico más productivo (Whitaker y Napier, 1978). En este sentido, algunos autores concluyeron que los pacientes que mostraban una mayor resistencia en psicoterapia establecieron

mejores relaciones con psicoterapeutas menos directivos y más espontáneos, pudiendo beneficiarse en mayor medida del proceso psicoterapéutico (Fernández-Álvarez et al., 2003). Concretamente, estos estilos promueven la confianza mutua en psicoterapia, disminuyen la reactividad de los psicoterapeutas, y fomentan respuestas de acuerdo a los objetivos de los pacientes (McCaffrey et al., 2017). A través de estas conductas los psicoterapeutas realizan su tarea de forma personalizada, mostrando una individualidad que permanece estable a lo largo del tiempo, aunque no necesariamente constante. En este sentido, el estilo terapéutico puede modificarse a lo largo de la experiencia del profesional como resultado de la formación recibida, pudiendo causar una transformación temporal o permanente cuando los cambios asociados a la formación son muy intensos (Fernández-Álvarez et al., 2003).

La adquisición de este estilo consciente puede promover el desarrollo de unas habilidades terapéuticas *mindfulness* que contribuyan a una mayor empatía hacia uno mismo y hacia los demás, mejorando la calidad del trabajo psicoterapéutico (Demarzo y Cardoso, 2021). Estas habilidades terapéuticas *mindfulness* hacen referencia a aspectos relacionados con la presencia del psicoterapeuta durante las sesiones, incluyendo la atención centrada en el presente y la aceptación incondicional de la experiencia, así como a un tipo de instrucción concreto en el trabajo psicoterapéutico que engloba la percepción de autoeficacia de los psicoterapeutas y la consciencia del proceso psicoterapéutico.

Por último, la investigación centrada en estudiar los efectos de las IMBCs aplicadas a psicoterapeutas en la sintomatología de sus

pacientes, es escasa y refleja la necesidad de abordar más en profundidad esta relación. En la actualidad, solo contamos con dos estudios en los que se haya evaluado la sintomatología de los pacientes. Estos estudios han planteado la medición de la sintomatología como una variable indicativa del éxito psicoterapéutico, encontrando prometedores resultados en esta dirección (Grepmaier et al., 2007; Newton, 2018).

1.6 Investigación sobre las intervenciones basadas en mindfulness y compasión en psicoterapeutas

En la investigación actual, encontramos una serie de limitaciones sobre la relación entre la práctica de mindfulness y compasión y las mejoras en la empatía, el vínculo terapéutico y la sintomatología de los pacientes.

En primer lugar, los estudios realizados sobre la influencia de las IBMCs en la empatía, no han incluido las percepciones de los pacientes en esta variable. Teniendo en cuenta que la empatía es un proceso intersubjetivo (Elliott et al., 2018; Skaife, 2001; Trevarthen y Aitken, 2001), es fundamental ampliar esta evaluación incluyendo la percepción de los pacientes y su verdadera influencia sobre el vínculo que establecen con sus psicoterapeutas (Cooper et al., 2020).

En segundo lugar, los estudios realizados hasta el momento no obtienen resultados concluyentes acerca de los beneficios de las IBMCs en psicoterapeutas y el desarrollo de un mejor vínculo terapéutico (Newton, 2018). Esto se debe a que existen muy pocos estudios que hayan evaluado esta variable tras una IBMC, y los que existen muestran limitaciones en su diseño, no pudiendo generalizar estos resultados (Schomaker, 2003). Por este motivo, es importante que se amplíe la

investigación sobre esta variable tan importante en el proceso psicoterapéutico, para descubrir si a través de formaciones específicas de desarrollo personal como las IBMCs se puede enriquecer la práctica psicoterapéutica, mejorando así la calidad de vida de los pacientes.

En tercer lugar, la investigación sobre los efectos de las IBMCs aplicadas a psicoterapeutas en la sintomatología de sus pacientes es escasa, lo que nos impide hacernos una idea completa del valor de estas intervenciones para la mejora de los resultados en psicoterapia, por lo que es uno de los aspectos más importantes a ampliar en la investigación sobre mindfulness y compasión.

Por último, son muy pocos los estudios que han incluido los efectos de las IBMCs en psicoterapeutas en activo, un hecho que limita a la hora de generalizar estos beneficios. En esta línea, se evidencia la necesidad de ampliar la investigación a poblaciones en activo, pudiendo arrojar luz sobre la influencia real de las IBMCs en la práctica psicoterapéutica.

1.7 Objetivos e hipótesis de estudio

Como hemos visto anteriormente, hasta ahora la investigación se ha centrado en la aplicación de IBMCs a psicoterapeutas observando sus efectos sobre la empatía auto-informada (Bellosta-Batalla et al., 2020; Bohecker y Doughty Horn, 2016; Chan et al., 2021; Rimes y Wingrove, 2011), la alianza terapéutica y el vínculo terapéutico medido por sus pacientes (Ivanovic et al., 2015; Simons, 2014; Swift et al., 2017) y sobre los síntomas de sus pacientes (Grepmaier et al., 2007), sin una evaluación a los psicoterapeutas que pudieran explicar estas mejoras y sin una visión integral del proceso psicoterapéutico. Solo contamos a día de hoy con un estudio en el que se han recogido medidas

sobre la alianza percibida por parte de psicoterapeutas y pacientes, y la sintomatología de los últimos, pero no se analizó la relación entre ambas medidas, y contaba con una muestra muy limitada (Newton, 2018). Por tanto, no existen estudios en la actualidad que hayan propuesto modelos completos sobre la eficacia de una IBMC que evalúe tanto el desarrollo de la empatía como el vínculo establecido, y las repercusiones que esto tiene sobre los resultados psicoterapéuticos observados en sus pacientes.

Por tanto, en esta tesis doctoral se busca estudiar los posibles efectos que tienen las IBMCs en profesionales de psicoterapia, poniendo el foco en una serie de variables primordiales en la eficacia de la psicoterapia. Con este objetivo, se presenta en primer lugar una revisión sistemática de la investigación existente hasta el momento, sobre los efectos de las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) en psicoterapeutas midiendo sus posibles beneficios en alguna de las siguientes variables: empatía de los psicoterapeutas, alianza terapéutica y sintomatología de los pacientes.

A continuación, se expone el estudio central de esta tesis, en el que se ha comprobado cómo afectan las IBMCs aplicadas a psicoterapeutas en las habilidades necesarias para el ejercicio psicoterapéutico, teniendo en cuenta tanto la percepción de los profesionales como la de sus pacientes. Además, se exploran las diferentes relaciones existentes entre estas variables para comprender cómo afecta cada una de ellas al proceso y a los resultados psicoterapéuticos. Con este objetivo, en primer lugar se analiza si la IBMC tiene efecto sobre las habilidades mindfulness de los psicoterapeutas. Además, esperamos encontrar un aumento en su

empatía auto-informada al finalizar la intervención (Bellosta-Batalla et al., 2020; Chan et al., 2021). En segundo lugar, analizamos si los efectos de la IBMC son percibidos por sus pacientes. En este sentido, esperamos encontrar un aumento similar en la empatía percibida en sus psicoterapeutas (Watson et al., 2014), así como una mejora en el vínculo terapéutico (Newton, 2018) y en su sintomatología (Grepmaier et al., 2007). Finalmente, nos interesa explorar la forma en la que se relacionan estas variables, sugiriendo un modelo de ecuaciones estructurales multinivel (MSEM) sobre los mecanismos que subyacen a los efectos de las IBMCs en los psicoterapeutas y sus pacientes.

Desde el modelo planteado, se espera que la participación en la IBMC tenga efectos en las habilidades terapéuticas mindfulness y en la empatía percibida por los psicoterapeutas. Además, esperamos que estos aumentos en las habilidades terapéuticas mindfulness se relacionen con mejoras en la empatía autoinformada. En cuanto a la relación entre las evaluaciones de los psicoterapeutas y las de sus pacientes, se espera que las mejoras en las habilidades terapéuticas mindfulness y la empatía informada por los psicoterapeutas mejoren la empatía percibida por sus pacientes. Por otro lado, planteamos la hipótesis de que la IBMC aplicada a psicoterapeutas tendrá efectos en la empatía y el vínculo percibidos por los pacientes. La empatía de los psicoterapeutas percibida por los pacientes producirá efectos en el vínculo terapéutico, y ambas variables provocarán un cambio en la sintomatología de los pacientes. Por último, se espera que estos cambios en la sintomatología puedan, a su vez, afectar al vínculo terapéutico reforzándolo (Figura 2).

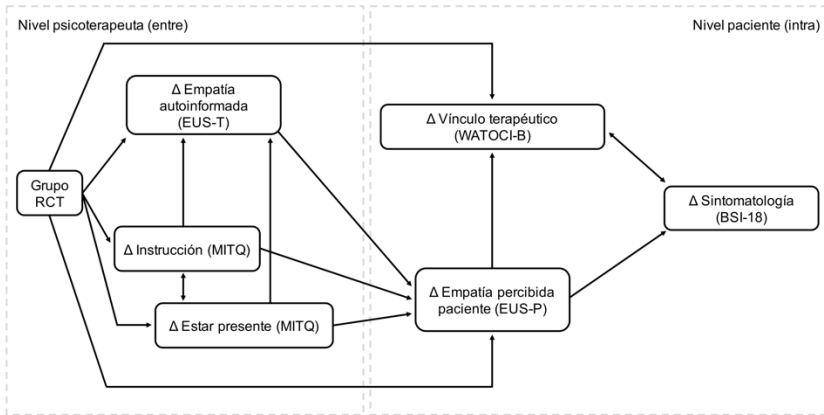


Figura 2. Diagrama del modelo propuesto sobre los mecanismos de cambio

Nota. Δ: Diferencias entre las puntuaciones post- y pre-.

Bibliografia

Bibliografia

- Aiken, G. A. (2006). *The potential effect of mindfulness meditation on cultivation of empathy in psychotherapy*. (Doctoral dissertation). Saybrook Graduate School and Research Center, San Francisco. Retrieved from ProQuest dissertations and theses database, UMI 3217528.
- Al-khodair, N.A., & Alrawaf, E.A. (2021). Saudi therapists' lived experience of self-awareness. *Counselling and Psychotherapy Research*.
- American Psychological Association. (2017). *Understanding psychotherapy and how it works*. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/understanding-psychotherapy.aspx>
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Angus, L., & Kagan, F. (2007). Empathic relational bonds and personal agency in psychotherapy: Implications for psychotherapy supervision, practice, and research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 371–377. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.4.371>
- Angus, L. E., Lewin, J., Bouffard, B., & Rotonditrevian, D. (2004). “What’s the story?” Working with narrative in experiential psychotherapy. In L. Angus and J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. (pp. 87–101). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *20*, 118–135. <http://doi.org/10.1002/cpp.792>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*, 27–45. <http://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, burnout and well-being in student counsellors and student cognitive behavioural psychotherapists: A quantitative survey. *Counselling and Psychotherapy Research*, *16*, 15–23. <https://doi.org/10.1002/capr.12054>
- Beckman, H. B., Wendland, M., Mooney, C., Krasner, M. S., Quill, T. E., Suchman, A. L., et al. (2012). The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Academic Medicine*, *87*(6), 815–819. <http://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318253d3b2>
- Bellosta-Batalla, M., Blanco-Gandía, M.C., Rodríguez-Arias, M., Cebolla, A., Pérez-Blasco, J., & Moya-Albiol, L. (2020). Increased salivary oxytocin and empathy in students of clinical and health psychology after a mindfulness and compassion-based intervention. *Mindfulness*, *11*, 1006-1017. <https://dx.doi.org/10.1007/s12671-020-01316-7>
- Bellosta-Batalla, M., Garrote-Caparrós, E., Pérez-Blasco, J., Moya-Albiol, L., & Cebolla, A. (2019). Mindfulness, empatía y compasión: Evolución de la empatía a la compasión en el ámbito

- sanitario. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, 4(1), 47-57. <http://doi.org/10.37536/RIECS.2019.4.S1.125>
- Bennett-Levy J. (2019). Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 62, 133–145. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.004>
- Bennett-Levy, J., & Finlay-Jones, A. (2018). The role of personal practice in therapist skill development: a model to guide therapists, educators, supervisors and researchers. *Cognitive behaviour therapy*, 47(3), 185–205. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1434678>
- Bennett-Levy, J. & Haarhoff, B. (2019). Why therapists need to take a good look at themselves: Self-practice/self-reflection as an integrative training strategy for evidence-based practices. In S. Dimidjian (Ed.), *Evidence-based practice in action*. New York, NY: Guilford.
- Bennett-Levy, J., & Thwaites, R. (2007). Self and self-reflection in the therapeutic relationship: A conceptual map and practical strategies for the training, supervision and self-supervision of interpersonal skills. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies* (pp. 255–281). London: Routledge.
- Bennett-Levy, J., Thwaites, R., Chaddock, A., & Davis, M. (2009). Reflective practice in cognitive behavioural therapy: The engine of lifelong learning. In J. Stedmon & R. Dallos (Eds.), *Reflective practice in psychotherapy and counselling* (pp. 115–135). Maidenhead: Open University Press.

- Berdondini, L., Elliott, R., & Shearer, J. (2012). Collaboration in experiential therapy. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 159–167. <http://doi.org/10.1002/jclp.21830>
- Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health, 26*(5), 359–371. <https://doi.org/10.1002/smi.1305>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241. <https://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bishop, N. A., Lu, T., and Yankner, B. A. (2010). Neural mechanisms of ageing and cognitive decline. *Nature 464*, 529–535. <http://doi.org/10.1038/nature08983>
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 89108). New York: Oxford University Press. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/620036842?accountid-14771>
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). Empathy and psychotherapy: An introductory overview. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 3-31). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10226-018>
- Bohecker, L., & Doughty Horn, E. A. (2016). Increasing students' empathy and counseling self-efficacy through a mindfulness experiential small group. *Journal for Specialists in Group*

- Work*, 41(4), 312-333.
<http://doi.org/10.1080/01933922.2016.1232322>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252–260.
<https://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Botella, C. (2009). Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I.
- Brintzinger, M., Tschacher, W., Endtner, K., Bachmann, K., Reicherts, M., Znoj, H., & Pfammatter, M. (2021). Patients' style of emotional processing moderates the impact of common factors in psychotherapy. *Psychotherapy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pst0000370>
- Brito, G., Campos, D., & Cebolla, A. (2018). Implicit or explicit compassion? Effects of compassion cultivation training and comparison with mindfulness-based stress reduction. *Mindfulness*, 9(5), 1494-1508.
- Bruce, N., Shapiro, S.L., Constantino, M.J., & Manber, R. (2010). Psychotherapist mindfulness and the psychotherapy process. *Psychotherapy theory, research, practice, training*, 47(1), 83-97.
<http://doi.org/10.1037/a0018842>
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: a taskforce on participants, relationships, and techniques factors. *J. Clin. Psychol.* 62,631–638.
<http://doi.org/10.1002/jclp.20256>
- Cebolla, A., Galiana, L., Campos, D., Oliver, A., Soler, J., Demarzo, M., Baños, R. M., Feliu-Soler, A., & García-Campayo, J. (2018). How does mindfulness work? Exploring a theoretical model

- using samples of meditators and non-meditators. *Mindfulness*, 9(3), 860–870. <https://dx.doi.org/10.1007/s12671-017-0826-7>
- Chan, S. H. W., Yu, C. K.-C., and Li, A. W. O. (2021). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on counseling self-efficacy: A randomized controlled crossover trial. *Patient Education and Counseling*, 104, 360-368. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.022>
- Chen, R., Rafaeli, E., Ziv-Beiman, S., Bar-Kalifa, E., Solomonov, N., Barber, J. P., Peri, T., & Atzil-Slonim, D. (2020). Therapeutic technique diversity is linked to quality of working alliance and client functioning following alliance ruptures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(9), 844-858. <https://doi.org/10.1037/ccp0000490>
- Chierchia, G., & Singer, T. (2017). The neuroscience of compassion and empathy and their link to prosocial motivation and behavior. In J.-C. Dreher, & L. Tremblay (Eds.), *Decision neuroscience - An integrative perspective* (pp. 247-257). San Diego: Elsevier.
- Chigwedere, C., Bennett-Levy, J., Fitzmaurice, B., & Donohoe, G. (2020). Personal practice in counselling and CBT trainees: the self-perceived impact of personal therapy and self-practice/self-reflection on personal and professional development. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(5), 422-438. <https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1846608>
- Cooper, D., Yap, K., O'Brien, M., & Scott, I. (2020). Mindfulness and empathy among counseling and psychotherapy professionals: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 11, 2243-2257. <http://doi.org/10.1007/s12671-020-01425-3>

- Corey, G. (2013). *Theory and practice of counseling and psychotherapy (6th ed.)*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Coutinho, J. F., Silva, P. O., & Decety, J. (2014). Neurosciences, empathy, and healthy interpersonal relationships: Recent findings and implications for counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 61*, 541-548.
<https://doi.org/10.1037/cou0000021>
- Dattilio, F. M., & Hanna, M. A. (2012). Collaboration in Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 146-158. <https://doi.org/10.1002/jclp.21831>
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy, 48*(2), 198- 208.
<https://doi.org/10.1037/a0022062>
- De Vignemont, F. (2009). Affective Mirroring: Emotional Contagion or Empathy? In S. Nolen-Hoeksema, B. Frederikson, G. R. Loftus, & W. A. Wagenaar (Eds.), *Atkinson and Hilgard's Introduction to Psychology* (15th ed., p. 787). Florence, KY: Cengage Learning.
- Decety, J., & Jackson, P.L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews, 3*, 71–100. <http://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Decety, J., & Lamm, C. (2009). Empathy versus personal distress: Recent evidence from social neuroscience. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 199–213). Cambridge, MA: MIT Press.

- Decety, J., Michalska, K. J., & Akitsuki, Y. (2008). Who Caused the Pain? An fMRI Investigation of Empathy and Intentionality in Children. *Neuropsychologia*, 46(11), 2607–2614.
- DeGeorge, J. (2008). *Empathy and the Therapeutic Alliance: Their Relationship to Each Other and to Outcome in Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder* (Masters Theses). University of Massachusetts Amherst, EEUU.
- Demarzo, M., & Cardoso, B. (2021) Mindfulness for the Development of Relational Therapeutic Skills for Health Professionals. In: Aristegui R., Garcia Campayo J., & Barriga P. (Eds) *Relational Mindfulness*. Springer, Cham (pp. 179–188).
https://doi.org/10.1007/978-3-030-57733-9_10
- Duncan, L., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: Implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(3), 255–270.
<https://doi.org/10.1007/s10567-009-0046-3>
- Edwards, J. (2017). The extant rationale for mandated therapy during psychotherapy and counselling training: a critical interpretive synthesis, *British Journal of Guidance & Counselling*,
<http://doi.org/10.1080/03069885.2017.1334110>.
- Eisenberg, N., & Eggum, N. D. (2009). Empathic responding: Sympathy and personal distress. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 71–83). Cambridge, MA: MIT Press.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>

- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy, 55*(4), 399-410. <http://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Falkenström, F., Ekeblad, A., & Holmqvist, R. (2016). Improvement of the working alliance in one treatment session predicts improvement of depressive symptoms by the next session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*, 738-751. <https://doi.org/10.1037/ccp0000119>
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2014). Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement. *Psychotherapy Research, 24*(2), 146–159. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.847985F>
- Fernández-Álvarez, H. & García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. En S. Gril, A. Ibáñez, I. Mosca & P. L. R. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Pelotas: Educat.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Bianco, J. L., & Santomá, S. C. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 116–125. <http://doi.org/10.1002/cpp.358>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316-340. <http://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Flückiger, C., Rubel, J., Del Re, A. C., Horvath, A. O., Wampold, B. E., Crits-Christoph, P., Atzil-Slonim, D., Compare, A., Falkenström, F., Ekeblad, A., Errázuriz, P., Fisher, H., Hoffart,

- A., Huppert, J. D., Kivity, Y., Kumar, M., Lutz, W., Muran, J. C., Strunk, D. R., . . . Barber, J. P. (2020). The reciprocal relationship between alliance and early treatment symptoms: A two-stage individual participant data meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(9), 829–843. <https://doi.org/10.1037/ccp0000594>
- Foulkes, P. (2003). Trainee perceptions of teaching of different psychotherapies. *Australasian Psychiatry, 11*(2), 209-214. <http://doi.org/10.1046/j.1039-8562.2003.00551.x>
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology, 57*(8), 983–991. <https://doi.org/10.1002/jclp.1065>
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*(3), 296–306. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.3.296>
- Gelso, C., & Hayes, J. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. John Wiley y Sons Inc.
- Gockel, A. (2010). The promise of mindfulness for clinical practice education. *Smith College Studies in Social Work (Haworth), 80*(2-3), 248-268. <http://doi.org/10.1080/00377311003784184>.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin, 136*, 351–374. <http://doi.org/10.1037/a0018807>
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention & Treatment, 4*(1), Article 1a. <https://doi.org/10.1037/1522-3736.4.1.41a>

- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 332-338.
<http://doi.org/10.1159/000107560>
- Hall, J. A., & Schwartz, R. (2019) Empathy present and future. *The Journal of Social Psychology*, 159(3), 225-243, <http://doi.org/10.1080/00224545.2018.1477442>
- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E., & Zeeck, A. (2015). Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: Exploring the divergence. *Psychotherapy Research*, 25, 408 – 419.
<http://doi.org/10.1080/10503307.2014.927601>
- Hoffart, A., Oktedalen, T., Langkaas, T. F., & Wampold, B. E. (2013). Alliance and outcome in varying imagery procedures for PTSD: A study of within-person processes. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 471–482. <http://doi.org/10.1037/a0033604>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Oliver, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559. <http://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Horvath, A. O. (2017). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*. Advance online publication. <http://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373204>
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist*

- contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–69).
London: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, *48*(1):9-16. <http://doi.org/10.1037/a0022186>
- Ivanovic, M., Swift, J. K., Callahan, J. L., & Dunn, R. (2015). A multisite pre/post study of mindfulness training for therapists: The impact on session presence and effectiveness. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *29*(4), 331-342.
<http://doi.org/10.1891/0889-8391.29.4.331>
- Johnson, D. A., & Walsh, A. (2021). Associations between specific mindfulness practices and in-session relational factors. *Journal of Counseling & Development*, *99*, 372-383.
<https://doi.org/10.1002/jcad.12390>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 144–156. <http://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
- Kazantzis, N., & Kellis, E. (2012). A special feature on collaboration in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, *68*, 133–135.
<http://doi.org/10.1002/jclp.21837>
- Keum, B. T., & Wang, L. (2020). Supervision and psychotherapy process and outcome: A meta-analytic review. *Translational Issues in Psychological Science*, *7*(1), 89–108.
<https://doi.org/10.1037/tps0000272>
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S., & Claude, F. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *78*(6), 519-528.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>

- Kivlighan, D. M., Jr., Hill, C. E., Gelso, C. J., & Baumann, E. (2016). Working alliance, real relationship, session quality, and client improvement in psychodynamic psychotherapy: A longitudinal actor partner interdependence model. *Journal of Counseling Psychology, 63*, 149–161. <http://doi.org/10.1037/cou0000134>
- Klimecki, O., & Singer, T. (2012). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological altruism* (pp. 368–383). Oxford University Press.
- Leonard, H. D., Campbell, K., & Gonzalez, V. M. (2018). The relationships among clinician self-report of empathy, mindfulness, and therapeutic alliance. *Mindfulness, 9*(6), 1837–1844. <http://doi.org/10.1007/s12671-018-0926->
- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin, 142*(8), 801–830. <http://doi.org/10.1037/bul0000057>
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry, 32*(8), 995-1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Macdonald, J., & Muran, C. J. (2021). The reactive therapist: The problem of interpersonal reactivity in psychological therapy and the potential for a mindfulness-based program focused on “mindfulness-in-relationship” skills for therapists. *Journal of Psychotherapy Integration, 31*(4), 452-467. <https://doi.org/10.1037/int0000200>

- MacFarlane, P., Anderson, T., & McClintock, A. S. (2017) Empathy from the client's perspective: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 27(2), 227-238. <http://doi.org/10.1080/10503307.2015.1090038>
- Malin, A. J., & Pos, A. E. (2014). The Impact of Early Empathy on Alliance Building, Emotional Processing, and Outcome during Experiential Treatment of Depression. *Psychotherapy Research*, 25, 445-459. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.901572>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- McCaffrey, S., Reitman, D., & Black, R. (2017). Mindfulness in Parenting Questionnaire (MIPQ): Development and validation of a measure of mindful parenting. *Mindfulness*, 8, 232-246. <http://doi.org/10.1007/s12671-016-0596-7>
- McCollum, E. E., & Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists' therapeutic presence: a qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36, 347–360. <http://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2010.00214.x>
- McConaughy, E. A. (1987). The person of the therapist in psychotherapeutic practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(3), 303–314. <https://doi.org/10.1037/h0085720>
- Moya-Albiol, L. (2018). *La empatía*. Plataforma Actual.
- Murphy, D., & Cramer, D. (2014). Mutuality of Rogers's therapeutic conditions and treatment progress in the first three psychotherapy

- sessions. *Psychotherapy Research*, 24, 651–661.
<http://doi.org/10.1080/10503307.2013.874051>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
<https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176.
<https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546>
- Newton, T. L. (2018). *Measuring The Effects Of A Mindfulness Intervention On Counselors'-In-Training Dispositions, Strength Of The Therapeutic Relationship, And Client Outcomes* (Doctoral dissertation). University of South Carolina, South Carolina, EEUU.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4–8.
<https://doi.org/10.1037/a0022180>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315.
<http://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 423–430). Oxford

UniversityPress. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0021>

Prochaska, J. O. & Norcross, J. C (2003). Systems of Psychotherapy.

A Transtheoretical Analysis. Australia: Thomson/Brooks/Cole.

Răbu, M., Moltu, C., Binder, P. E., & McLeod, J. (2016). How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist?

A qualitative inquiry of senior therapists' experiences.

Psychotherapy Research, 26, 737–749.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1065354>

Raes, I., Ravelingien, A. & Pennings, G. (2016). Donor Conception

Disclosure: Directive or Non-Directive Counselling? *Bioethical*

Inquiry 13, 369–379. <https://doi.org/10.1007/s11673-015-9686-9>

Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2011). Pilot study of Mindfulness-

Based Cognitive Therapy for trainee clinical psychologists.

Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 39(2), 235–241.

<https://doi.org/10.1017/S1352465810000731>

Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L., and Ritchie,

P. (2005). A cubemodel for competency development:

implications for psychology educators and regulators.

Professional Psychology: Research and Practice, 36, 347–354.

<http://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.347>

Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical*

review of psychotherapy research (2nd ed.). Guilford

Publications.

Rubel, J. A., Bar-Kalifa, E., Atzil-Slonim, D., Schmidt, S., & Lutz,

W. (2018). Congruence of therapeutic bond perceptions and its

relation to treatment outcome: Within- and between- dyadeffects.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(4), 341–353.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000280>
- Rubel, J. A., Rosenbaum, D., & Lutz, W. (2017). Patients' in-session experiences and symptom change: Session-to-session effects on a within- and between-patient level. *Behaviour Research and Therapy*, 90, 58–66. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2016.12.007>
- Ryan, A., Safran, J. D., Doran, J. M., & Moran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22, 289–297.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2011.650653>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Sathanandan, S., & Bull, D. (2013). An exploration of core psychiatry trainees experience of and thoughts surrounding personal psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 27(1), 77–82.
<https://doi.org/10.1080/02668734.2012.760478>
- Schomaker, S. A. (2003). *The impact of mindfulness training on therapeutic alliance, empathy, and lived experience: A mixed methods study with counselor trainees* (Doctoral dissertation). Texas A&M University-Corpus Christi, Texas, EEUU.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse* (2nd eds). NY: The Guildford Press.
- Shireen, H., Siemers, N., Dor-Ziderman, Y., Knäuper, B., & Moodley, R. (2022). Treating others as we treat ourselves: A qualitative study of the influence of psychotherapists' mindfulness

- meditation practice on their psychotherapeutic work. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02565-y>
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain: reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: Norton.
- Simons, J. (2014). *Effects of mindfulness training on first year doctoral students' therapeutic relationships* (Doctoral dissertation). George Fox University, Newberg, Oregon, EEUU.
- Skaife, S. (2001) Making Visible: Art Therapy and Intersubjectivity. *Inscape*, 6(2), 40-50, <http://doi.org/10.1080/17454830108414030>
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stacey L. S., & Monk, G. (2005). Discursive empathy: A new foundation for therapeutic practice. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(3), 333-349, <http://doi.org/10.1080/03069880500179517>
- Stone, M., Friedlander, M. L., & Moeyaert, M. (2018). Illustrating novel techniques for analyzing single-case experiments: Effects of pre-session mindfulness practice. *Journal of Counseling Psychology*, 65(6), 690-702. <http://doi.org/10.1037/cou0000291>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Dunn, R., Brecht, K., & Ivanovic, M. (2017). A randomized-controlled crossover trial of mindfulness for student psychotherapists. *Training and Education in Professional Psychology*, 11(4), 235-242. <http://doi.org/10.1037/tep0000154>

- Tasca, G. A., & Lampard, A. M. (2012). Reciprocal influence of alliance to the group and outcome in day treatment for eating disorders. *Journal of Counseling Psychology, 59*(4), 507–517. <https://doi.org/10.1037/a0029947>
- Tatum, A., & Vera, E. (2020). An examination of perceived therapeutic bond as a mediator of psychological outcomes. *Journal of College Counseling, 23*, 128-141. <http://doi.org/10.1002/jocc.12154>
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(1), 3–48. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00701>
- Tryon, G., Blackwell, S., & Hammel, E. (2007). A meta-analytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research, 17*(6), 629–642. <https://doi.org/10.1080/10503300701320611>
- Tryon, G. S., Birch, S. E., & Verkuilen, J. (2018). Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. *Psychotherapy (Chic), 55*(4), 372-383. <http://doi.org/10.1037/pst0000170>
- Vachon, D. D., & Lynam, D. R. (2015). Fixing the problem with empathy. *Assessment, 23*(2), 135–149. <https://doi.org/10.1177/1073191114567941>
- Vivino, B. L., Thompson, B. J., Hill, C. E., & Ladany, N. (2009). Compassion in psychotherapy: The perspective of therapists nominated as compassionate. *Psychotherapy Research, 19*(2), 157-171. <https://doi.org/10.1080/10503300802430681>

- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: Evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Watson, J. C. (2002). Re-visioning empathy. In D. J. Cain (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 445-471). Washington, DC: American Psychological Association.
- Watson, J. C., & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research, 15*(1-2), 25-33.
<http://doi.org/10.1080/10503300512331327010>
- Watson, J. E., Dudley, N., Segan, D. B., Hockings, M. (2014) The performance and potential of protected areas. *Nature, 515*, 67–73. <https://doi.org/10.1038/nature13947>
- Watson, J. C., McMullen, E. J., Rodrigues, A., & Prosser, M. C. (2020). Examining the role of therapists' empathy and clients' attachment styles on changes in clients' affect regulation and outcome in the treatment of depression. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research, 30*(6), 693–705. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1658912>
- Westra, H. (2004). Managing resistance in cognitive behavioral therapy: The application of motivational interviewing in mixed anxiety and depression. *Cognitive Behavior Therapy, 33*, 161–175. <http://doi.org/10.1080/16506070410026426>
- Whitaker, C. A., & Napier, A. Y. (1978). *The Family Crucible*. New York: Harper & Row.

Wiseman, H., Tishby, O., & Barber, J. P. (2012). Collaboration in psychodynamic psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 136–145. <http://doi.org/10.1002/jclp.21834>

Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hungr, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 484–496. <https://doi.org/10.1037/ccp0000058>

2. Artículo 1

Eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness en los procesos psicoterapéuticos: una revisión sistemática

Este artículo se encuentra actualmente publicado en:

Garrote-Caparrós, E., Bellosta-Batalla, M., Moya-Albiol, L., & Cebolla, A. (2021). Effectiveness of mindfulness-based interventions on psychotherapy processes: a systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. <http://doi.org/10.1002/cpp.2676>

Resumen

En el campo de la psicoterapia, la investigación científica ha destacado la importancia de la empatía y la alianza terapéutica en relación con la efectividad y los mejores resultados de los tratamientos psicológicos. En los últimos años, las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) han demostrado ser eficaces aumentando la empatía y la alianza terapéutica, y analizando cómo esto podría afectar la sintomatología de los pacientes. En este estudio, realizamos una revisión sistemática de la efectividad de las IBM aplicadas por psicoterapeutas para aumentar su empatía auto-percibida, la alianza terapéutica reportada por ellos y sus pacientes, y los efectos percibidos por los pacientes sobre su sintomatología. Se identificaron dieciséis estudios de eficacia que evaluaban el impacto de una IBM en algunas de estas variables, de los cuales seis incluían medidas evaluadas por los pacientes cuyos terapeutas recibieron la IBM. El riesgo de sesgo de los estudios incluidos se analizó siguiendo los estándares metodológicos. Se encontraron diseños y metodologías muy diferentes en los estudios incluidos en esta revisión, y pocos de ellos incluyeron un grupo de control. Los resultados muestran un aumento limitado de la empatía, medida por el psicoterapeuta, después de una IBM. Sin embargo, los resultados en alianza terapéutica no son concluyentes, así como las mejoras en la percepción de los pacientes hacia su sintomatología. Se concluye que las IBMs pueden tener un efecto beneficioso en la práctica psicoterapéutica, a través del desarrollo de la empatía de los psicoterapeutas. Las investigaciones futuras requerirán estudios con una mayor calidad metodológica, además de estudios que analicen los efectos de las IBMs sobre la empatía, la alianza terapéutica y la sintomatología del paciente, y las posibles relaciones entre ellas.

Abstract

In the field of psychotherapy, scientific research has highlighted the importance of empathy and therapeutic alliance in regard to the effectiveness and better results of psychological treatments. In recent years, mindfulness-based interventions (MBIs) have shown to be effective increasing empathy and therapeutic alliance and how this could affect the patients' symptomatology. In this study, we conducted a systematic review of the effectiveness of MBIs applied to psychotherapist to increase their self-perceived empathy, therapeutic alliance reported by them and their patients, and the effects perceived by patients on their symptomatology. Sixteen efficacy studies evaluating the impact of an MBI on some of these variables were identified, of which six included measures evaluated by the patients whose therapists received the MBI. The risk of bias of the included studies was analyzed following the methodological standards. We found very different designs and methodologies in the studies included in this review, with few of them including a control group. The results show a limited increase in empathy, measured by the psychotherapist, after an MBI. However, the results in therapeutic alliance are not conclusive, as well as the improvements in the perception of patients toward their symptomatology. It is concluded that MBIs can have a beneficial effect on the psychotherapeutic practice, through the development of psychotherapists' empathy. Future research would require new studies with a higher methodological quality, in addition to new studies that analyze the effects of MBIs on empathy, therapeutic alliance and patient symptomatology, and the possible relationships between them.

Introducción

En la investigación sobre los efectos de la psicoterapia, se han identificado una serie de habilidades y procesos que se activan en la relación terapéutica y que muestran un gran impacto en los resultados, lo que se traduce en una mejora de la sintomatología (Gelso et al., 2018). Aspectos clave como como la empatía y la alianza terapéutica, han sido identificados como esenciales en cualquier intervención psicoterapéutica y son cruciales en el movimiento de las relaciones psicoterapéuticas basadas en la evidencia (Norcross & Lambert, 2018).

En cuanto a la empatía, en los últimos años diferentes estudios la han considerado una variable influyente en la efectividad de la psicoterapia (Elliott et al., 2011). Entendemos la empatía como el proceso cognitivo por el cual una persona reconoce el estado afectivo y cognitivo de otra (De Vignemont & Singer, 2006) y el proceso emocional por el que se produce una sintonía afectiva hacia ella (Singer & Lamm, 2009), sin caer en la simpatía o en la aprensión por el estado emocional del otro (Decety & Michalska, 2010; Moya-Albiol, 2018). Esta habilidad supone una de las bases sobre las que se modula el ejercicio psicoterapéutico (Elliott et al., 2011). En el meta-análisis realizado por Norcross & Lambert (2018), encontraron que la empatía era un elemento fundamental, que explica en gran medida la efectividad de la psicoterapia. Diversos estudios han encontrado una asociación entre las calificaciones de empatía de los psicoterapeutas y los resultados de la psicoterapia, especialmente cuando esta variable es evaluada por los pacientes (Elliott et al., 2011; Orlinsky et al., 2003). Esta relación demuestra el papel central que tiene la empatía en la relación de calidad entre el psicoterapeuta y el paciente (Elliott et al., 2018).

Otro de los componentes básicos detectados por Norcross & Lambert (2018) que ha mostrado mayor capacidad de predicción de éxito es la alianza terapéutica, entendida como una cualidad de colaboración y asociación mutua entre el psicoterapeuta y el paciente (Flückiger et al., 2018; Horvath & Luborsky, 1993). Bordin (1979) identificó tres componentes de la alianza terapéutica: el acuerdo sobre las metas de la terapia, la aceptación de tareas relevantes y eficaces para los objetivos de la terapia, y el establecimiento de un vínculo de confianza mutua entre el psicoterapeuta y el paciente (Horvath et al., 2011). Diversos estudios señalan que la alianza terapéutica es una de las variables que más fuertemente se ha visto relacionada con el éxito terapéutico (Lambert & Barley, 2001) y, junto con la empatía, son mejores predictores de los resultados positivos que las técnicas o los enfoques específicos que se aplican en las sesiones (Lambert & Simon, 2008; Walsh, 2008; Wampold & Imel, 2015). Algunas investigaciones han evaluado el impacto de la alianza terapéutica, sesión por sesión, en los posteriores resultados de la psicoterapia. Estos estudios han visto que la percepción de los pacientes hacia la alianza terapéutica está relacionada con cambios posteriores en su sintomatología (Falkenström et al., 2016; Feeley et al., 1999; Strunk et al., 2010; Xu & Tracey, 2015; Zilcha-Mano et al., 2016). En esta línea, Flückiger et al. (2018) observaron una fuerte relación entre los resultados en alianza terapéutica y la efectividad de la psicoterapia individual. En un meta-análisis reciente encontraron que la alianza terapéutica y la empatía del terapeuta estaban relacionadas, de forma que la percepción que uno tiene de la empatía del psicoterapeuta puede influir en su percepción de la alianza terapéutica (Nienhuis et al., 2018). El incremento de la empatía, puede llevar a una mejor alianza entre el psicoterapeuta y el

paciente (Hilsenroth et al., 2012), pudiendo esta relación ser recíproca (Nienhuis et al., 2018).

Se han desarrollado diferentes intervenciones para entrenar habilidades que desarrollen una relación terapéutica positiva. En los últimos años las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) han sido foco de atención. Estas intervenciones han contribuido a desarrollar la empatía del psicoterapeuta (Dekeyser et al., 2008; Brady et al., 2011; Bellosta-Batalla et al., 2019) y la alianza entre éste y sus pacientes (Razzaque et al., 2013), mejorando así los resultados de la psicoterapia (Rothaupt & Morgan, 2007).

Algunos autores proponen que la práctica de mindfulness puede entenderse a través de dos componentes fundamentales. Por un lado, la regulación de la atención en el momento presente, y por otro, la vivencia de las diferentes experiencias con una actitud de curiosidad, apertura, aceptación y amabilidad (Bishop et al., 2004; Siegel, 2007). Las IBMs contribuyen a desarrollar una mayor regulación de la atención, mayor consciencia corporal, mejor regulación de las emociones y cambios en la perspectiva del yo (Cebolla et al., 2018; Hölzel et al., 2011). Estos mecanismos se encuentran a la base de un proceso de autorregulación mejorado, en el que se facilita una relación saludable con el momento presente y la búsqueda de conductas eficaces adaptadas a la experiencia (Carver & Scheier, 2011; Vohs & Baumeister, 2004).

En la práctica psicoterapéutica, estas habilidades pueden traducirse en una mayor consciencia de los estados propios y de los pacientes, y una observación menos sesgada del desarrollo de la

relación entre psicoterapeuta y paciente, momento a momento (Bruce et al., 2010). Davis y Hayes (2011) concluyen que la práctica de mindfulness a largo plazo puede influir de manera beneficiosa en la capacidad de los psicoterapeutas para desarrollar su autoconocimiento, lo que ayudaría a distinguir su propia experiencia de la experiencia de sus pacientes.

El desarrollo de los mecanismos psicológicos que subyacen a la práctica de mindfulness (Cebolla et al., 2018; Hölzel et al, 2011), podría repercutir en un aumento en el logro y mantenimiento de la atención (Jha et al., 2007), así como en la regulación de la experiencia presente y el aumento de la autoconsciencia, facilitando la escucha y la adopción de una actitud abierta hacia las experiencias ajenas (Siegel, 2007). Todo esto puede suponer mejoras en la respuesta empática (Leonard et al., 2018), dado que las observaciones precisas de uno mismo son necesarias para la comprensión adecuada de los demás (Decety y Jackson, 2004). En este sentido, algunos estudios sugieren que la base para una relación psicoterapéutica efectiva es la sintonización entre paciente y psicoterapeuta (Brito, 2013), pudiéndose lograr a través del entrenamiento de las actitudes cultivadas en la práctica de mindfulness (Kabat-Zinn, 2003). En relación con lo anterior, se ha visto que las IBMs aplicadas a psicoterapeutas tienen una influencia beneficiosa en la salud y en la sintomatología de sus pacientes (Grepmaier et al., 2007), pudiendo contribuir a la mejora de los resultados psicoterapéuticos.

En la literatura actual, encontramos algunas revisiones sistemáticas que se han centrado en analizar la evidencia existente hasta

ahora sobre si la práctica de mindfulness puede aportar habilidades específicas para el ejercicio de la psicoterapia. En una de ellas, se observaron los beneficios de las IBMs sobre la empatía y las competencias emocionales de los profesionales sanitarios, incluyendo médicos, enfermeros y psicoterapeutas, entre otros (Lamothe et al., 2016). Una revisión sistemática analizó, sin resultados concluyentes, los efectos de una IBM sobre la conducta psicosocial de profesionales de la salud, incluyendo salud médica y mental, y si estas mejoras repercutían en los resultados de sus pacientes (Escuriex & Labbé, 2011). Otra revisión observó que la implementación de una serie de intervenciones, entre las que se incluían las IBMs, podía aumentar la empatía en profesionales de medicina (Kelm et al., 2014). Por último, en un reciente metaanálisis de estudios experimentales y correlacionales no encontraron evidencia sobre los beneficios de una IBM sobre la empatía de los psicoterapeutas (Cooper et al., 2020). Sin embargo, no existen revisiones sistemáticas ni metaanálisis que estudien el efecto de una IBM sobre la alianza terapéutica ni sobre los efectos que puede tener una IBM recibida por los psicoterapeutas en la sintomatología de los pacientes. A pesar de lo anterior, no podemos asumir que únicamente los resultados en empatía demuestren que las IBMs son efectivas para el trabajo psicoterapéutico. Por ello, nos parece necesario incluir en esta revisión los estudios que han evaluado estas otras variables de peso en el proceso terapéutico (Norcross & Lambert, 2018; Bruce et al., 2010).

El objetivo de esta revisión sistemática fue sintetizar la evidencia disponible sobre los efectos beneficiosos de las IBMs aplicadas a psicoterapeutas, centrándonos en los estudios que han

evaluado cambios en la empatía de los psicoterapeutas, la alianza terapéutica y en la sintomatología de los pacientes.

Método

Estrategia de búsqueda

Las búsquedas se realizaron en abril de 2021 y se repitieron en julio de 2021 en PsycINFO, PubMed y Web of Science para artículos publicados hasta julio de 2021. La búsqueda se dividió en las siguientes familias: (1) intervenciones basadas en mindfulness, (2) empatía, alianza terapéutica y / o resultados de la psicoterapia / asesoramiento, y (3) psicoterapeutas (Tabla 3). Además, se examinaron revisiones sistemáticas previas en busca de artículos que cumplieran con los criterios de inclusión (Lamothe et al., 2016; Cooper et al., 2020).

Esta revisión sistemática se llevó a cabo de acuerdo con los elementos de informe preferidos para las revisiones sistemáticas y los metanálisis (PRISMA) (Moher et al., 2009). El protocolo se registró en OSF (Open Science Framework; registro DOI: 10.17605/OSF.IO/V3YCK) on June 29, 2021, available at <https://osf.io/v3yck>.

Tabla 3. Búsqueda bibliográfica

Familia 1: Intervenciones basadas en mindfulness
mindfulness
Familia 2: Empatía, alianza terapéutica y / o resultados de la terapia / asesoramiento
Empatía empath*, “perspective taking”
Alianza terapéutica “alliance”, “psychotherapeutic relationship*”, “psychotherapeutic bond*”, “therapeutic relationship*”, “therapeutic bond*”
Resultados de la psicoterapia / asesoramiento “counseling process”, “counseling outcome*”, “counseling result*”, “counseling efficacy”, “counseling effectiveness”, “counselling process”, “counselling outcome*”, “counselling result*”, “counselling efficacy”, “counselling effectiveness”, “therapy process”, “therapy outcome*”, “therapy result*”, “therapy efficacy”, “therapy effectiveness”, “treatment process”, “treatment outcome*”, “treatment result*”, “treatment efficacy”, “treatment effectiveness”, “patient* outcome*”, “patient* result*”, “patient* symptom*”, “client* outcome*”, “client* result*”, “client* symptom*”
Familia 3: Psicoterapeutas counselor*, counsellor*, psychotherapist*, therapist*, psychologist*, “psychology student*”, “psychotherapy student*”, clinician*, counsel*, “mental health”

Criterios de selección

Esta revisión sistemática se centró en las IBMs aplicadas tanto a psicoterapeutas que están tratando a pacientes, como a psicoterapeutas en formación con o sin pacientes, con el objetivo de mejorar su empatía y alianza terapéutica, así como los resultados de la psicoterapia. Se incluyeron los resultados de las medidas de mindfulness para comprobar si las IBM tenían un efecto significativo en la adquisición de las habilidades entrenadas.

Se incluyeron estudios empíricos, controlados y no controlados, en los que se aplicó una IBM a psicoterapeutas y en los que se evaluaron sus efectos sobre algunas de las siguientes variables: empatía, alianza terapéutica y / o síntomas del paciente. Estas intervenciones incluyeron tanto IBMs estandarizadas y ampliamente investigadas (por ejemplo, reducción de estrés basado en mindfulness [REBM], terapia cognitiva basada en mindfulness [TCBM]) como intervenciones no estandarizadas que se articulan en base al aprendizaje y la realización de ejercicios de mindfulness, siendo éste el elemento principal de la intervención (todas ellas agrupadas bajo las siglas IBM). Se excluyeron los estudios cualitativos. Finalmente, se excluyeron los estudios que correspondían a versiones piloto de estudios más recientes en los que los resultados se explican o amplían con más detalle (Figura 3).

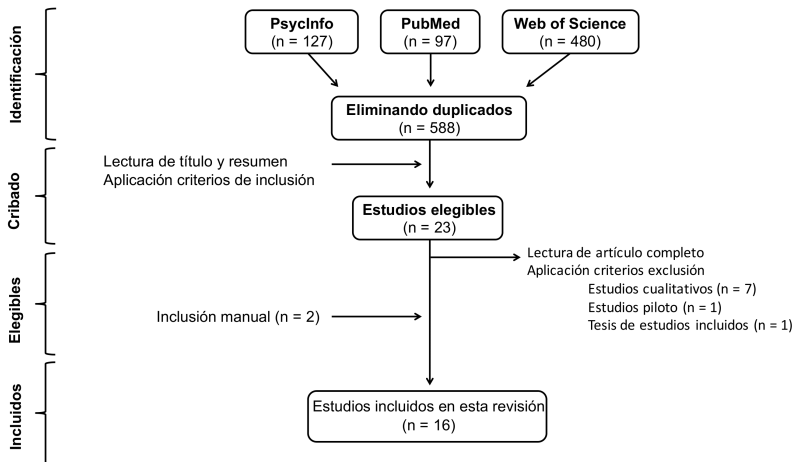


Figura 3. Diagrama de flujo de la selección de los estudios

Extracción de datos

Dos investigadores (EGC y MBB) extrajeron de forma independiente los siguientes datos de cada uno de los artículos incluidos: autores, año, diseño, población, muestra, tipo de intervención, resultados medidos, instrumentos utilizados y hallazgos principales. Un investigador ingresó los datos en una tabla. Luego, el segundo investigador comparó la tabla con sus datos y se verificó la exactitud de la información. Si los datos extraídos fueron discrepantes, el primer autor regresó al artículo original para aclarar la información correcta y, si se consideraba, corregir los datos en la tabla.

Análisis de la calidad de los estudios

El riesgo de sesgo de los ensayos controlados aleatorizados (ECA) se evaluó sistemáticamente mediante una adaptación de la

herramienta de Colaboración Cochrane (Higgins y Green, 2011). Calificamos los siguientes aspectos: sesgo de selección, realización, detección, desgaste y notificación.

El riesgo de sesgo de los estudios *pre-post* se evaluó con la herramienta ROBINS-I para estudios no aleatorizados (Sterne et al. 2016). Se evaluaron los siguientes dominios: sesgo de confusión en la línea de base, sesgo de selección, sesgo de intervención, sesgo de desgaste y sesgo de notificación de resultados. Dos investigadores (EGC y MBB) realizaron de forma independiente la calificación del riesgo de sesgo. En caso de discrepancias, un tercer investigador (AC) analizó el artículo correspondiente para resolver la discrepancia. El *coeficiente Kappa de Cohen* (Cohen, 1960) se calculó con la herramienta Excel (Microsoft Excel, 2017) como una medida de concordancia y confiabilidad entre los investigadores.

Resultados

Características de los estudios

Con respecto a los estudios incluidos en esta revisión sistemática, 9/16 (56,3%) informaron de resultados en medidas pre-post de IBM o TCBM, incluidos 3 (33,3%) artículos de revistas revisados por pares (Hopkins y Proeve, 2013; Ivanovic et al. , 2015; Rimes & Wingrove, 2010) y 6 (66,7%) disertaciones (ej., Ballinger, 2013; Hauge, 2018; Mills, 2010). Entre los estudios pre-post, solo 3 (33,3%) recopilaron medidas de seguimiento (Hauge, 2018; Hopkins y Proeve, 2013; Schomaker, 2003). Por otro lado, 7/16 (43,8%) estudios ECA implementaron una IBM, una intervención basada en minfulness y compasión (IBMC), una TCBM o una REBM, de los cuales 5 (71,4%) fueron artículos de revistas revisados por pares (ej., Bellosta- Batalla et

al., 2020; Bohecker & Horn, 2016; Chan et al., 2021) y 2 (28,6%) disertaciones (Simons, 2014; Spragg, 2012). Entre los ECA, 4 estudios (57,1%) recopilaron medidas de seguimiento (ej., Bellosta-Batalla et al., 2020; Chan et al., 2021).

Algunos estudios 4/16 (25%) registraron los resultados después de la sesión de psicoterapia antes de la IBM y al terminarla (Ivanovic et al., 2015; Schomaker, 2003; Simons, 2014; Swift et al., 2017). A excepción de 1 (6,3%) estudio que incluyó a profesionales de la salud mental (Schomaker, 2003), todos tenían psicoterapeutas en formación en su muestra.

Es importante señalar que 1/16 (6,3%) de estos estudios solo evaluó a 3 psicoterapeutas (Newton, 2018). Entre los estudios que aplicaron IBMs, existe una gran diversidad de metodologías y diseños. En cuanto a la duración de las IBMs, 1/16 (6,3%) estudio realizó una IBM de solo 3 sesiones (Hauge, 2018), mientras que otro aplicó una intervención de 9 sesiones (Grepmaier et al., 2007). Otro de estos estudios (6,3%) realizó la intervención durante todo un curso académico, de septiembre a mayo, resultando en aproximadamente 30 sesiones (Rissman, 2013). En general, las únicas diferencias notables observadas entre los estudios que implementaron una IBM corta y los que las realizaron en 8 o 9 sesiones en las variables evaluadas se encontraron en los resultados en la sintomatología del paciente, los cuales se comentarán más adelante.

Entre los estudios incluidos en esta revisión sistemática, 11/16 (68,8%) midieron la empatía y 5/16 (31,3%) estudios midieron la alianza terapéutica. Solo 2/16 (12,5%) evaluaron los síntomas de los

pacientes, siendo éstos ciegos al tipo de intervención realizada por sus psicoterapeutas. Por último, 1/16 (6,3%) estudio midió de forma conjunta la empatía y la alianza terapéutica y 1/16 (6,3%) recopiló datos sobre la alianza terapéutica y la sintomatología (Tabla 4).

Uno de los estudios incluidos en esta revisión sistemática abordó la formación de instructores de IBMs (Chan et al., 2021). Además, es importante señalar que algunos de los psicoterapeutas que participaron en los diferentes estudios tenían experiencia previa en mindfulness (ej., Ballinger, 2013; Spragg, 2012), mientras que otros no conocían o nunca habían practicado mindfulness (ej., Grepmaier, 2007).

Tabla 4. Estudios incluidos en esta revisión sistemática que aplican una IBM

Ensayo Controlado Aleatorizado (ECA); Intervención Basada en Mindfulness (IBM), Intervención Basada en Mindfulness y Compasión (IBMC), Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM), Interpersonal Reactivity Index (IRI), Reading the Mind in the Eyes Test (RMET), Therapist Presence Inventory-Patient Version (TPI-P), Session Rating Scale (SRS), Questionnaire of changes in experience and behavior (VEV), The symptom checklist (SCL-90), Toronto Empathy Questionnaire-Adapted (TEQ), Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI), Outcomes Questionnaire-45 (OQ-45.2), Therapeutic Presence Scale-Patient Scale ad-hoc (TPS-P), Hindering Self-awareness Scale (HSA).

Autores	Publicación	Población	Muestra	Diseño (Grupos)	Intervención	Variables		Resultados	
						Psicoterapeutas	Pacientes	Psicoterapeutas	Pacientes
Ballinger (2013)	Disertación	Psicólogos en formación	10	Pre-post (Experimental: 10)	IBM; 8-S	Empatía		Empatía	
		No Pacientes	-	-		IRI	-	IRI: ↓ Malestar personal	-
Bellosta-Batalla et al. (2020)	Revisión por pares	Psicólogos en formación	90	ECA (Experimental: 37 Control Activo: 27 Lista de Espera: 26)	IBMC; 8-S	Empatía	-	Empatía	-
		No Pacientes	-	-		IRI		IRI: ↑ Toma de perspectiva	
						RMET		sOXT: ↑sOXT	
						sOXT		Sin mejoras	
								RMET	

Boecker & Horn, 2016	Revisión por pares	Psicólogos en formación	20	ECA (Experimental: 10 Control: 10)	IBM; 8-S	Empatía IRI	-	Empatía ↑IRI	-
		No Pacientes	-	-					
Chan et al. (2021)	Revisión por pares	Psicólogos en formación	50	ECA (Experimental: 25 Control: 25)	TCBM; 8-S	Empatía IRI	-	Empatía IRI: ↑ Toma de perspectiva	-
		No Pacientes							
Grepmair, et al. (2007)	Revisión por pares	Psicólogos en formación	18	ECA (Experimental: 9 Control: 9)	IBM: 9-S	-	Sintomatología VEV SCL-90-R (GSI)	-	Sintomatología ↑VEV SCL-90-R: ↓ Todas excepto depresión. ↓GSI
		Sí Pacientes	124	(Experimental: 63 Control: 61)					
Hauge (2018)	Disertación	Psicólogos en formación	27	Diseño Intercambio de Tratamiento (Grupo Exp. 1: 13 Grupo Exp. 2: 14)	IBM; 3-S	Empatía TEQ	-	Empatía ↑TEQ	-
		No Pacientes	-	-					
Hopkins & Proeve (2013)	Revisión por pares	Psicólogos en formación	11	Pre-post (Experimental: 11)	TCBM; 8-S	Empatía IRI	-	Sin mejoras	-
		No Pacientes	-	-					

Ivanovic et al. (2015)	Revisión por pares	Psicólogos en formación Sí Pacientes	31 126	Pre-post (Experimental: 31) (Experimental: 126)	IBM; 5-S	-	Alianza Terapéutica TPI-P	-	Sin mejoras
Mills (2010)	Disertación	Psicólogos en formación No Pacientes	25 -	Estudio Controlado (Experimental: 13 Control: 12) -	TCBM; 8-S	Empatía IRI	-	Empatía ↑IRI: ↑Preocupación empática	-
Newton (2018)	Disertación	Psicólogos en formación Sí Pacientes	3 3	Diseño Base Múltiple (Experimental:3) (Experimental:3)	IBM; 4-S + Práctica individual	Alianza Terapéutica BLRI	Alianza Terapéutica BLRI Sintomatología OQ-45.2	Alianza Terapéutica BLRI: ↑Empatía	Sin mejoras
Rimes & Wingrove (2010)	Revisión por pares	Psicólogos en formación No Pacientes	20 -	Pre-post (Experimental: 20) -	TCBM; 8-S	Empatía IRI	-	Sin mejoras	-
Rissman (2013)	Disertación	Psicólogos en formación No Pacientes	27 -	Pre-post (Experimental: 27) -	IBM; Curso académico	Empatía IRI	-	Empatía IRI: ↑Toma de perspectiva	-

Schomaker (2003)	Disertación	Profesionales Salud Mental	17	Diseño Caso Único (Tiempo 1: 9 Tiempo 2: 8)	IBM; 6-S	Empatía IRI Alianza Terapéutica SRS	Alianza Terapéutica SRS	Empatía IRI: ↑ Toma de perspectiva Alianza Terapéutica ↑ SRS	Sin mejoras
Simons (2014)	Disertación	Psicólogos en formación	23	ECA (Experimental: 12 Control Activo: 11)	IBM; 7-S	-	Alianza Terapéutica TPS-P SRS	-	Sin mejoras
		Sí Pacientes	43	(Experimental: 21 Control: 22)					
Spragg (2012)	Disertación	Psicólogos en formación	16	ECA (Experimental: 8 Control: 8)	REBM; 8-S	Empatía IRI	-	Sin mejoras	-
		No Pacientes	-	-					
Swift et al. (2017)	Revisión por pares	Psicólogos en formación	40	ECA (Experimental: 20 Control Lista de Espera: 20)	IBM; 5-S	-	Alianza Terapéutica TPI-P	-	Sin mejoras
		Sí Pacientes	131	-					

Características de la muestra y sociodemográficos

Los 16 estudios incluyeron un total de 760 personas de entre 18 y 74 años ($M = 28,1$, $DT = 3,9$). De estos estudios, 15/16 (93,8%) se realizaron con una muestra de estudiantes de licenciatura, maestría o doctorado en psicología, y 1/16 (6,3%) se realizó con psicoterapeutas en activo. Los tamaños de muestra de los estudios revisados variaron de 3 a 157 participantes ($M = 52,5$, $DT = 48$) y fueron predominantemente mujeres, con una media del 80,6% ($DT = 19,5$) de participantes femeninas. Además, en los 2/16 (12,5%) estudios en los que se realizó una evaluación de la sintomatología de los pacientes, se incluyeron un total de 133 pacientes ($M = 66,5$, $DT = 57,5$), con una edad media de 29,9 ($DT = 9,15$).

Calidad de los datos

Con respecto a la calidad de los datos (Figura 4), se muestra el riesgo de sesgo de los estudios ECA sobre el sesgo de selección, realización, detección y manejo de datos de resultado.

Primero, el sesgo de selección se dividió entre: la generación de secuencia aleatorizada, en la que el 100% de los estudios mostró un bajo riesgo de sesgo porque todos fueron aleatorizados, y el ocultamiento de la asignación, que explica el modo de aleatorización que se siguió, y en el que todos los estudios (100%) tuvieron un riesgo bajo.

También se evaluó el sesgo de realización. En este punto, el riesgo de sesgo fue alto para 6/7 estudios (85,7%), ya que era imposible que los participantes desconocieran la intervención, excepto en un caso en el que solo se evaluó a los pacientes y no conocían la intervención de sus psicoterapeutas. En cuanto al sesgo de detección, no se considera

que la ausencia de cegamiento de los evaluadores suponga un riesgo de sesgo. Por esta razón, todos los estudios (100%) tienen un riesgo bajo de sesgo de detección.

De manera similar, se evaluó el manejo de los datos de resultado de los estudios. En 6/7 (85,7%) estudios no hubo abandonos o se informaron las causas y los momentos de estos abandonos, por lo que hubo un bajo riesgo de sesgo. Finalmente, encontramos que 7/7 (100%) de los estudios mostraron un riesgo sesgo poco claro en la notificación, dado que no reportan haber registrado el protocolo del estudio, basándonos en la Herramienta de Colaboración Cochrane esto no se considera que esto implique riesgo de sesgo. El acuerdo entre los revisores para la evaluación de la calidad fue alto ($\kappa = .90$).

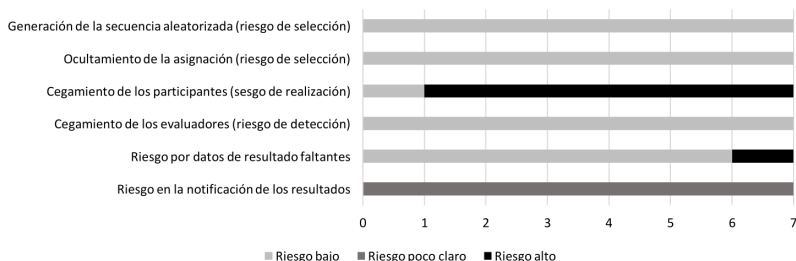


Figura 2. *Gráfico del riesgo de sesgo de los ECA*

Se evaluó el riesgo de sesgo de los estudios pre-post para el sesgo de confusión en la línea de base, el sesgo de selección, el sesgo de intervención, el desgaste y el sesgo de notificación de resultados (Tabla 5).

En primer lugar, el sesgo de confusión fue bajo para 8/9 (88,9%) estudios, ya que no hubo un grupo control y la intervención

fue similar para todos los participantes, excepto en un caso. En 1/9 (11,1%) hubo una inclusión intencional, por lo que el riesgo de sesgo fue moderado. En cuanto al sesgo de selección, fue bajo para 3/9 (33,3%) estudios en los que la selección de los participantes se decidió según la disponibilidad. Este sesgo fue moderado para 5/9 (55,6%) estudios, ya que los participantes eligieron participar o no, por lo que podría haber un sesgo en su motivación. 1/9 (11,1%) tampoco informó los criterios de selección, por lo que el riesgo de sesgo fue alto para este estudio.

Tabla 5. Riesgo de sesgo de los estudios pre-post

Estudios	Sesgo de confusión en la línea base	Sesgo de selección	Sesgo de intervención	Desgaste	Sesgo en notificar resultados
Ballinger (2013)	Bajo Sin sesgo de confusión.	Moderado Terapeutas eligen participar.	Bajo Sin otras intervenciones mindfulness.	Bajo Informa datos participantes faltantes.	Bajo Informa de todos los resultados.
Hauge (2018)	Bajo Sin sesgo de confusión.	Bajo Sin sesgo de selección.	Moderado Otra intervención mindfulness controlada.	Alto Datos participantes faltantes. No informan.	Bajo Informa de todos los resultados.
Hopkins & Proeve (2013)	Bajo Sin sesgo de confusión.	Moderado Terapeutas eligen participar.	Bajo Sin otras intervenciones mindfulness.	Bajo No hay datos participantes faltantes.	Bajo Informa de todos los resultados.
Ivanovic et al. (2015)	Bajo Sin sesgo de confusión.	Bajo Terapeutas seleccionados: disponibilidad.	Bajo Sin otras intervenciones mindfulness.	Bajo No hay datos participantes faltantes.	Bajo Informa de todos los resultados.

Mills (2010)	Bajo Sin sesgo de confusión.	Alto Terapeutas eligen participar. No informa de los criterios.	Bajo Sin otras intervenciones mindfulness.	Bajo No hay datos participantes faltantes.	Bajo Informa de todos los resultados.
Newton (2018)	Bajo Sin sesgo de confusión.	Moderado Muestreo intencional.	Bajo Sin otras intervenciones mindfulness.	Bajo No hay datos participantes faltantes.	Bajo Informa de todos los resultados.
Rimes & Wingrove (2010)	Bajo Sin sesgo de confusión.	Moderado No informa de los criterios.	Bajo Sin otras intervenciones mindfulness.	Bajo No hay datos participantes faltantes.	Bajo Informa de todos los resultados.
Rissman (2013)	Bajo Sin sesgo de confusión.	Moderado No informa de los criterios.	Bajo Sin otras intervenciones mindfulness.	Bajo No hay datos participantes faltantes.	Bajo Informa de todos los resultados.
Schomaker (2003)	Moderado Inclusión intencional.	Bajo Terapeutas seleccionados: disponibilidad.	Bajo Sin otras intervenciones mindfulness.	Bajo No hay datos participantes faltantes.	Bajo Informa de todos los resultados.

El sesgo de intervención fue moderado para 1/9 (11,1%) estudio, ya que los participantes de IBM también llevaron a cabo otra formación que incluía aspectos de mindfulness. Sin embargo, controlaron este factor. Todos los demás estudios 8/9 (88,9%) tuvieron un sesgo bajo ya que no hubo otras intervenciones paralelas al IBM.

El sesgo de desgaste fue bajo para 8/9 (88,9%) estudios porque no tenían datos de los participantes faltantes o porque se informaron los datos faltantes. En otro estudio, 1/9 (11,1%) el sesgo de desgaste fue alto, ya que faltan datos de los participantes y no se informa de las

razones. Finalmente, se evaluó el sesgo de notificación de los resultados. El 100% de los estudios informó todos los resultados, por lo que el riesgo de sesgo fue bajo. El acuerdo entre los revisores para la evaluación de la calidad fue alto ($\kappa = .86$).

Efectos en los psicoterapeutas

Mindfulness. De los 16 estudios, 12 (75%) midieron los niveles autoinformados de mindfulness en psicoterapeutas como una medida de la efectividad de las IBMs (ej., Ballinger, 2013). En ellos se utilizaron diferentes instrumentos de evaluación. En 2/12 de los estudios (16,7%) (Rissman, 2013; Mills, 2010) se utilizó la escala *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown & Ryan, 2003), 9/12 (75%) de los estudios (ej., Bohecker & Horn, 2016) utilizaron el *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer et al., 2006), 2/12 (16,7%) (Simons, 2014; Swift et al., 2017) utilizaron el *Toronto Mindfulness Scale* (TMS; Lau et al., 2006), y 1/12 (8,3%) (Spragg, 2012) utilizó el *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS; Baer et al., 2004).

En todos los estudios se observó un aumento generalizado de esta variable, lo que indica que las IBMs aplicadas influyen en la adquisición de habilidades mindfulness de la forma esperada.

Empatía. Entre los estudios revisados, 11/16 (68,8%) midieron los efectos de una IBM en la empatía autoinformada por los psicoterapeutas. Entre los instrumentos de evaluación, 10/11 estudios (90,9%) utilizaron el *Interpersonal Reactivity Index* (IRI; Davis, 1980), un autoinforme de reactividad interpersonal que evalúa un concepto más amplio que la empatía, y que se compone de dos escalas cognitivas y dos emocionales. En esta revisión sistemática solo se han incluido las

subescalas de toma de perspectiva (entendida como empatía cognitiva) y preocupación empática (entendida como empatía emocional), dado que la fantasía puede entenderse más como una medida de absorción de rasgos que de empatía (Murphy et al. ., 2018), y el malestar personal podría dificultar el establecimiento de la empatía por el contagio de emociones negativas en el psicoterapeuta (Singer & Klimecki, 2014). Por otro lado, 1/11 estudio (9,1%) utilizó el *Toronto Empathy Questionnaire* (TEQ; Spreng et al., 2009), en el que se evalúan dos factores de la empatía cognitiva: la curiosidad y la descentración (Hauge, 2018). En uno de estos estudios (9,1%) (Bellosta-Batalla et al., 2020), las medidas autoinformadas se complementaron con una evaluación de la capacidad de reconocimiento emocional, utilizando el *Reading the Mind in the Eyes Test* (RMET; Baron-Cohen et al., 2001), y una medida biológica de los niveles basales de oxitocina en la saliva (Carter et al., 2007). Finalmente, 1/16 estudios (6,3%) en esta revisión (Newton, 2018) obtuvo medidas de empatía utilizando el *Barrett-Lennard Relationship Inventory* (BLRI; Barrett-Lennard, 2015), un instrumento de evaluación diseñado para medir la alianza terapéutica, que evalúa la percepción que los pacientes tienen del terapeuta a través de cuatro dimensiones: empatía, congruencia, consideración y respeto incondicional. En este estudio se midió la alianza terapéutica pero finalmente solo se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos en la escala de empatía. Por lo tanto, 12/16 (75%) estudios obtuvieron resultados de empatía.

Los resultados indican un aumento en 8/12 (66,7%) estudios en empatía al final de la IBM. En cuanto a las medidas autoinformadas, 4/12 estudios (33,3%) encontraron mejoras en las subescalas cognitivas al final de la intervención y uno (8,3%) en la evaluación de

seguimiento. Un total de 4/12 estudios (33,3%) observaron mejoras en las subescalas emocionales. Uno de estos estudios informó un aumento en la escala de preocupación empática (Mills, 2010). Un estudio (8,3%) también obtuvo un aumento en la subescala de empatía medida por el BLRI (Newton, 2018). Además, en el estudio que incluyó una medida de desempeño y una medida biológica para la evaluación de la empatía (8,3%), se observó un aumento en los niveles de oxitocina salival basal (Bellosta-Batalla et al., 2020).

Efectos en alianza terapéutica

Cinco estudios, 5/16 (31,3%) recopilaban datos sobre alianza terapéutica. Todos ellos (100%) recogieron datos sobre la alianza terapéutica medida por los pacientes, y 2/5 (40%) también la evaluaron en los psicoterapeutas. Para la evaluación de la alianza terapéutica, 2/5 (40%) utilizaron el *Therapist Presence Inventory-Patients* (TPI-P). Dos de los estudios (40%) utilizaron la *Session Rating Scale* (SRS; Miller et al., 2000) para medir la alianza terapéutica percibida por pacientes y psicoterapeutas, a través de 4 elementos: vínculo, acuerdo sobre los objetivos de la terapia, percepción del paciente sobre el enfoque del psicoterapeuta y percepción de la sesión por parte del paciente. Finalmente, un solo estudio (20%) midió esta variable con la *Therapist Presence Scale-Patients* (TPS-P), que fue creada por el investigador (Simons, 2014).

Los resultados de estos estudios indican mejoras en 1/5 (20%) estudio en la evaluación realizada por psicoterapeutas. Se observó un incremento en la puntuación que los psicoterapeutas hicieron de la sesión, medida por la SRS, respecto a la concordancia sobre las metas psicoterapéuticas logradas con sus pacientes (Schomaker, 2003).

Efectos en la sintomatología de los pacientes

De los dieciséis estudios analizados en esta revisión sistemática, 2 (12,5%) de ellos recopilaron datos de sintomatología autoinformada por los pacientes después de aplicar una IBM a sus psicoterapeutas (Grepmaier et al., 2007; Newton, 2018).

Uno de los estudios (1/2, 50,0%) (Grepmaier et al., 2007) midió la sintomatología con el *Questionnaire of Changes in Experience and Behavior* (VEV; Zielke & Kopf-Mehnert, 1978), que realiza una valoración cuantitativa entre relajación/tensión, estoicismo/inseguridad y optimismo/pesimismo; y la *Symptom CheckList-90-Revised* (SCL-90-R; Franke, 2002) que mide el malestar percibido en los últimos 7 días, tanto físico como psicológico, a través de 9 escalas: somatización, obsesión/compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideas paranoicas y psicoticismo-, y que también incluye un *Índice de Severidad Global* (GSI), que mide el estrés psicológico básico. El otro estudio (1/2, 50,0%) (Newton, 2018) utilizó el *Outcomes Questionnaire* (OQ-45.2; Lambert et al., 1996) un autoinforme de la sintomatología percibida que da una puntuación global del resultado.

Como se indicó en el apartado anterior, se observaron diferencias en los resultados entre el estudio que aplicó 9 sesiones (Grepmaier et al., 2007) y el estudio que implementó 4 sesiones (Newton, 2018). Los resultados solo mostraron mejoras en la mitad (50%) de los estudios (Grepmaier et al., 2007). En este estudio, se observaron puntuaciones más bajas en las escalas de somatización, obsesión/compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideas paranoicas y psicoticismo del SCL-90-R,

además de una mejora en el GSI. También se encontraron mejoras en los resultados del tratamiento percibidos medidos por VEV.

Discusión

En esta revisión sistemática analizamos los efectos de las IBMs en psicoterapeutas, estudiando sus beneficios en empatía, alianza terapéutica y sintomatología del paciente. Una gran parte de los estudios incluyó medidas de mindfulness para verificar la efectividad de las intervenciones. Las IBMs realizadas en los diferentes estudios han demostrado ser efectivas para incrementar las variables de mindfulness, independientemente del número de sesiones y la frecuencia (p. Ej., Bohecker & Horn, 2016; Hauge, 2018).

En primer lugar, respecto a la efectividad de las intervenciones, 8 estudios encontraron que las IBMs son efectivas para mejorar los niveles de empatía. Entre estos estudios, solo 3 fueron ECA (Bellosta-Batalla et al., 2020; Bohecker & Horn, 2016; Chan et al., 2021), por lo que debemos tomar estos resultados con cautela. Observamos mejoras en las puntuaciones de empatía cognitiva. El que obtuvo mejores resultados fue la escala de toma de perspectiva, medida por el IRI, que se refiere a los intentos espontáneos de adoptar el punto de vista de los demás. Esta habilidad puede estar relacionada con la aceptación, apertura y capacidad de estar presente desarrolladas a través de IBMs (Davis & Hayes, 2011). También se observaron aumentos en la empatía emocional. Más específicamente, la escala de preocupación empática, medida por el IRI, que se relaciona con la capacidad adquirida en una IBM para ser más consciente, receptivo y estar más en sintonía con los pacientes durante las sesiones de psicoterapia (Aiken, 2006; Baer et al.,

2004; Brown y Ryan, 2003; McCollum y Gehart, 2010; Sweet y Johnson, 1990).

Estas habilidades interpersonales se desarrollan en las IBMs (Brito, 2013) mediante el entrenamiento de las actitudes mindfulness (Kabat-Zinn, 2003) y la adquisición de una mayor regulación atencional y emocional (Hölzel et al., 2011).

Los resultados observados en esta revisión sistemática no van en la misma dirección que sugiere el metaanálisis de Cooper et al. (2020) sobre los efectos de las IBMs en la empatía del psicoterapeuta. Los investigadores solo encontraron una relación significativa entre mindfulness y empatía, aunque no obtuvieron evidencia suficiente de los posibles beneficios de aplicar una IBM para el desarrollo de la empatía del psicoterapeuta. Probablemente estas diferencias se deban a que en el metaanálisis solo se incluyeron los estudios que aplicaron intervenciones estandarizadas de 8 o más sesiones, basadas en REBM o TCBM, lo que implica que no se consideraron muchos estudios con IBMs breves y no estandarizadas, resultando en muy pocos estudios experimentales.

A pesar de estos resultados, es importante señalar que todos menos uno de los estudios registraron medidas autoinformadas. En este estudio, se recogieron medidas biológicas y se encontraron resultados positivos (Bellosta-Batalla et al., 2020). En este sentido, es posible que los resultados de empatía autoinformada por los psicoterapeutas incluyan una serie de sesgos, debido a una sobreestimación de sus capacidades empáticas.

En cuanto a la evaluación de la alianza terapéutica, de los 5 estudios que la midieron, solo 2 son ECA (Simons, 2014; Swift et al., 2017). Esta variable se ha medido en menos de la mitad de los estudios

incluidos, y solo uno de ellos ha encontrado alguna mejora en los resultados, siendo un estudio no controlado. Cabe señalar que este estudio encontró resultados en las evaluaciones realizadas por los propios psicoterapeutas (Schomaker, 2003), y no en las realizadas por sus pacientes. Entendiendo la alianza terapéutica como un conjunto de aspectos holísticos de colaboración entre el psicoterapeuta y el paciente (Flückiger et al., 2018), la medición de esta variable debe dar la misma información cuando es evaluada por psicoterapeutas que cuando es evaluada por sus pacientes. Sin embargo, varios estudios longitudinales han examinado la relación entre la alianza terapéutica y los resultados de la psicoterapia y han encontrado que los cambios medidos por el paciente en la alianza terapéutica se asocian en mayor medida con cambios en los síntomas posteriores (Falkenström et al., 2016; Feeley et al., 1999; Strunk et al., 2010; Xu y Tracey, 2015; Zilcha-Mano et al., 2016). Otros estudios han observado una relación entre los resultados percibidos por el paciente y los del psicoterapeuta (Flückiger et al., 2018). Sin embargo, nuestros resultados indican que en la mayoría de los casos los pacientes perciben que la alianza establecida permanece como era antes de la IBM. Esto podría indicar que el aumento se produce en la confianza o consciencia del psicoterapeuta en el desarrollo de estas habilidades, más que en una mejora efectiva en la alianza terapéutica percibida por los pacientes.

En cuanto a la sintomatología del paciente, solo dos estudios registraron los beneficios percibidos en los pacientes al finalizar la IBM (Grepmaier et al., 2007; Newton, 2018). Uno de estos estudios fue un ECA y encontró mejoras significativas en la sintomatología de los pacientes (Grepmaier et al., 2007). Es importante señalar que en el otro estudio, no tenían grupo control, y la muestra incluyó solo a 3

psicoterapeutas (Newton, 2018), lo que nos impide comparar los resultados encontrados en cada estudio. Dado que solo hay dos estudios experimentales que han abordado esta pregunta, se necesita una investigación más extensa sobre los posibles efectos de las IBMs en los resultados de la psicoterapia.

Como hemos señalado anteriormente, los resultados en cuanto a la empatía y la alianza terapéutica no parecen verse afectados por la duración y el diseño de las distintas IBMs aplicadas en los diferentes estudios. Además, aunque se observan diferencias en la sintomatología de los pacientes, solo disponemos de dos estudios que registran esta variable, y uno de ellos (Newton, 2018) tiene una muestra muy limitada, por lo que no podemos comparar los efectos reales de la IBM sobre los resultados de psicoterapia. Dado que no tenemos evidencia sobre el efecto que la duración y el diseño de la IBM puede tener sobre los resultados, este factor debería ser estudiado más ampliamente en el futuro.

Implicaciones en la práctica clínica

Estos resultados tienen una serie de implicaciones para la práctica clínica. Primero, aunque parece haber una tendencia positiva en los resultados de empatía, la evidencia encontrada hasta ahora muestra serias limitaciones en términos de diseño y confiabilidad, por lo que se necesitan más estudios para confirmar si las IBMs pueden ser una buena opción en la formación de psicoterapeutas para desarrollar empatía. Por otro lado, la evidencia sobre la eficacia de las IBMs para mejorar la alianza terapéutica es escasa, dado que la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión sistemática no encontraron mejoras en esta variable. Sin embargo, se encontró evidencia sobre los efectos

positivos de las IBMs para el desarrollo de la alianza terapéutica en un estudio correlacional (Ryan et al., 2012). Más específicamente, se encontró una relación entre la atención sostenida y la alianza de trabajo, y entre la aceptación sin juicios y la alianza terapéutica. También se han encontrado resultados positivos en esta variable medida por psicoterapeutas con la práctica de mindfulness antes de una sesión de terapia (Stone et al., 2018). Finalmente, solo disponemos de 2 estudios que han evaluado los síntomas de los pacientes como consecuencia de una IBM aplicada a sus terapeutas. Por esta razón, no podemos sacar conclusiones sobre los efectos sobre esta variable.

Además, se puede esperar que los resultados encontrados después de las IBMs en términos de empatía se relacionen con mejoras en la alianza terapéutica. En este sentido, en un estudio experimental se observó una relación entre la empatía reportada por los psicoterapeutas y los niveles de mindfulness y alianza terapéutica (Leonard et al., 2018). Es decir, encontraron que los psicoterapeutas con niveles más altos de mindfulness eran más capaces de mantener una alianza terapéutica eficaz. En este estudio, los autores argumentan que la capacidad adquirida en una IBM para comprender al otro sin reaccionar ante sus emociones, ayuda a mantener la relación terapéutica. Dada la escasa evidencia que tenemos hasta el momento, es necesario continuar la investigación con más estudios empíricos en los que analizar la influencia directa de una IBM en el desarrollo de estas variables.

Además, habría que considerar si la mejora de la empatía y la alianza influyen realmente en la sintomatología de los pacientes. Entendiendo que parte del éxito del proceso psicoterapéutico pasa por la mejora de los síntomas del paciente (Lorentzen & Hoglend, 2004), contamos con muy pocos estudios que hayan podido comprobar su

eficacia. Además, este es solo un indicador específico y otras variables como el bienestar percibido, la duración del tratamiento o las expectativas con respecto a la psicoterapia también pueden relacionarse con los beneficios de la intervención psicoterapéutica (Popescu, 2012). Si este fuera el caso, gran parte de la investigación que hemos encontrado hasta ahora no estaría proporcionando conclusiones completas sobre los beneficios que las IBMs pueden tener en la práctica psicoterapéutica.

Los resultados en empatía tras una IBM son limitados, y no es posible afirmar que sean beneficiosos para el desarrollo de la alianza terapéutica, ni para la mejoría de los síntomas de los pacientes. Estos resultados plantean una serie de interrogantes sobre la utilidad real que pueden tener las IBMs en el campo de la psicoterapia. No podemos saber si las mejoras en la empatía como consecuencia de la IBM tienen un efecto real en el trabajo realizado en la práctica psicoterapéutica, dado que no parecen estar relacionadas con mejoras en la alianza terapéutica. Además, si estas mejoras se dan solo en las medidas autopercebidas por los psicoterapeutas, es posible que no estén teniendo un impacto real en la percepción del paciente y los resultados de la psicoterapia. A pesar del uso masivo del mindfulness por parte de muchos psicoterapeutas y su integración en la práctica diaria, el impacto que tiene en la práctica psicoterapéutica apenas ha sido investigado. Es necesario ampliar la investigación, apoyándose en diseños estandarizados y muestras más grandes de psicoterapeutas y pacientes, para comprobar si la adquisición de habilidades entrenadas en una IBM puede tener efectos beneficiosos en la psicoterapia. Además, la investigación sobre los efectos de las IBMs sobre la alianza terapéutica y sobre la sintomatología del paciente podría tener un

impacto relevante en la formación y comprensión de diversas habilidades psicoterapéuticas, dado que nos daría un mayor número de herramientas a desarrollar en el campo de la psicoterapia.

Limitaciones de los estudios incluidos en esta revisión sistemática

En primer lugar, solo contamos con cuatro estudios que realizaron seguimientos sobre los efectos de las IBMs en psicoterapeutas a largo plazo, lo que puede afectar a los resultados en este sentido, ya que se ha demostrado que las IBMs producen un mayor efecto sobre la conducta y la adquisición de las actitudes mindfulness de los meditadores después de unos meses de práctica (Grossman, 2010; Kabat-Zinn, 2005).

Además, se observaron algunos problemas de calidad en los estudios examinados después de evaluar el riesgo de sesgo. Muchos de los estudios (62,5%) tenían tamaños de muestra limitados, lo que dificulta identificar pequeños cambios y generalizar los resultados.

Además, el 93,8% del total de participantes todavía estaba en formación, lo que dificulta la generalización de los resultados a los psicoterapeutas que atienden activamente a pacientes. Algunas investigaciones sugieren que los efectos de las IBMs pueden variar potencialmente cuando se aplican a estudiantes o profesionales de la salud (Smith, 2014). Probablemente esto se deba a que las tareas realizadas durante el entrenamiento y el estrés asociado a ellas son diferentes al experimentado en la atención profesional (Lamothe et al., 2016). También es importante señalar que solo uno de los estudios abordó la formación de instructores (Chan et al., 2021), lo que puede afectar directamente los resultados, teniendo en cuenta que las

habilidades del instructor son fundamentales para asegurar un cierto nivel de estandarización entre los estudios (Miller & Rollnick, 2014).

Finalmente, ninguno de los estudios ha incluido la evaluación de la empatía del psicoterapeuta, la alianza terapéutica y la sintomatología del paciente en conjunto, por lo que no tenemos un modelo completo que nos ayude a comprender qué factores están afectando a la mejora de los síntomas del paciente. Además, es difícil atribuir el efecto de la IBM en los resultados de los pacientes, ya que ningún estudio examinó el efecto de mediación de la variable *mindfulness* en los psicoterapeutas sobre la empatía percibida, la alianza terapéutica o los resultados de los pacientes. También encontramos que, en algunos de los estudios analizados, los pacientes entregaron sus evaluaciones a sus psicoterapeutas (Ivanovic et al., 2015), introduciendo un posible sesgo de respuesta por efecto de la discapacidad social y la falta de anonimato que esto conllevaba. Todo esto plantea una gran dificultad para poder generalizar los resultados obtenidos por cada uno de estos estudios.

Limitaciones de esta revisión sistemática

En primer lugar, es importante señalar que los criterios de inclusión para esta revisión sistemática contemplaron solo los estudios que realizaron análisis cuantitativos, por lo que un elevado número de estudios que abordaron los efectos de las IBMs en el proceso y los resultados de la psicoterapia quedaron fuera porque incluían únicamente resultados cualitativos. Además, se excluyeron de esta revisión los estudios con diferentes metodologías en las que se aplicaron prácticas de *mindfulness* antes de las sesiones de psicoterapia

y se evaluaron los efectos obtenidos tras cada sesión (Dunn et al., 2012; Stone et al., 2018).

En segundo lugar, hay una serie de variables que pueden estar afectando a los resultados obtenidos en los estudios y que no se tuvieron en cuenta a la hora de buscar y seleccionar artículos. No se hizo distinción entre las orientaciones psicoterapéuticas de los participantes, a pesar de que algunos de ellos pueden tener similitudes con habilidades entrenadas en una IBM, como algunas terapias de tercera generación o la terapia de aceptación y compromiso (Moñivas et al., 2012). Además, no hubo distinción entre los diferentes tipos y niveles de sintomatología de los pacientes que participaron en los estudios.

Líneas futuras de investigación

En futuras investigaciones será necesario incluir la evaluación de grupos de control para obtener resultados fiables sobre la efectividad de una IBM sobre la empatía, la alianza terapéutica y la sintomatología del paciente. Asimismo, sería importante comparar sus efectos con intervenciones específicas dirigidas a desarrollar empatía y alianza terapéutica. De esta manera, podríamos evaluar si las IBMs brindan beneficios adicionales con respecto a las intervenciones actuales dirigidas a la formación de psicoterapeutas (Barone et al., 2005).

Además, es necesario aplicar IBMs estandarizadas para hacer más accesible la comparación de los resultados obtenidos tras la práctica del mindfulness. En esta línea, sería muy interesante estudiar si las versiones reducidas de IBMs son igualmente efectivas que las IBMs estandarizadas y protocolizadas, en los resultados obtenidos por los psicoterapeutas y sus pacientes. Asimismo, existen interesantes iniciativas para evaluar los efectos del entrenamiento en mindfulness

en psicoterapeutas desde un marco metodológico diferente. En este sentido, también se podrían analizar en profundidad los estudios que realizan breves sesiones de mindfulness antes del trabajo psicoterapéutico. También sería interesante ver el papel que juegan las intervenciones basadas en compasión (IBC), dado que se ha demostrado que son más efectivas que las IBMs para aumentar la empatía (Brito et al., 2018).

Además, es importante incluir seguimientos en el futuro para tener una medida de efectividad a medio-largo plazo, pudiendo así sacar conclusiones más específicas sobre los efectos que estas intervenciones pueden tener en la práctica psicoterapéutica. A lo largo de esta revisión sistemática, hemos visto cómo algunos estudios incluían evaluaciones que los pacientes proporcionaban directamente a sus psicoterapeutas. En este sentido, sería necesario contar con estrategias de medición y recolección de datos que no impliquen el acceso de los psicoterapeutas a las evaluaciones de sus pacientes para evitar posibles sesgos en las respuestas de estos últimos.

Centrándonos en la muestra de los estudios, sería interesante contar con profesionales en psicoterapia activos, dado que la mayoría de estudios evalúan los efectos de una IBM en estudiantes de psicología. Este factor nos impide conocer la influencia real de estas intervenciones en la alianza terapéutica establecida con sus pacientes y en la evolución de sus síntomas. Otro aspecto importante a evaluar sería el de las distintas orientaciones psicoterapéuticas. Esto nos daría la posibilidad de observar si existen diferencias en los beneficios que aporta mindfulness sobre el desarrollo de la empatía y la alianza terapéutica, y si estos resultados se reflejan en la sintomatología de los pacientes en función del abordaje desde el que trabaja el profesional.

Además, tenemos una gran variedad de contextos en los diferentes estudios; en algunos de ellos la evaluación de la psicoterapia se realiza en hospitales (ej., Grepmaier et al., 2007) y otros en consultas privadas (ej., Swift et al., 2017), o en universidades (ej., Bellosta-Batalla et al., 2020). Esto significa que los profesionales se enfrentan a diferentes niveles de estrés, que encontramos pacientes con diferentes niveles socioeconómicos, una gran variedad de perfiles -terapeutas y pacientes de diferentes países, etnias y edades-, además de diferentes niveles de gravedad en cuanto a la sintomatología del paciente. Este es un campo que no ha sido explorado y puede ser interesante estudiarlo en futuras investigaciones para ampliar nuestro conocimiento de los diferentes contextos de la práctica psicoterapéutica y su impacto en los resultados de los pacientes. Finalmente, también nos parece necesario investigar de forma controlada el nivel de práctica previa en mindfulness de los psicoterapeutas para ver si esto puede influir en los resultados. En muchos estudios de esta revisión sistemática, hemos observado que algunos de los participantes tenían experiencia previa en mindfulness y otros no (ej., Hopkins & Proeve, 2013), lo que supone una clara limitación al comparar los datos de uno y otro.

En cuanto a los efectos sobre los pacientes, es necesario incrementar los estudios en los que se evalúa la influencia de la IBM sobre la sintomatología, e incluir algunas variables relevantes que nos den información sobre los beneficios de la psicoterapia (Lorentzen & Hoglend, 2004). En este sentido, sería interesante contar con medidas de bienestar, satisfacción con la vida (Cuadra-Peralta et al., 2010), y satisfacción con la psicoterapia (Brady et al., 2011) o incluso sobre la

percepción que los pacientes tienen sobre la efectividad de las sesiones (Ivanovic, 2016).

Existen muy pocos estudios que evalúen el impacto de las IBMs sobre la alianza terapéutica y sobre los efectos en la sintomatología del paciente, y los estudios que encontramos no obtienen resultados concluyentes. Por ello, es necesario ampliar la investigación en este sentido para comprender mejor el impacto de estas intervenciones en el campo de la psicoterapia.

También es importante en futuros estudios contar con modelos completos que evalúen tanto el desarrollo de la empatía como la alianza establecida, así como las repercusiones que esto tiene sobre los resultados psicoterapéuticos observados en sus pacientes. Sería igualmente interesante realizar modelos estadísticos que nos permitan analizar las relaciones entre los resultados de los psicoterapeutas y los resultados de cada uno de sus pacientes, estableciendo diadas que nos permitan obtener conclusiones más específicas sobre los efectos de una IBM en el trabajo psicoterapéutico.

Conclusiones

Esta revisión sistemática ha analizado los estudios disponibles sobre los efectos de las IBMs sobre la empatía, la alianza terapéutica y la evolución sintomática de los pacientes. Los resultados son limitados en términos de aumento de la empatía después de una IBM evaluada por el psicoterapeuta. Por otro lado, no tenemos suficientes resultados que demuestren una influencia beneficiosa de las IBMs en el establecimiento de una buena alianza terapéutica, así como en la evolución de la sintomatología de los pacientes. A pesar de la escasa evidencia encontrada en los estudios de esta revisión, otras

investigaciones correlacionales y cualitativas han encontrado que estas intervenciones pueden representar una estrategia beneficiosa en la formación de psicoterapeutas, con el fin de mejorar la práctica psicoterapéutica e incrementar así los beneficios obtenidos por sus pacientes (Dekeyser et al., 2008; Razzaque et al., 2013; Rothaupt y Morgan, 2007). El estudio de la relación entre psicoterapeutas y pacientes presenta una dificultad añadida a la investigación en psicoterapia, ya que es enormemente difícil contar con una muestra significativa de psicoterapeutas que quieran participar en la investigación junto con sus pacientes, los cuales deben ser anónimos y confidenciales. Además, existe una dificultad en la recogida de instrumentos durante el tiempo que dura la investigación, más aún si se incluye una evaluación de seguimiento, ya que, en muchos casos, las medidas del paciente deben estar disponibles de forma indirecta. Finalmente, las diferentes metodologías e instrumentos de evaluación que se pueden utilizar para medir estas variables permiten extraer diferentes conclusiones sobre los resultados. Por ejemplo, algunos instrumentos de empatía ofrecen medidas de resultado globales (TEQ; Spreng et al., 2009), mientras que otros ofrecen variedad de subescalas que distinguen entre empatía cognitiva o emocional (IRI; Davis, 1980). Por todo ello, es necesario en el futuro contar con estudios con metodologías y diseños de mayor calidad, así como con poblaciones más homogéneas e IBMs estandarizadas para poder realizar comparaciones entre los diferentes resultados.

Bibliografia

- Aiken, G. A. (2006). *The potential effect of mindfulness meditation on cultivation of empathy in psychotherapy*. (Doctoral dissertation). Saybrook Graduate School and Research Center, San Francisco. Retrieved from ProQuest dissertations and theses database, UMI 3217528.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*(3), 191-206. <http://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*, 27–45. <http://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Barone, D. F., Hutchings, P. S., Kimmel, H. J., Traub, H. L., Cooper, J. T., & Marshall, C. M. (2005). Increasing empathic accuracy through practice and feedback in a clinical interviewing course. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(2), 156–171. <https://doi.org/10.1521/jscp.24.2.156.62275>
- Ballinger, J. A. (2013). *Pilot of a learning management system to enhance counselors' relational qualities through mindfulness-based practices* (Doctoral Dissertation). University of North Texas, Texas, EEUU.
- Barrett-Lennard, G. T. (2015). *The Relationship Inventory: A complete resource and guide*. West Sussex, England: Wiley, Ltd.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the mind in the eyes" test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome

or high functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241–251. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00715>

Bellosta-Batalla, M., Blanco-Gandía, M.C., Rodríguez-Arias, M., Cebolla, A., Pérez-Blasco, J., & Moya-Albiol, L. (2020). Increased salivary oxytocin and empathy in students of clinical and health psychology after a mindfulness and compassion-based intervention. *Mindfulness*, 11, 1006-1017. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01316-7>

Bellosta-Batalla, M., Cebolla, A., Pérez-Blasco, J., & Moya-Albiol, L. (2019). La Empathy en el ejercicio y formación de los psychologists clínicos y sanitaristas, y su relación con mindfulness y compasión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(2), 210–220. <http://doi.org/10.24205/03276716.2019.1095>

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

Boellinghaus, I., Jones, F.W. & Hutton, J. (2014). The Role of Mindfulness and Loving-Kindness Meditation in Cultivating Self-Compassion and Other-Focused Concern in Health Care Professionals. *Mindfulness* 5, 129–138. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0158-6>.

Bohecker, L., & Doughty Horn, E. A. (2016). Increasing students' empathy and counseling self-efficacy through a mindfulness experiential small group. *Journal for Specialists in Group*

- Work*, 41(4), 312-333.
<http://doi.org/10.1080/01933922.2016.1232322>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252–260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Brady, S., O'Connor, N., Burgermeister, D., & Hanson, P. (2011). The impact of mindfulness meditation in promoting a culture of safety on an acute psychiatric unit. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 129–137.
<http://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2011.00315.x>
- Brito, G. (2013). Rethinking mindfulness in the therapeutic relationship. *Mindfulness*, 5(4), 351–359.
<https://doi.org/10.1007/s12671-012-0186-2>
- Brito, G., Campos, D., & Cebolla, A. (2018). Implicit or explicit compassion? Effects of compassion cultivation training and comparison with Mindfulness-based Stress Reduction. *Mindfulness*, 9(3). <http://doi.org/10.1007/s12671-018-0898-z>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
<http://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Bruce, N., Shapiro, S.L., Constantino, M.J., & Manber, R. (2010). Psychotherapist mindfulness and the psychotherapy process. *Psychotherapy theory, research, practice, training*, 47(1), 83-97.
<http://doi.org/10.1037/a0018842>
- Carter, C. S., Pournajafi-Nazarloo, H., Kramer, K. M., Ziegler, T. E., White-Traut, R., Bello, D., & Schwertz, D. (2007). Oxytocin:

- Behavioral associations and potential as a salivary biomarker. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1098(1), 312–322. <http://doi.org/10.1196/annals.1384.006>
- Cebolla, A., Galiana, L., Campos, D., Oliver, A., Soler, J., Demarzo, M., Baños, R. M., Feliu-Soler, A., & García-Campayo, J. (2018). How does mindfulness work? Exploring a theoretical model using samples of meditators and non-meditators. *Mindfulness*, 9(3), 860–870. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0826-7>
- Chan, S. H. W., Yu, C. K.-C., and Li, A. W. O. (2020). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on counseling self-efficacy: A randomized controlled crossover trial. *Patient Education and Counseling*, 104, 360-368. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.022>
- Cohen, J. (1960). “A Coefficient of Agreement for Nominal Scales”. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37–46.
- Cooper, D., Yap, K., O’Brien, M., & Scott, I. (2020). Mindfulness and empathy among counseling and psychotherapy professionals: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 11, 2243-2257. <http://doi.org/10.1007/s12671-020-01425-3>.
- Coutinho, J. F., Silva, P. O., & Decety, J. (2014). Neurosciences, empathy, and healthy interpersonal relationships: Recent findings and implications for counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 61(4), 541-548. <https://doi.org/10.1037/cou0000021>.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Ibergaray-Pérez, M., & Rocha-Zúñiga, M. (2010). Positive psychotherapy results in patients with depression. *Terapia Psicológica*, 28(1), 127-134. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082010000100012>

- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy, 48*(2), 198–208.
<https://doi.org/10.1037/a0022062>
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 10*, 85.
- Decety, J., & Jackson, P.L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews, 3*, 71–100. <http://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Decety, J., & Michalska, K. J. (2010). Neurodevelopmental changes in the circuits underlying empathy and sympathy from childhood to adulthood. *Developmental Science, 13*(6):886-99.
<http://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2009.00940.x>.
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S., & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences, 44*(5), 1235-1245. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.11.018>
- de Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: how when and why? *Trends in Cognitive Sciences, 10*, 435-441.
<http://doi.org/10.1016/j.tics.2006.08.008>
- Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K., & Ivanovic, M. (2013). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research, 23*(1), 78-85.
<http://doi.org/10.1080/10503307.2012.731713>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy, 48*(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>

- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy, 55*(4), 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Escuriex, B. F., & Labbé, E. E. (2011). Health Care Providers' Mindfulness and Treatment Outcomes: A Critical Review of the Research Literature. *Mindfulness 2*, 242–253
<https://doi.org/10.1007/s12671-011-0068-z>
- Falkenström, F., Ekeblad, A., & Holmqvist, R. (2016). Improvement of the working alliance in one treatment session predicts improvement of depressive symptoms by the next session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(8), 738–751. <https://doi.org/10.1037/ccp0000119>
- Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 578–582. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.578>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316-340.
<http://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Franke, G.H. (2002). *SCL-90-R. Symptom Checklist* by LR Derogatis. Goettingen, Beltz.
- Gelso, C. J., Kelley, F. A., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., Holmes, S. E., Costa, C., & Hancock, G. R. (2005). Measuring the real relationship in psychotherapy: Initial validation of the therapist

- form. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 640–649.
<http://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.640>
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., & Markin, R. D. (2018) The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 434-444.
<http://doi.org/10.1037/pst0000183>. PMID: 30335456.
- Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 332-338.
<http://doi.org/10.1159/000107560>.
- Grepmair, L., Mitterlehner, F., & Nickel, M. (2006). Promoting mindfulness in psychotherapists in training and treatment results of their patients (Letter to the Editor). *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 649-650.
- Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training: Preliminary study. *European Psychiatry*, 22, 485-489.
- Grossman, P. (2010). Mindfulness for psychologists: paying kind attention to the perceptible. *Mindfulness*, 1, 87–97.
<http://doi.org/10.1007/s12671-0100012-7>.
- Hauge, P. (2018). *Mindfulness training for mental health professionals and its implications for compassion towards clients* (Doctoral dissertation). Indiana University of Pennsylvania, Pennsylvania, EEUU.
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (editors). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* [updated

March 2011]. The Cochrane Collaboration. Available from www.cochrane-handbook.org.

- Hilsenroth, M. J., Cromer, T., & Ackerman, S. (2012). How to make practical use of therapeutic alliance research in your clinical work. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kaechele (Eds.). *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based Practice and practice-based evidence* (pp. 361–380). New York, NY: Springer Press.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Oliver, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559. <http://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Hopkins, A., & Proeve, M. (2013). Teaching mindfulness-based cognitive therapy to trainee psychologists: Qualitative and quantitative effects. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(2), 115-130. <http://doi.org/10.1080/09515070.2013.792998>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1):9-16. <http://doi.org/10.1037/a0022186>.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic Alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561–573. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Ivanovic, M., Swift, J. K., Callahan, J. L., & Dunn, R. (2015). A multisite pre/post study of mindfulness training for therapists: The impact on session presence and effectiveness. *Journal of*

- Cognitive Psychotherapy*, 29(4), 331-342.
<http://doi.org/10.1891/0889-8391.29.4.331>
- Ivanovic, M. (2016). *The effects of clients and therapists practicing mindfulness together on session outcome* (Doctoral dissertation). University of Alaska Anchorage, Alaska, EEUU.
- Jha, A.P., Krompinger, J., & Baime, M.J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 7, 109-119.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <http://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation*. New York: Hyperion.
- Kelley, F. A., Gelso, C. J., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., & Lanier, S. H. (2010). The real relationship inventory: Development and psychometric investigation of the client form. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 540–553.
<http://doi.org/10.1037/a0022082>
- Kopencey, S. M. (2017). *Effects of a mindfulness-based mobile application on empathy and mindfulness with psychotherapists* (Doctoral dissertation). Antioch University New England, New Hampshire, EEUU.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. a., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The

reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(4), 249–258.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4<249:AID-CPP106>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249:AID-CPP106>3.0.CO;2-S)

Lambert, M. J., & Simon, W. (2008). *The therapeutic relationship: central and essential in psychotherapy outcome*. In S. Hicks & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the therapeutic relationship* (pp. 19–33). New York: Guilford.

Lamothe, M., Rondeau, E., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., & Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: a systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*, 24, 19-28.
<http://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.11.001>

Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., & ... Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1445-1467.
<http://doi.org/10.1002/jclp.20326>

Leonard, H. D., Campbell, K., & Gonzalez, V. M. (2018). The relationships among clinician self-report of empathy, mindfulness, and therapeutic alliance. *Mindfulness*, 9(6), 1837–1844. <http://doi.org/10.1007/s12671-018-0926-z>

Lorentzen, S., & Hoglend, P. (2004). Predictors of change during long-term analytic group psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 25-35. <http://doi.org/10.1159/000074437>

McCullum, E. E., & Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists' therapeutic presence: a

- qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36, 347–360. <http://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2010.00214.x>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Johnson, L. D. (2000). *The Session Rating Scale 3.0*. Chicago, IL: Authors.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2014). The effectiveness and ineffectiveness of complex behavioral interventions: impact of treatment fidelity. *Contemporary Clinical Trials*, 37(2), 234-241. <http://doi.org/10.1016/j.cct.2014.01.005>
- Mills, E. (2010). *Effect of mindfulness on empathy of student therapists*. Master's thesis. Pacific University.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G. (2009). The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7):e1000097. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moñivas, A., Garcia-Diex, G., & García De Silva, R. (2012). Mindfulness (Atención plena): Concepto y teoría. *Portularia Revista de Trabajo Social*, 12, 83-89. <http://doi.org/10.5218/prts.2012.0009>
- Moya-Albiol, L. (2018). *La empatía*. Barcelona: Plataforma Actual.
- Murphy, B. A., Costello, T. H., Watts, A. L., Cheong, Y. F., Berg, J.M., & Lilienfeld, S. O. (2018). Strengths and weaknesses of two empathy measures: A comparison of the measurement precision, construct validity, and incremental validity of two multidimensional indices. *Assessment*. <https://dx.doi.org/10.1177/1073191118777636>.
- Newton, T. L. (2018). *Measuring The Effects Of A Mindfulness Intervention On Counselors'-In-Training Dispositions, Strength*

Of The Therapeutic Relationship, And Client Outcomes
(Doctoral dissertation). University of South Carolina, South
Carolina, EEUU.

- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Black, S. W., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S., & Hilsenroth, M. (2018).
Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual
adult psychotherapy: A Meta-analytic review, *Psychotherapy
Research*, 28(4), 593-605.
<http://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships
that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315.
<http://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2003). Fifty years
of psychotherapy process-outcome research: Continuity and
change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook
of psychotherapy and behavior change* (pp. 307–391). New
York: Wiley.
- Popescu, O. M. (2012). Therapist Variables in Psychotherapy. *Journal
of Integrative Research, Counselling, and Psychotherapy*, 1(2),
21-36.
- Razzaque, R., Okoro, E., & Wood, L. (2013). Mindfulness in clinician
therapeutic relationships. *Mindfulness*, 6, 170-174.
<http://doi.org/10.1007/s12671-013-0241-7>
- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2010). Pilot study of mindfulness-
based cognitive therapy for trainee clinical psychologists.
Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39, 235-241.
<http://doi.org/10.1017/S1352465810000731>

- Rissman, L. S. (2013). *A program evaluation of the institute for meditation and psychotherapy's certificate program* (Doctoral dissertation). Wright Institute Graduate School of Psychology, Berkeley, California, EEUU.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). Guilford Publications.
- Rothaupt, J. W., & Morgan, M. M. (2007). Counselors' and counselor educators' practice of mindfulness: A qualitative inquiry. *Counseling and Values, 52*, 40–54.
<https://dx.doi.org/10.1002/j.2161-007X.2007.tb00086.x>
- Ryan, A., Safran, J., Doran, J., & Muran, J. C. (2012): Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome, *Psychotherapy Research, 22*(3), 289-297.
<http://doi.org/10.1080/10503307.2011.650653>
- Schomaker, S. A. (2013). *The impact of mindfulness training on therapeutic alliance, empathy, and lived experience: A mixed methods study with counselor trainees* (Doctoral dissertation). Texas A&M University-Corpus Christi, Texas, EEUU.
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain: reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: Norton.
- Simons, J. (2014). *Effects of mindfulness training on first year doctoral students' therapeutic relationships* (Doctoral dissertation). George Fox University, Newberg, Oregon, EEUU.
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology, 24*(18), R875-R878.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>

- Singer, T., & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Science*, 1156(1), 81–96. <http://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>
- Smith, S.A. (2014). Mindfulness-based stress reduction: an intervention to enhance the effectiveness of nurses' coping with work-related stress. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(2), 119-130. <http://doi.org/10.1111/2047-3095.12025>
- Spragg, C. N. (2012). *The impact of mindfulness practice on mental health service providers-in-training: An examination of mindfulness, self-awareness, empathy, and burnout* [Doctoral dissertation, Auburn University] <https://search.proquest.com/docview/923287047>
- Sprengh, R. N., McKinnon, M. C., Mar, R. A., & Levine, B. (2009). The Toronto Empathy Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 91(1), 62–71. <http://doi.org/10.1080/00223890802484381>.
- Sterne, J. A. C., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., Henry, D., Altman, D. G., Ansari, M. T., Boutron, I., Carpenter, J. R., Chan, A.-W., Churchill, R., Deeks, J. J., Hróbjartsson, A., Kirkham, J., Jüni, P., Loke, Y. K., Pigott, T. D., et al. (2016). ROBINS-I: A tool for assessing risk of bias in nonrandomised studies of interventions. *BMJ*, 355. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4919> .
- Stone, M., Friedlander, M. L., & Moeyaert, M. (2018). Illustrating novel techniques for analyzing single-case experiments: Effects of pre-session mindfulness practice. *Journal of Counseling Psychology*, 65(6), 690-702. <http://doi.org/10.1037/cou0000291>

- Strunk, D. R., Brotman, M. A., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2010). Therapist competence in cognitive therapy for depression: Predicting subsequent symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(3), 429–437. <https://doi.org/10.1037/a0019631>
- Sweet, M. J., & Johnson, C. G. (1990). Enhancing empathy: the interpersonal implications of a Buddhist meditation technique. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 27*, 19–29. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.1.19>.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Dunn, R., Brecht, K., & Ivanovic, M. (2017). A randomized-controlled crossover trial of mindfulness for student psychotherapists. *Training and Education in Professional Psychology, 11*(4), 235-242. <http://doi.org/10.1037/tep0000154>
- Walsh, R. A. (2008). Mindfulness and empathy: A hermeneutic circle. In S. F. Hick & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the therapeutic relationship* (pp. 72–86). New York: Guilford Press.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: Evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Williams, E. N., Hurley, K., O'Brien, K., & DeGregorio, A. (2003). Development and validation of the Self-Awareness and Management Strategies (SAMS) Scales for therapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 40*, 278–288. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.40.4.278>
- Xu, H., & Tracey, T. J. G. (2015). Reciprocal influence model of working alliance and therapeutic outcome over individual

therapy course. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 351–359. <https://doi.org/10.1037/cou0000089>

Zielke, M., & Kopf-Mehnert, C. (1978). Questionnaire on Change in Experience and Behavior (VEV). Goettingen, Belz.

Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hungr, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 484–496. <https://doi.org/10.1037/ccp0000058>

3. Artículo 2

Eficacia de una intervención basada en mindfulness y compasión en psicoterapeutas y sus pacientes: empatía, sintomatología y mecanismos de cambio en un ensayo controlado aleatorizado

Resumen

En los últimos años, se ha descubierto que las intervenciones basadas en mindfulness y compasión (IBMC) son beneficiosas para la empatía de los psicoterapeutas, y una forma prometedora de mejorar la relación con sus pacientes. En este sentido, se necesitan nuevos estudios para evaluar los efectos de una IBMC en psicoterapeutas y sus pacientes, y analizar la influencia de estos efectos en los resultados de la psicoterapia. En este ensayo controlado aleatorizado (ECA), evaluamos la eficacia de una IBMC en las habilidades terapéuticas mindfulness y la empatía autoinformada de los psicoterapeutas, así como su efecto indirecto en los pacientes (empatía percibida en sus psicoterapeutas, vínculo terapéutico y sintomatología). Finalmente, presentamos un Modelo de Ecuaciones Estructurales Multinivel (MSEM) para analizar la relación entre estas variables. Un grupo de psicoterapeutas (N = 63) fueron aleatorizados a una IBMC o a un grupo de control activo (diario de empatía). Evaluamos a los psicoterapeutas y a sus pacientes (N = 121) antes y después de la IBMC y en el seguimiento. Los resultados de los psicoterapeutas mostraron un aumento en las habilidades terapéuticas mindfulness tras la IBMC y en el seguimiento, mientras que la empatía autoinformada mejoró en el seguimiento. Los pacientes mostraron una mejora en la empatía percibida, el vínculo terapéutico y la sintomatología después de la IBMC. Además, las mejoras en la sintomatología se mantuvieron en el seguimiento. Según el MSEM, el aumento de las habilidades terapéuticas mindfulness se relaciona con un aumento de la empatía de los psicoterapeutas, lo que produce una mejora en el vínculo terapéutico y su sintomatología. Estos resultados respaldan los beneficios de introducir las IBMCs en la formación de los psicoterapeutas para mejorar los resultados de la psicoterapia.

Abstract

In recent years, mindfulness and compassion-based interventions (MCBI) have been found to beneficially influence the empathy of psychotherapists, and they are a promising way to improve their relationship with their patients. In this regard, new studies are needed to evaluate the effects of MCBI on psychotherapists and their patients, and to analyze the influence of these effects on the outcomes of psychotherapy. In this randomized controlled trial (RCT), we evaluate the efficacy of an MCBI in psychotherapists' mindfulness skills and self-reported empathy, and its indirect effect on patients (empathy perceived in their psychotherapists, therapeutic bond and symptomatology). Finally, we present a Multilevel Structural Equation Model (MSEM) to analyze the relationship between these variables. A group of psychotherapists (N = 63) were randomized to an MCBI or an active control group (empathy diary). We assessed psychotherapists and their patients (N = 121) before and after the MCBI and at follow-up evaluation. Psychotherapists' results showed an increase in psychotherapeutic mindfulness skills after the MCBI and at follow-up, whereas self-reported empathy improved at follow-up. Patients' results showed an improvement in perceived empathy, therapeutic bond, and symptomatology after the MCBI. In addition, the improvements in symptomatology were maintained at follow-up. According to the MSEM, the increase in psychotherapeutic mindfulness skills is related to an increase in patient-reported psychotherapists' empathy, which produces an improvement in therapeutic bond and their symptomatology. These results support the benefits of introducing MCBI in psychotherapists' training to improve the psychotherapy outcomes.

Introducción

En el campo de la psicoterapia, la empatía ha sido estudiada como una variable indispensable en los psicoterapeutas y una habilidad esencial en las relaciones que establecen con sus pacientes (Watson et al., 2014). La empatía es la capacidad de comprender las situaciones y experiencias emocionales de los demás y sintonizar afectivamente con ellas (Coutinho et al., 2014). Esta habilidad facilita un abordaje consciente de las experiencias de los pacientes (Johnson & Walsh, 2021), lo que beneficia el proceso psicoterapéutico y ayuda a aliviar los síntomas de los pacientes (Elliott et al., 2018).

La empatía es una de las habilidades más importantes vinculadas a la construcción y desarrollo del vínculo terapéutico (Nienhuis et al., 2018), entendida como el eje relacional de la alianza terapéutica (Bordin, 1979; Horvath et al., 2011). El vínculo terapéutico se ha definido como la colaboración que surge entre los psicoterapeutas y sus pacientes y constituye la base de la intervención (Flückiger et al., 2018). Para establecer un vínculo afectivo es importante saber adaptarse a cada paciente de manera específica siendo flexible y mostrando una actitud afectuosa (Tatum & Vera, 2020).

En este sentido, algunos autores han estudiado el impacto del estilo terapéutico en el vínculo entre los psicoterapeutas y sus pacientes. Se evalúan diferentes aspectos del estilo terapéutico, como la flexibilidad mostrada en el abordaje psicoterapéutico, la expresión de emociones por parte de los psicoterapeutas, el grado de implicación en la psicoterapia, y el foco de atención y nivel de espontaneidad mostrado durante las sesiones (Fernández- Álvarez et al., 2003). Los

estilos terapéuticos que fomentan un tipo de ajuste flexible, y atención y comunicación conscientes brindan a los pacientes la oportunidad de explorar y discutir sus pensamientos y emociones sin sentirse juzgados (Duncan et al., 2009). Fomentar estos estilos promueve la confianza mutua en psicoterapia, disminuye la reactividad de los psicoterapeutas y fomenta respuestas basadas en los objetivos de los pacientes (McCaffrey et al., 2017), lo que puede facilitar el establecimiento de un vínculo afectivo y una psicoterapia exitosa (Norcross & Lambert, 2018).

En los últimos años ha aumentado la investigación sobre los efectos de las intervenciones basadas en mindfulness y compasión (IBMC) en psicoterapeutas (Garrote-Caparrós et al., 2021; Macdonald & Muran, 2021). Entendemos mindfulness como la práctica consciente de prestar atención al momento presente manteniendo una actitud de curiosidad, apertura, aceptación y amabilidad (Bishop et al., 2004). Tiene un efecto positivo en la regulación de la atención y la gestión de las emociones, y aumenta la sensibilidad interoceptiva y la autoconciencia (Cebolla et al., 2018). La compasión se ha descrito como la capacidad de identificar el sufrimiento de los demás y sentir un deseo inherente de aliviarlo (Goetz et al., 2010). En este sentido, la práctica de la compasión implica un enfoque empático que fomenta el compromiso de ayudar a los pacientes (Bellosta-Batalla et al., 2019). Además, la práctica de mindfulness y compasión fomenta un estilo de comunicación más abierto, cálido y consciente, lo que conduce a una escucha más centrada, una mayor flexibilidad y un mejor reconocimiento de las emociones propias y de los demás (Beckman et al., 2012). Este último puede promover un enfoque específico de la

práctica psicoterapéutica donde los psicoterapeutas adquieran habilidades terapéuticas mindfulness que pueden mejorar la empatía y el resultado de la psicoterapia (Demarzo & Cardoso, 2021).

Varios estudios han observado un aumento en la empatía autoinformada en psicoterapeutas después de una IBMC (Bellosta-Batalla et al., 2020; Bohecker & Horn, 2016; Chan et al., 2021). Sin embargo, la empatía es un proceso intersubjetivo (Elliott et al., 2018), por lo que es necesario evaluar la percepción de los pacientes sobre los efectos de una IBMC en esta variable, y si tiene una influencia significativa en el vínculo terapéutico y los resultados de la psicoterapia. (Garrote-Caparrós et al., 2021). En este sentido, los efectos de una IBMC sobre el vínculo terapéutico (Ivanovic et al., 2015; Swift et al., 2017) y la sintomatología de los pacientes (Grepmaier et al., 2007) apenas han sido estudiados. Además, la relación entre los efectos de la IBMC y estas variables no se ha analizado de forma conjunta, por lo que es necesario explorar modelos integrales de la eficacia de las IBMCs para mejorar el proceso y los resultados psicoterapéuticos.

Estudio Actual

En base a lo anterior, el objetivo de este ensayo controlado aleatorizado (ECA) fue analizar la eficacia de una IBMC aplicada a psicoterapeutas, estudiando conjuntamente sus efectos sobre la empatía, el vínculo terapéutico y la sintomatología de los pacientes. Primero, analizamos los beneficios de la IBMC para las habilidades terapéuticas mindfulness y la empatía autoinformada de los psicoterapeutas (Bellosta-Batalla et al., 2020; Chan et al., 2021). En segundo lugar, analizamos si los efectos de la IBMC en

psicoterapeutas son percibidos por sus pacientes. En este sentido, esperábamos encontrar un aumento en la empatía de los psicoterapeutas percibida por los pacientes (Watson et al., 2014), así como una mejora en el vínculo terapéutico (Stone et al., 2018) y la sintomatología de los pacientes (Grepmaier et al., 2007). Finalmente, exploramos la forma en que se relacionan estas variables, presentando un modelo de ecuación estructural multinivel (MSEM) de los mecanismos que subyacen a los efectos de la IBMC en los psicoterapeutas y sus pacientes. Seguimos la declaración CONSORT para la realización de este ECA (Moher et al., 2010).

Método

Participantes y selección

La muestra de este ensayo controlado aleatorizado (ECA) consistió en 63 psicoterapeutas, de los cuales el 85.7% eran mujeres, y el 14.2% hombres. Las edades de los psicoterapeutas iban de los 27 a los 63 años, con una media de 40.1 ± 9.4 . Respecto a los enfoques psicoterapéuticos, el 9% se identificaron como humanistas, el 33.3% como cognitivo conductuales, el 12.6% como psicoterapeutas integradores, el 11.1% como psicodinámicos, el 6.3% como sistémicos, y el 1.5% se identificaban con otro tipo de enfoque. Además, el 52.3% de los psicoterapeutas llevaba menos de cinco años de experiencia, el 14.3% llevaba entre 5-10 años de experiencia, el 15.8% había trabajado entre 10-15 años, el 4.7% entre 15-20 años, y el 12.7% hacía más de 20 años que desarrollaba la profesión. Además de los psicoterapeutas, se evaluaron a 121 pacientes para este estudio, con una media de 1.9 ± 1.0 pacientes por psicoterapeuta, llevando una media de 8.3 ± 6.9 meses asistiendo a psicoterapia con su actual psicoterapeuta. El 80.1% de

estos pacientes eran mujeres, y el 19.8% eran hombres. Las edades de los pacientes oscilaron entre los 18 y los 71 años, con una media de 35.7 ± 11.2 . De todos los pacientes, el 46.3% indicó haber recibido un diagnóstico psicológico (51.8% trastorno de ansiedad, 23.2% trastorno del estado de ánimo, 17.9% trastorno mixto de ansiedad-depresión, y 7.1% insomnio o trastornos del sueño). El tamaño de la muestra se calculó con el programa G*Power, estimando la necesidad de incluir a un mínimo de 44 psicoterapeutas en este estudio. Se utilizó un tamaño del efecto esperado de $d = .50$ ($\alpha = .05$, poder estadístico = .95), basado en los efectos de una IBMC sobre la empatía autoinformada en estudiantes de psicología (Bellosta-Batalla et al., 2020).

Diseño de investigación y procedimiento

Este estudio es un ECA en el que se analizan los efectos de una IBMC comparándolos con un grupo control activo (diario de empatía) en una muestra de psicoterapeutas. El ECA se llevó a cabo siguiendo los estándares éticos para la investigación en humanos establecidos en la Declaración de Helsinki. El ensayo se registró en los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU. en ClinicalTrials.gov (#NCT 04680559) el 9 de octubre de 2017. Los participantes (psicoterapeutas y pacientes) fueron informados sobre los objetivos generales del ECA y firmaron un formulario de consentimiento informado en el que se exponía la confidencialidad y el anonimato de la información. Además, dieron su consentimiento para utilizar los datos con fines de investigación. Este ECA fue aprobado por la Comisión de Ética de la Universitat de València (Nº: UV-INV_ETICA-1190532). No se solicitó información personal, se proporcionó un código para garantizar el anonimato de los participantes y solo se proporcionó una dirección

de correo electrónico para contactar con los pacientes. Además, la evaluación de estos últimos se realizó online, evitando así que sus resultados fueran recogidos por sus psicoterapeutas. Esto evitó cualquier posible sesgo de deseabilidad al tratarse de preguntas relacionadas con el proceso psicoterapéutico.

En cuanto al reclutamiento, se contactó con psicoterapeutas a través de sus páginas web, realizando una búsqueda general de psicólogos en colegios profesionales de la Comunitat Valenciana (España). Además, el estudio fue anunciado en las redes sociales y en diferentes webs profesionales y centros de formación en psicoterapia. Los psicoterapeutas interesados en participar en el ECA (n = 96) fueron convocados a una sesión informativa donde se explicaron los objetivos generales. Se incluyeron psicoterapeutas en activo con titulación en Psicología. Cada psicoterapeuta eligió cuáles de sus pacientes participarían en el estudio (entre 1 y 5 pacientes por cada psicoterapeuta), considerando los siguientes criterios de inclusión: pacientes entre 18 y 75 años que asistieran a sesiones de psicoterapia con ellos durante al menos dos meses; y los siguientes criterios de exclusión: diagnóstico de trastorno mental grave activo, trastorno por consumo de sustancias en fase activa o deterioro cognitivo. Se excluyó del ECA a los psicoterapeutas que tuvieran una amplia experiencia en la práctica formal de mindfulness o que hubieran participado previamente en una IBMC (n = 9). Tampoco participaron los psicoterapeutas que estaban utilizando mindfulness y/o compasión en psicoterapia con sus pacientes (n = 2). Finalmente, 69 psicoterapeutas fueron asignados aleatoriamente al grupo experimental (Mindfulness y compasión; grupo MC, n= 36) o al grupo

de control activo (Diario de empatía; grupo DE, n= 33). Además, 139 pacientes fueron contactados por sus psicoterapeutas e incluidos en el ECA (grupo MC, n = 65; grupo DE; n = 74). Ninguno de los pacientes fue informado del grupo al que pertenecía su psicoterapeuta, y desconocían los objetivos del ECA. La aleatorización se llevó a cabo con la herramienta de aleatorización de listas (<http://random.org/lists>) y se realizó siguiendo una proporción de 1:1. Los grupos estaban equilibrados en términos de género, edad y enfoque psicoterapéutico. El grupo MC asistió a sesiones semanales de dos horas para completar la IBMC de ocho sesiones. En estas sesiones se abordaron los aspectos básicos de mindfulness y compasión (Tabla 6). Se incluyeron prácticas de meditación de unos 15 minutos de duración, al principio y al final de cada sesión, y se propusieron una serie de ejercicios semanales de mindfulness. También se registró el tiempo dedicado a la meditación diaria. La IBMC fue realizada por dos psicólogos con amplia experiencia en la aplicación de mindfulness y compasión. En el grupo de DE, los participantes realizaron de forma independiente ejercicios de autoobservación en las sesiones de psicoterapia con sus pacientes. Se les proporcionó un diario en el que se les invitaba a escribir sus impresiones al final de cada sesión de psicoterapia, así como los pensamientos y emociones relacionados con la empatía que habían surgido durante la sesión. Este diario fue entregado a los investigadores en la fase posterior al estudio, por lo que no hubo sesiones presenciales. El objetivo de esta autoobservación en el grupo de DE fue aumentar la consciencia de la relación psicoterapéutica, sin la práctica específica en la regulación de la atención y las actitudes cultivadas a través de la práctica del mindfulness y la compasión (Tarea del grupo DE en anexos).

Tabla 6. Intervención basada en mindfulness y compasión (IBMC)

	Contenido	Tareas Semanales
Sesión 1	Introducción al mindfulness. Respiración	Atención plena a la respiración en las sesiones de psicoterapia
Sesión 2	Actitudes básicas. Escaneo corporal	Atención plena al cuerpo en las sesiones de psicoterapia
Sesión 3	Pensamientos I. Sonidos	Atención plena a sonidos en las sesiones de psicoterapia
Sesión 4	Pensamientos II. Escenario mental	Atención plena a pensamientos en las sesiones de psicoterapia
Sesión 5	Emociones I- Etiquetado de emociones	Atención plena a las emociones y su variabilidad en psicoterapia
Sesión 6	Emociones II. Emociones en el cuerpo	Atención plena a las emociones en el cuerpo en psicoterapia
Sesión 7	Auto-compasión. Amor incondicional hacia uno mismo	Amor incondicional hacia uno mismo como psicoterapeuta
Sesión 8	Compasión. Amor incondicional hacia pacientes difíciles	Generalización de la práctica en las sesiones de psicoterapia

En el grupo MC, tres psicoterapeutas abandonaron durante la IBMC. De manera similar, tres psicoterapeutas del grupo de DE abandonaron durante la intervención de control activo. En cuanto a los pacientes, en el grupo MC, 8 abandonaron durante la IBMC y 11 en el seguimiento. En el grupo DE, 10 pacientes abandonaron durante la intervención y 8 en el seguimiento. Finalmente, 19 psicoterapeutas (grupo MC, n = 9; grupo DE, n = 10) y sus 30 pacientes (grupo MC, n

= 15; grupo DE, n = 15) fueron excluidos en el seguimiento debido al comienzo del confinamiento por la pandemia de la Covid-19. Se realizaron tres grupos en fases sucesivas (grupo MC-1, n = 15; grupo MC-2, n = 9; grupo MC-3, n = 9; grupo DE-1, n = 11; grupo DE-2, n = 9; grupo DE-3, n = 10). La muestra final para este ECA fue de 63 psicoterapeutas (grupo MC, n = 33; grupo DE, n = 30) y de 121 pacientes (grupo MC, n = 57; grupo DE, n = 64). La muestra final en el seguimiento consistió en 44 psicoterapeutas (grupo MC, n = 24; grupo DE, n = 20) y 72 pacientes (grupo MC, n = 31; grupo DE, n = 41) (Figura 5).

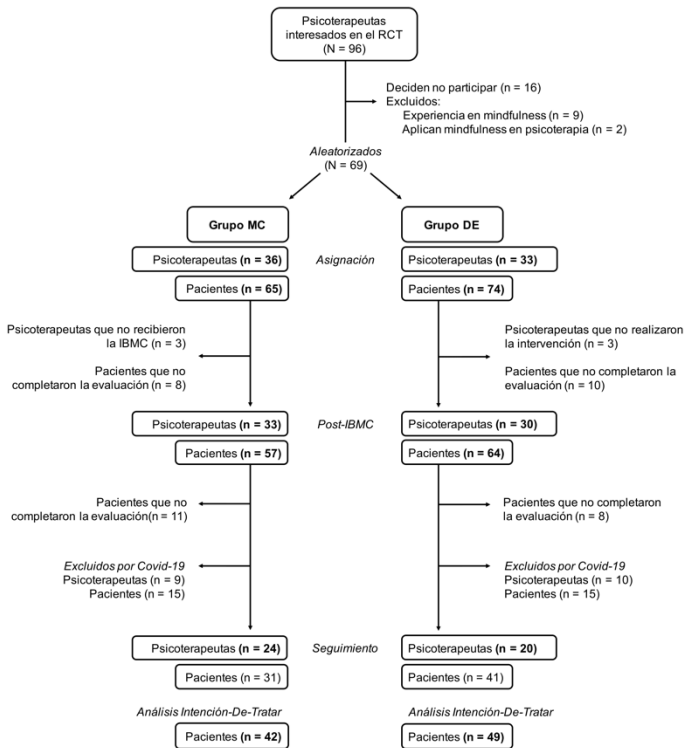


Figura 5. Diagrama de flujo del ECA del grupo MC y el grupo DE

Se realizó una primera evaluación en grupo cara a cara con los psicoterapeutas antes de comenzar las intervenciones, una segunda evaluación al final de ambas intervenciones, y una evaluación de seguimiento a los cuatro meses de finalizar. Una vez que terminó la recogida de datos de la evaluación de seguimiento, el grupo DE fue invitado a participar en una IBMC. Las evaluaciones de los pacientes se llevaron a cabo en formato online con medidas auto-informadas a través de la plataforma <http://es.surveymonkey.com>, en las mismas fases que sus psicoterapeutas.

Medidas

Evaluación de los psicoterapeutas

Habilidades terapéuticas mindfulness. Las habilidades terapéuticas mindfulness se evaluaron utilizando la *Psychotherapeutic Mindfulness Skills-Scale* (PMS-S). Este cuestionario consta de 28 ítems que evalúan las habilidades mindfulness en el estilo terapéutico de los psicoterapeutas. Esta escala es una adaptación de la *Mindfulness in Parenting Questionnaire* scale (MIPQ; McCaffrey, et al., 2017), la cual se llevó a cabo por los autores de este estudio. Consta de dos subescalas: (1) “instrucción”, que recoge la auto-eficacia percibida por los psicoterapeutas, así como la no-reactividad hacia los pacientes durante las sesiones de psicoterapia, y la consciencia del proceso psicoterapéutico; y (2) “estar presente”, que incluye la medida de atención focalizada en el momento presente, así como la comprensión y aceptación de los pacientes (escala adaptada en anexos). Tiene una escala tipo Likert que va desde el 1 (“Nunca”) al 5 (“Casi siempre”). Este cuestionario tiene una alta fiabilidad, con un α de Cronbach de .85

para la muestra de este estudio, y un α de Cronbach general de .91 para su versión original (McCaffrey, et al., 2017).

Empatía auto-informada. La empatía auto-informada se evaluó utilizando la *Empathic Understanding Scale-Therapist* (EUS-T; Andrade-González, 2009; Barrett-Lennard, 1978). Esta escala consta de 16 ítems y ofrece una medida total de empatía auto-informada por los psicoterapeutas, definida como la comprensión de las experiencias, significados, y sentimientos de los pacientes durante las sesiones de psicoterapia. Cuenta con una escala tipo Likert que va desde el 1 (“No, creo firmemente que no es cierto”) al 6 (“Sí, creo firmemente que es cierto”). Este cuestionario presenta una Buena fiabilidad para la muestra de este estudio, con un α de Cronbach de .75, y un α de Cronbach general de .92.

Evaluación de los pacientes

Empatía percibida por los pacientes. La empatía de los psicoterapeutas percibida por los pacientes se evaluó mediante la *Empathic Understanding Scale-Patients* (EUS-P; Andrade-González, 2009; Barrett-Lennard, 1978). Consta de 16 ítems y proporciona una medida total de la empatía de los psicoterapeutas percibida por los pacientes durante las sesiones de psicoterapia. Tiene una escala tipo Likert que va del 1 (“No, creo firmemente que no es cierto”) al 6 (“Sí, creo firmemente que es cierto”). Presenta una fiabilidad moderada, con un α de Cronbach de .60 para la muestra de este estudio y un α de Cronbach general de .91.

Vínculo terapéutico. Para evaluar el vínculo terapéutico se utilizó la subescala “vínculo” del Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOICI; Corbella & Botella, 2004; Duncan & Miller,

1999), (WATOICI-B). Esta subescala evalúa a la relación emocional de confianza y apego entre pacientes y psicoterapeutas (Horvath & Greenberg, 1989). Tiene una escala tipo Likert que va del 1 (“Nunca”) al 7 (“Siempre”). El WATOICI-B presenta fiabilidad alta, con un α de Cronbach de .89 para la muestra de este estudio y un α de Cronbach general de .92.

Sintomatología. La evaluación de síntomas se llevó a cabo utilizando el Brief Symptom Inventory (BSI-18; Derogatis & Melisaratos, 1983; Ruipérez et al., 2001). Este cuestionario es un autoinforme que consta de 18 ítems divididos en tres subescalas: (1) “somatización”, se refiere a síntomas físicos de los sistemas fisiológicos autónomos, como mareos, dolor o debilidad; (2) “depresión”, referida a una alteración en el estado de ánimo, con sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpa; y (3) “ansiedad”, que incluye síntomas de nerviosismo, tensión, inquietud y miedo. Además, de la suma de estas subescalas se obtiene una puntuación total. Tiene una escala tipo Likert que va del 0 (“Nada”) al 4 (“Mucho”). Presenta una fiabilidad alta para la muestra de este estudio, con un α de Cronbach de .92 y un α de Cronbach general de .89.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para determinar si existían diferencias significativas entre el grupo MC y el grupo DE antes de la IBMC. Además, se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA) para evaluar las diferencias entre los grupos una vez finalizada la IBMC, y en la evaluación de seguimiento. En estos análisis, se incluyó la línea de base como una variable covariada para evitar su influencia. Se realizaron análisis por intención de tratar (ITT)

para los datos faltantes de los pacientes en la evaluación de seguimiento (grupo MC, $n = 11$; grupo DE, $n = 8$) para evitar sesgos en la estimación del efecto de la asignación aleatoria. Además, 19 psicoterapeutas (grupo MC, $n = 9$; grupo DE, $n = 10$) y sus 30 pacientes (grupo MC, $n = 15$; grupo DE, $n = 15$) fueron excluidos del análisis del seguimiento ya que sus resultados podrían verse afectados por el inicio del confinamiento por la pandemia de la Covid-19 (Figura 6). Se calculó el tamaño del efecto (d de Cohen) entre los grupos, en las diferentes evaluaciones (pre, post y seguimiento). Los datos sin procesar de este estudio se pueden encontrar en <http://doi.org/10.23668/psycharchives.5236>.

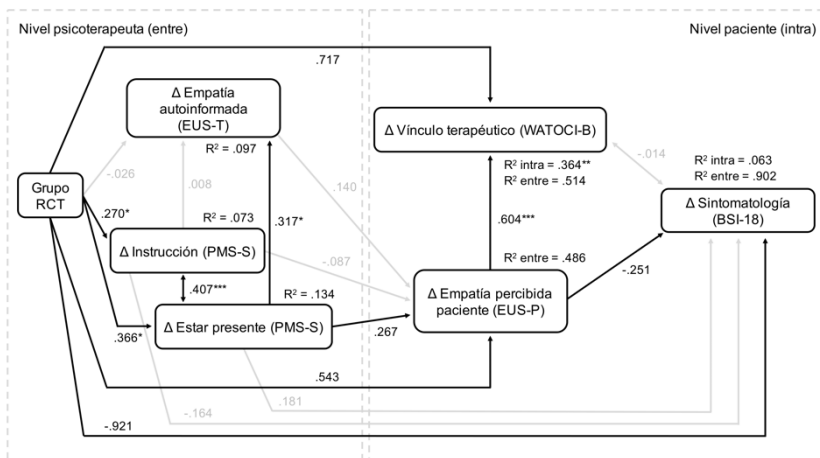


Figura 6. Modelo de estimación en los mecanismos de cambio de una IBMC en psicoterapeutas y sus pacientes

Nota. Δ : Diferencias entre las puntuaciones post- y pre- intervención; *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

Para estudiar las relaciones entre los mecanismos de cambio en psicoterapeutas y pacientes, implementamos MSEM. MSEM permite

modelos de ecuaciones estructurales estándar (SEM) con desviaciones de independencia estadística, como pacientes tratados por los mismos psicoterapeutas. MSEM estima modelos estructurales con variables medidas en observaciones sin procesar (ej., un solo paciente en un solo momento), en grupos de observaciones (ej., un psicoterapeuta que trata a varios pacientes) y en grupos de estos grupos (p. ej., un hospital que alberga a un grupo de psicoterapeutas) (Preacher et al., 2010).

Dado que los MSEMs utilizan el marco SEM, se implementa un modelo teórico donde cada variable muestra relaciones con otras variables con solidez teórica. Debido a que nuestras variables eran continuas, excepto para el grupo de psicoterapeutas (grupo MC o grupo DE), elegimos el método de estimación robusta de Máxima Verosimilitud (MLR) con el algoritmo Maximización de Expectativas (EM; Muthén & Asparouhov, 2011). Además, simplificamos nuestro modelo para reducir su complejidad calculando las diferencias entre las puntuaciones previas y posteriores de cada variable. Esta distinción se refleja con el símbolo delta (Δ).

Para evaluar el ajuste del modelo, primero estimamos un modelo básico (sin modelo teórico, pero con todas las variables correlacionadas entre sí) y examinamos el coeficiente de correlación intraclase (ICC). El ICC mide la cantidad de variación en las variables medidas en los pacientes que se debe a los psicoterapeutas, evaluando así si el marco multinivel es necesario. Se calcula un solo ICC para cada variable dependiente (en nuestro modelo, las tres variables al nivel de los pacientes), con valores $> .100$ que indican la necesidad de una estructura multinivel. El modelo básico proporcionó CCI de .152 para la sintomatología (BSI-18), .061 para el vínculo terapéutico (WATOCI-B) y .057 para la empatía del psicoterapeuta informada por

el paciente (EUS-P). Dado que, al menos una de las variables proporcionó un ICC $> .100$, y que el BSI-18 puede ser la variable dependiente más relevante, concluimos que los MSEM son necesarios para modelar los mecanismos de cambio. Después de esto, evaluamos el ajuste del modelo de nuestro MSEM con el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de Tucker-Lewis (TLI), el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) y el valor residual medio estandarizado (SRMR). Se obtuvo un buen ajuste en CFI y TLI, con valores $> .95$, mientras que RMSEA y SRMR tuvieron valores $< .05$ (Hox, 2013). Es importante tener en cuenta que el SRMR se calcula para los niveles de psicoterapeuta (entre) y paciente (intra) por separado. Además, informamos del estadístico de chi-cuadrado, pero no lo interpretamos por ser demasiado sensible para rechazar los modelos propuestos. Además, se examinaron los índices de modificación si un modelo mostraba margen de mejora. Se examinaron los parámetros del modelo, especialmente los coeficientes de regresión. Cada variable sometida a regresión también tenía un estadístico R^2 , interpretado como la proporción de varianza explicada por el MSEM. Cuando una variable obtuvo regresiones de niveles de psicoterapeuta (entre) y paciente (intra) al mismo tiempo, se calculó una estadística R^2 separada para cada nivel. Finalmente, dado que nuestro tamaño de muestra fue subóptimo en ambos niveles, esperábamos grandes errores estándar y valores p ambiguos. Por lo tanto, interpretamos los coeficientes de regresión y las covarianzas con valores $> .25$ como potencialmente válidos a nivel empírico. En este sentido, nuestro modelo debe entenderse como una propuesta preliminar y exploratoria. Las estadísticas descriptivas y los ANCOVA se calcularon utilizando

IBM SPSS (versión 25). Los MSEM se calcularon utilizando MPlus 7.0 (Muthén, 2017).

Resultados

Resultados en psicoterapeutas

Respecto a la adherencia a la IBMC, el 9,1% de los psicoterapeutas asistió a cinco sesiones, el 15,2% asistió a seis sesiones, el 30,3% asistió a siete sesiones y el 45,5% asistió a las ocho sesiones de la IBMC. Todos ellos asistieron al menos a un mínimo de cinco sesiones para poder ser incluidos en los análisis. Los psicoterapeutas meditaron una media de $4,7 \pm 1,0$ días a la semana y durante un tiempo acumulado de $571,9 \pm 194,1$ minutos. En el grupo DE, el 13,3% registró cinco de las ocho sesiones en el diario de empatía, el 23,3% registró seis sesiones y el 63,3% registró todas.

Habilidades terapéuticas mindfulness

En la línea base, los resultados del ANOVA no mostraron diferencias significativas entre los grupos en "instrucción", $F(1, 60) = .46, p = .681, d = .10$, o "estar presente", $F(1, 61) = .46, p = .502, d = -.17$. Sin embargo, los resultados del ANCOVA indicaron que el grupo MC mostró valores más altos en "instrucción", $F(1, 59) = 9.14, p = .004, d = .63$ y "estar presente", $F(1, 59) = 9.58, p = 0.003, d = 0.47$, en comparación con el grupo DE, al final de la intervención. En la evaluación de seguimiento se mantuvieron estas diferencias para "estar presente", $F(1, 41) = 9.67, p = .003, d = .60$. No se observaron diferencias significativas en "instrucción", $F(1, 39) = .01, p = .942, d = .14$ (Tabla 2).

Empatía auto-informada

En la línea base, los resultados del ANOVA no mostraron diferencias significativas entre los grupos en el EUS-T, $F(1, 61) = 0,04$, $p = 0,850$, $d = -0,047$. Sin embargo, los resultados del ANCOVA indicaron que el grupo MC mostró valores más altos en el EUS-T, $F(1, 41) = 4.53$, $p = .039$, $d = .404$, en comparación con el grupo DE, en la evaluación de seguimiento. No se observaron diferencias significativas en el EUS-T, $F(1, 60) = .53$, $p = .468$, $d = .147$, al final de la intervención (tabla 2).

Resultados en pacientes

En cuanto a la regularidad con la que los pacientes asistían a las sesiones de psicoterapia al inicio, el 0,8 % asistía más de una vez por semana, el 35,5 % asistía semanalmente, el 43 % asistía cada dos semanas y el 20,7 % asistía una vez al mes. Es importante señalar que en la evaluación de seguimiento, el 49,5% de los pacientes asistían a sesiones de psicoterapia menos de una vez al mes porque estaban en seguimiento psicoterapéutico, y el 28,1% habían dejado de asistir porque habían terminado su tratamiento de psicoterapia.

Empatía percibida por los pacientes

En la línea base, los resultados del ANOVA no mostraron diferencias significativas entre los grupos en el EUS-P, $F(1, 119) = 0,29$, $p = 0,595$, $d = -0,10$. Sin embargo, los resultados del ANCOVA indicaron que el grupo MC mostró valores más altos en el EUS-P, $F(1, 118) = 5.99$, $p = .016$, $d = .40$, en comparación con el grupo DE, al final de la intervención. No se observaron diferencias significativas en el EUS-P, $F(1, 88) = 2.99$, $p = .088$, $d = .30$, en la evaluación de seguimiento (Tabla 2).

Vínculo terapéutico

En la línea base, los resultados del ANOVA no mostraron diferencias significativas entre los grupos en WATOICI-B, $F(1, 119) = 0,00, p = 0,973, d = 0,01$. Sin embargo, los resultados del ANCOVA indicaron que el grupo MC mostró valores más altos en el WATOICI-B, $F(1, 118) = 17.63, p = .000, d = .67$, en comparación con el grupo DE, al final de la intervención. No se observaron diferencias significativas en el WATOICI-B, $F(1, 92) = .65, p = .422, d = .14$, en la evaluación de seguimiento (Tabla 2).

Sintomatología

En la línea base, los resultados del ANOVA no mostraron diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las subescalas: “somatización”, $F(1, 119) = 1.40, p = .239, d = .22$, “depresión”, $F(1, 119) = 3.78, p = .054, d = .35$, y “ansiedad”, $F(1, 119) = 1.38, p = .243, d = .21$. Sin embargo, los resultados de ANCOVA indicaron que el grupo MC mostró valores más bajos en “somatización”, $F(1, 118) = .8.13, p = .005, d = -.30$, “depresión”, $F(1, 118) = 9.16, p = .003, d = -.28$, y “ansiedad”, $F(1, 118) = 11.72, p = .001, d = -.43$, en comparación con el grupo DE, al final de la intervención. En la evaluación de seguimiento, estas diferencias se mantuvieron para “somatización”, $F(1, 88) = 4.22, p = .043, d = -.23$, y “ansiedad”, $F(1, 88) = 9.54, p = .003, d = -.46$, pero no se observaron diferencias significativas en “depresión”, $F(1, 88) = 2.23, p = .139, d = -.08$ (Tabla 7).

Tabla 7. Resumen de Medias y Desviaciones Estandar en los diferentes grupos antes, después de la intervención y en el seguimiento

Intervención Basada en Mindfulness y Compasión (IBMC); Diario de Empatía (DE)

	Grupo Mindfulness y Compasión						Grupo Diario de Empatía					
	Pre-IBMC		Post-IBMC		Seguimiento		Pre-DE		Post-DE		Seguimiento	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Medidas Psicoterapeutas												
Instrucción	61.88	7.06	66.45	4.96	63.58	7	61.17	6.42	62.87	6.10	62.63	6.36
Estar presente	51.00	4.97	54.13	4.42	53.83	4.92	51.83	4.81	52.00	4.56	51.10	4.02
Empatía auto-informada	73.67	8.11	74.97	8.69	77.71	8.44	74.07	8.60	73.70	8.37	74.35	7.90
Medidas Pacientes												
Empatía percibida por pacientes	82.86	11.05	84.04	7.12	82.79	8.78	83.81	8.56	80.19	11.26	79.27	13.58
Vínculo terapéutico	25.18	3.24	26.36	2.08	25.24	3.63	25.16	2.94	24.45	3.37	24.67	4.13
Somatización	13.02	5.59	10.49	4.21	10.81	4.85	11.89	4.87	11.92	7.17	12.12	6.06
Depresión	14.75	6.08	12.39	4.98	13.48	5.81	12.80	4.98	13.95	6.09	14.02	6.66
Ansiedad	15.05	5.63	11.84	4.49	12.14	4.30	13.92	4.96	13.86	4.84	14.43	5.35

Propuesta de mecanismos de cambio de la IBMC en psicoterapeutas y sus pacientes

El modelo teórico proporcionó una solución no convergente. El aumento de iteraciones alteró este resultado (ver otras modificaciones técnicas probadas en Muthén & Asparouhov, 2011). Por lo tanto, incluimos dos relaciones más en el modelo, lo que produjo un modelo convergente. Estas dos relaciones fueron las dos dimensiones del PMS-S (“instrucción” y “estar presente”) como predictores de la sintomatología. Estas dos relaciones se incluyeron debido a la forma en que se construyó el modelo: dado que las variables psicológicas de los psicoterapeutas se asignaron como predictores de la empatía de los psicoterapeutas percibida por los pacientes, consideramos otros predictores potenciales del nivel de los psicoterapeutas en el nivel de los pacientes. Entre ellos, seleccionamos cambios en las facetas del PMS-S como predictores de cambios en la sintomatología, dado que la literatura científica presenta evidencia que sugiere relaciones negativas entre el mindfulness rasgo de los psicoterapeutas y la sintomatología de los pacientes (ej., Pereira et al., 2017). Sin embargo, consideramos que la literatura no proporciona evidencia suficiente para distinguir entre las facetas del PMS-S, y queríamos mantener nuestro modelo lo más parsimonioso que fuera posible. Así, incluimos ambas facetas del PMS-S como predictores de sintomatología.

Con estas dos relaciones lineales se obtuvo un modelo convergente. Sin embargo, este modelo proporcionó un ajuste insatisfactorio ($\chi^2(5) = 17.890$, $p = .003$, $RMSEA = .147$, $CFI = .895$, $TLI = .498$, $SRMR$ intra = .035, $SRMR$ entre = .302). Examinando los índices de modificación, localizamos una inclusión potencialmente relevante: la variable de grupo del ECA que predice la sintomatología

en los pacientes. Por lo tanto, incluimos esta relación y volvimos a estimar el modelo. El nuevo modelo obtuvo un ajuste satisfactorio ($\chi^2(4) = 1.971$, $p = .741$, $RMSEA = .000$, $CFI = 1.000$, $TLI = 1.000$, $SRMR \text{ intra} = .007$, $SRMR \text{ entre} = .086$), e incluso no obtuvo valores significativos de chi-cuadrado. Por lo tanto, concluimos que este modelo proporcionó un buen ajuste a los datos.

Al examinar el modelo, en el nivel de los psicoterapeutas, la IBMC no pareció mejorar significativamente la empatía autoinformada de los psicoterapeutas, pero pareció mejorar significativamente los cambios en las habilidades terapéuticas *mindfulness* ("instrucción" y "estar presente"). Además, los cambios en "estar presente" también condujeron a cambios positivos en la empatía autoinformada de los psicoterapeutas. Finalmente, los cambios en "instrucción" se asociaron positivamente con cambios en "estar presente". A nivel de los pacientes, los cambios en la empatía de los psicoterapeutas percibida por los pacientes predijeron positivamente cambios en el vínculo terapéutico, y negativamente en la sintomatología. Sin embargo, los cambios en el vínculo terapéutico no se asociaron con cambios en la sintomatología.

En cuanto a las relaciones entre los niveles de psicoterapeuta y pacientes, las mayores relaciones se encontraron entre el grupo ECA (psicoterapeutas asignados al grupo MC o DE) y en cambios en la sintomatología ($\beta = -.921$). Además, la variable del grupo ECA predijo positivamente cambios en la empatía de los psicoterapeutas percibida por los pacientes ($\beta = .543$) y el vínculo terapéutico ($\beta = .717$). Es decir, los pacientes de psicoterapeutas en el grupo MC mostraron niveles más altos de empatía de los psicoterapeutas percibida por los pacientes,

niveles más altos de vínculo terapéutico y mayores reducciones en la sintomatología que los pacientes del grupo DE. Finalmente, los cambios en "estar presente" predijeron positivamente la empatía de los psicoterapeutas percibida por los pacientes, aunque levemente ($\beta = .267$). Ninguno de los predictores de intervalos mostró significación estadística (todos los valores de $p > 0,05$). Sin embargo, debido a su gran tamaño, los consideramos potencialmente significativos.

Discusión

El principal objetivo de este ECA fue analizar los efectos de una IBMC en una muestra de psicoterapeutas, estudiando su influencia indirecta en los pacientes. Además, exploramos la relación entre los resultados en psicoterapeutas y pacientes, y presentamos un modelo MSEM de los mecanismos que subyacen a estos efectos.

En cuanto al primer objetivo, observamos que la IBMC produjo un efecto beneficioso sobre las variables autoinformadas por los psicoterapeutas. Los resultados muestran un aumento en las habilidades terapéuticas mindfulness ("instrucción" y "estar presente") en el grupo MC, en comparación con el grupo DE. Estos resultados solo se mantienen para la subescala "estar presente" en el seguimiento. Esta es la primera vez que se evalúa este constructo con el fin de explorar las habilidades terapéuticas mindfulness, y nuestros resultados lo destacan como un elemento prometedor para medir los beneficios de la IBMC en psicoterapeutas. En este sentido, la IBMC podría ayudar a los psicoterapeutas a adoptar un enfoque más abierto y amable de las experiencias de los pacientes, acompañándolos con una actitud consciente y sin juicio a lo largo de las sesiones de psicoterapia. (Myers, 2000; Demarzo & Cardoso, 2021). Además, los psicoterapeutas que

participaron en la IBMC mostraron niveles más altos de empatía autoinformada en la evaluación de seguimiento. Estos resultados son consistentes con estudios recientes en los que los efectos de las IBMCs sobre la empatía autoinformada no aparecieron hasta la evaluación de seguimiento, lo que sugiere que se necesita más tiempo para ser asimilados y generalizados a la esfera interpersonal del individuo (Bellosta-Batalla et al., 2020; Boellinghaus et al., 2014).

En relación con lo anterior, uno de los aspectos novedosos de este estudio es la evaluación de los efectos indirectos de la IBMC en los pacientes. Aunque la empatía autoinformada no aumentó en los psicoterapeutas al final de la IBMC, observamos una mejora significativa en la empatía de los psicoterapeutas percibida por los pacientes, así como una mejora en el vínculo terapéutico. Estos aumentos no se mantienen en el seguimiento, lo que podría estar relacionado con una disminución en el contacto con sus psicoterapeutas debido a que muchos de los tratamientos de psicoterapia terminaron antes de esta evaluación. Además, también encontramos una mejora significativa a lo largo del tiempo en la sintomatología (“somatización”, “depresión” y “ansiedad”) de los pacientes del grupo MC, en comparación con el grupo DE. En la evaluación de seguimiento se mantuvieron las mejoras en la sintomatología relacionada con la “somatización” y la “ansiedad”. Según varios estudios, las valoraciones de los pacientes son más fiables que las proporcionadas por los psicoterapeutas (Elliott et al., 2011; Orlinsky et al., 2003). En este sentido, los resultados de este ECA son novedosos porque aportan una visión más precisa y completa de los efectos beneficiosos de las IBMCs sobre la empatía, el vínculo terapéutico y la sintomatología de los

pacientes, centrándose en la forma en que estos efectos son realmente percibidos por los pacientes (Garrote-Caparrós et al., 2021).

El segundo objetivo de este ECA fue explorar la forma en que la IBMC influye en el proceso y los resultados de la psicoterapia, analizando las relaciones entre las variables incluidas. Primero, encontramos que las habilidades terapéuticas mindfulness parecen mediar en las mejoras en la empatía autoinformada en psicoterapeutas. La empatía autoinformada no parece estar relacionada con la empatía de los psicoterapeutas percibida por los pacientes, lo que refuerza la importancia de evaluar a los pacientes para estudiar la influencia de las IBMCs en la empatía, dado que estas dos medidas no siempre están relacionadas entre sí (Greenberg et al., 2001). Además, la mejora en las habilidades terapéuticas mindfulness aumenta la empatía de los psicoterapeutas percibida por los pacientes, lo que a su vez mejora el vínculo terapéutico y la sintomatología. En este sentido, las habilidades terapéuticas mindfulness parecen facilitar un abordaje más abierto y amable a las situaciones de los pacientes, favoreciendo así la relación terapéutica y la eficacia de las intervenciones. Cabe destacar que no se ha encontrado que el aumento del vínculo terapéutico conduzca a mejoras en la sintomatología de los pacientes. Estos resultados sugieren que la empatía percibida por los pacientes es un mejor predictor del alivio de sus síntomas, y que el éxito de la psicoterapia podría estar mediado por otros factores que corresponden a aspectos no específicos y deberían ser estudiados en futuras investigaciones (Cuijpers et al., 2019).

Implicaciones para la práctica psicoterapéutica

La formación actual de los psicoterapeutas tiende a centrarse en aspectos relacionados con el aprendizaje de modelos teóricos y la adquisición de diferentes técnicas terapéuticas (Branson et al., 2018), sin abordar cuestiones como el trabajo autorreflexivo, el manejo de las emociones y el desarrollo de habilidades interpersonales que ayuden a comprender las experiencias de los pacientes (Bennett-Levy, 2019). Estos aspectos son fundamentales para el establecimiento de la empatía y un vínculo terapéutico eficaz, que facilitan el éxito de la psicoterapia (Webb et al., 2010). En este sentido, los resultados de este ECA indican que las IBMCs pueden ser un componente interesante en la formación de psicoterapeutas, por sus beneficios en empatía, la aceptación de las situaciones de los pacientes y una mejor gestión de las emociones propias y ajenas (Cebolla et al., 2018; Macdonald & Muran, 2021). De esta forma, las IBMCs podrían ayudar a los psicoterapeutas a relacionarse de forma saludable con el sufrimiento del paciente, aumentando su capacidad de aceptación incondicional (Bibeau et al., 2020). La IBMC parece estar relacionada con un aumento de las habilidades empáticas, lo que influye en el establecimiento de un vínculo efectivo (Elliott et al., 2018) y mejora la sintomatología de los pacientes (Grepmair et al., 2007).

Además, este ECA destaca la importancia de estudiar el papel de la práctica personal en el desempeño de los psicoterapeutas, incluyendo tanto las IBMCs como otros recursos, como la psicoterapia individual (Murphy et al., 2018; Shireen et al., 2022). En esta línea, varios estudios que aplicaron psicoterapia individual a psicoterapeutas han concluido que ésta es valiosa para su desarrollo profesional (Bennett-Levy et al., 2003; Rønnestad et al., 2016). En este sentido,

sería especialmente interesante incluir la práctica personal a través de la psicoterapia, talleres de autorreflexión o programas de meditación, como las IBMCs, en la formación de los psicoterapeutas. Estas alternativas podrían implementarse a través de programas de formación universitaria o programas de desarrollo personal para psicoterapeutas en activo (Bennett-Levy, 2019).

Limitaciones y líneas futuras de investigación

En el presente estudio, existen una serie de limitaciones que son importantes señalar. En primer lugar, la muestra de psicoterapeutas y pacientes estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres, aunque esta diferencia es representativa tanto en profesionales como en personas que acuden a psicoterapia. En segundo lugar, los psicoterapeutas que participaron en el ECA no estaban ciegos al grupo al que pertenecían. Además, la selección de los pacientes que participaron en el estudio fue realizada por los psicoterapeutas, y sólo pudo ser controlada por los criterios de inclusión señalados al inicio de la investigación. Además, existía una gran disparidad en el número de pacientes aportados por cada psicoterapeuta, con la participación de un solo paciente en algunos casos, y de cuatro o cinco en otros. También encontramos una discrepancia en el tiempo que los pacientes llevaban asistiendo a las sesiones de psicoterapia, ya que muchos de ellos ya llevaban meses trabajando con sus psicoterapeutas, mientras que otros estaban al inicio de la relación terapéutica. Sin embargo, es importante tener en cuenta el diseño complejo de este tipo de investigación. Además, este ECA supera las principales limitaciones de los estudios realizados hasta el momento en este campo de investigación (Garrote-Caparrós et al., 2021) al incluir un grupo control activo y la evaluación

simultánea de psicoterapeutas y pacientes. Uno de los aspectos a destacar en cuanto a los instrumentos utilizados, es que el EUS-P presenta una fiabilidad moderada para la muestra de este estudio, lo que puede suponer una limitación a la hora de interpretar los resultados. Además, la escala utilizada en este estudio para medir las habilidades terapéuticas mindfulness es una adaptación de los autores de este artículo, y en futuras investigaciones debería ser validada en psicoterapeutas. En cuanto a los resultados, hubo una gran cantidad de datos faltantes en la evaluación de seguimiento debido a la complejidad de la comunicación indirecta con los pacientes. Además, fue imposible utilizar los datos obtenidos en el último grupo de psicoterapeutas y sus pacientes para la evaluación de seguimiento, debido a la coincidencia temporal con el confinamiento por la Covid-19, lo que hizo inviable el análisis de estos datos. Finalmente, es importante ser cuidadoso a la hora de generalizar los resultados del MSEM, ya que el tamaño de la muestra fue subóptimo. Por lo tanto, nuestro modelo debe interpretarse con cautela debido a su bajo poder, y considerarse una propuesta preliminar o exploratoria. Los estudios futuros deberían centrarse en reclutar muestras más grandes que garanticen un MSEM de alta potencia. Además, con tamaños de muestra más grandes en el futuro, las técnicas SEM multinivel longitudinal podrían proporcionar evaluaciones más ricas (por ejemplo, modelos de curva de crecimiento o modelos autorregresivos).

En conclusión, este ECA sugiere que la adquisición de habilidades terapéuticas mindfulness a través de una IBMC tiene un efecto beneficioso sobre la empatía de los psicoterapeutas, lo que mejoraría el vínculo terapéutico y la sintomatología de los pacientes. Este estudio proporciona un nuevo enfoque para comprender los

beneficios de las IBMCs para los procesos y resultados de la psicoterapia. Este es el principal objetivo de esta novedosa área de estudio, que puede tener importantes repercusiones en la formación de los psicoterapeutas y traer grandes beneficios a las personas que acuden a psicoterapia en busca de una mejora sustancial en sus vidas.

Bibliografía

- Andrade-González, N. (2009). *El papel del terapeuta en la alianza terapéutica*. Trabajo presentado en la UNED, Guadalajara, España.
- Barrett-Lennard, G. T. (1978). The Relationship Inventory: Later developments and adaptations. *JSAS: Catalog of Selected Documents in Psychology*, 8, 1-55.
- Beckman, H. B., Wendland, M., Mooney, C., Krasner, M. S., Quill, T. E., Suchman, A. L., et al. (2012). The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Academic Medicine*, 87, 815–819.
- Bellosta-Batalla, M., Blanco-Gandía, M.C., Rodríguez-Arias, M., Cebolla, A., Pérez-Blasco, J., & Moya-Albiol, L. (2020). Increased salivary oxytocin and empathy in students of clinical and health psychology after a mindfulness and compassion-based intervention. *Mindfulness*, 11, 1006-1017.
<https://doi.org/10.1007/s12671-020-01316-7>
- Bellosta-Batalla, M., Garrote-Caparrós, E., Pérez-Blasco, J., Moya-Albiol, L., & Cebolla, A. (2019). Mindfulness, empatía y compasión: Evolución de la empatía a la compasión en el ámbito sanitario. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, 4(1), 47-57.
<http://doi.org/10.37536/RIECS.2019.4.S1.125>
- Bennett-Levy J. (2019). Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 62, 133–145.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.004>

- Bennett-Levy, J., Lee, N., Travers, K., Pohlman, S., & Hamernik, E. (2003). Cognitive therapy from the inside: Enhancing therapist skills through practising what we preach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*, 145–163.
<https://doi.org/10.1017/S1352465803002029>
- Bibeau, M, Dionne, F., Riera A., & Leblanc, J. (2020). The influence of compassion meditation on the psychotherapist's empathy and clinical practice: a phenomenological analysis. *Journal of Humanistic Psychology, 1-25*.
<http://doi.org/10.1177/0022167820953258>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Boellinghaus, I., Jones, F.W. & Hutton, J. (2014). The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. *Mindfulness, 5*, 129–138.
<https://doi.org/10.1007/s12671-012-0158-6>.
- Bohecker, L., & Horn, E. A. D. (2016). Increasing students' empathy and counseling self-efficacy through a mindfulness experiential small group. *Journal for specialists in group work, 41*, 312-333.
<http://doi.org/10.1080/01933922.2016.1232322>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*, 252–260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>

- Branson, A., Myles, P., Mahdi, M., & Shafran, R. (2018). The relationship between competence and patient outcome with low-intensity cognitive behavioural interventions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 46*, 101–114.
<https://doi.org/10.1017/S1352465817000522>.
- Cebolla, A., Galiana, L., Campos, D., Oliver, A., Soler, J., Demarzo, M., Baños, R. M., Feliu-Soler, A., & García-Campayo, J. (2018). How does mindfulness work? Exploring a theoretical model using samples of meditators and non-meditators. *Mindfulness, 9*, 860–870. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0826-7>
- Chan, S. H. W., Yu, C. K. C., and Li, A. W. O. (2021). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on counseling self-efficacy: A randomized controlled crossover trial. *Patient Education and Counseling, 104*, 360-368.
<http://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.022>
- Coutinho, J. F., Silva, P. O., & Decety, J. (2014). Neurosciences, empathy, and healthy interpersonal relationships: Recent findings and implications for counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 61*, 541-548.
<https://doi.org/10.1037/cou0000021>
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema, 16*, 702-705
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcome. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*, 207-231.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>

- Demarzo M., & Cardoso B. (2021) Mindfulness for the development of relational therapeutic skills for health professionals. In: Aristegui R., Garcia Campayo J., & Barriga P. (Eds) *Relational Mindfulness*. Springer, Cham (pp. 179–188).
https://doi.org/10.1007/978-3-030-57733-9_10
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, *13*, 595-605. <https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Duncan, L.G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M.T. (2009). A model of mindful parenting: Implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical Child & Family Psychology Review*, *12*, 255-270. <http://doi.org/10.1007/s10567-009-0046-3>
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI)*. Recuperado de <http://www.talkingcure.com/>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, *48*(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, *55*, 399-410.
<http://doi.org/10.1037/pst0000175>.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Bianco, J. L., & Santomá, S. C. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *10*, 116–125. <http://doi.org/10.1002/cpp.358>

- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*, 316-340. <http://doi.org/10.1037/pst0000172>.
- Garrote-Caparrós, E., Bellosta-Batalla, M., Moya-Albiol, L., & Cebolla, A. (2021). Effectiveness of mindfulness-based interventions on psychotherapy processes: a systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <http://doi.org/10.1002/cpp.2676>
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliot, R., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 380-384. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.380>
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*, 332-338. <http://doi.org/10.1159/000107560>
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin, 136*, 351–374. <http://doi.org/10.1037/a0018807>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223–233. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Horvath, A., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*, 9-16. <http://doi.org/10.1037/a0022186>.
- Hox, J. J. (2013). Multilevel Regression and Multilevel Structural Equation Modeling. *The Oxford Handbook of Quantitative*

- Methods in Psychology Volume 2 Statistical Analysis*, 2, 1–16.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199934898.013.0014>
- Ivanovic, M., Swift, J. K., Callahan, J. L., & Dunn, R. (2015). A multisite pre/post study of mindfulness training for therapists: The impact on session presence and effectiveness. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 29, 331-342.
<http://doi.org/10.1891/0889-8391.29.4.331>
- Johnson, D. A., & Walsh, A. (2021). Associations between specific mindfulness practices and in-session relational factors. *Journal of Counseling & Development*, 99, 372-383.
<https://doi.org/10.1002/jcad.12390>
- Macdonald, J., & Muran, C. J. (2021). The reactive therapist: The problem of interpersonal reactivity in psychological therapy and the potential for a mindfulness-based program focused on “mindfulness-in-relationship” skills for therapists. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(4), 452-467.
<https://doi.org/10.1037/int0000200>
- McCaffrey, S., Reitman, D., & Black, R. (2017). Mindfulness in Parenting Questionnaire (MIPQ): Development and validation of a measure of mindful parenting. *Mindfulness*, 8, 232-246.
<http://doi.org/10.1007/s12671-016-0596-7>
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gøtzsche, P. C., Devereaux, P. J., Elbourne, D., Egger, M., & Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *BMJ*, 340, c869. <https://doi.org/10.1136/bmj.c869>
- Murphy, D., Irfan, N., Barnett, H., Castledine, E., & Enescu, L. (2018). A systematic review and meta-synthesis of qualitative

- research into mandatory personal psychotherapy during training. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18, 199–214.
<https://doi.org/10.1002/capr.12162>.
- Muthén, B. O. (2017). *Mplus Technical Appendices*. Muthén & Muthén. www.statmodel.com
- Muthén, B. O., & Asparouhov, T. (2011). Beyond multilevel regression modeling: multilevel analysis in a general latent variable framework. In J. Hox & J. K. Roberts (Eds.), *The Handbook of Advanced Multilevel Analysis* (15–66). Taylor & Francis Group.
- Myers, S. A. (2000). Empathic listening: Reports on the experience of being heard. *Journal of Humanistic Psychology*, 40, 148–173.
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28, 593–605.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55, 303-315.
<http://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2003). Process and outcome in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307–389). New York: Wiley.
- Pereira, J. A., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2017) The Role of Practitioner Resilience and Mindfulness in Effective Practice: A Practice-Based Feasibility Study. *Administration and Policy in*

- Mental Health and Mental Health Services Research*, 44, 691–704. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0747-0>
- Preacher, K. J., Zyphur, M. J., & Zhang, Z. (2010). A general multilevel SEM framework for assessing multilevel mediation. *Psychological Methods*, 15, 209–233. <https://doi.org/10.1037/a0020141>
- Rønnestad, M. H., Orlinsky, D. E., & Wiseman, H. (2016). Professional development and personal therapy. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim. *Handbook of clinical psychology*, 5, 223–235. Washington, DC: APA.
- Ruipérez, M. A., Ibanez, M. I., Lorente, E., Moro, M., & Ortet, G. (2001). Psychometric properties of the spanish version of the BSI: Contributions to the relationship between personality and psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 241–250. <http://doi.org/10.1027//1015-5759.17.3.241>.
- Shireen, H., Siemers, N., Dor-Ziderman, Y., Knäuper, B., & Moodley, R. (2022). Treating others as we treat ourselves: A qualitative study of the influence of psychotherapists' mindfulness meditation practice on their psychotherapeutic work. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02565-y>
- Stone, M., Friedlander, M. L., & Moeyaert, M. (2018). Illustrating novel techniques for analyzing single-case experiments: Effects of pre-session mindfulness practice. *Journal of Counseling Psychology*, 65(6), 690-702. <http://doi.org/10.1037/cou0000291>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Dunn, R., Brecht, K., & Ivanovic, M. (2017). A randomized-controlled crossover trial of mindfulness for student psychotherapists. *Training and Education in*

Professional Psychology, 11, 235-242.

<http://doi.org/10.1037/tep0000154>

Tatum, A., & Vera, E. (2020). An examination of perceived therapeutic bond as a mediator of psychological outcomes.

Journal of College Counseling, 23, 128-141.

<http://doi.org/10.1002/jocc.12154>

Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research, 24, 286-298*, <http://doi.org/10.1080/10503307.2013.802823>

Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78, 200–211*. <https://doi.org/10.1037/a0018912>.su

4. Discusión general

Discusión general

El objetivo de la presente tesis doctoral era estudiar los efectos de las intervenciones basadas en mindfulness y compasión aplicadas a psicoterapeutas y sus pacientes. Esta tesis intenta aportar una visión más completa del proceso psicoterapéutico al recoger tanto la percepción del psicoterapeuta que recibe la IBMC, como las percepciones indirectas de sus pacientes sobre una serie de variables especialmente relevantes en psicoterapia (Norcross y Lambert, 2018).

Este trabajo está compuesto de dos estudios. En primer lugar, se llevó a cabo una revisión sistemática sobre la situación actual de la investigación en IBMs aplicadas a psicoterapeutas. Se escogieron tres dimensiones: la empatía, la alianza terapéutica, y la sintomatología de los pacientes. Se analizaron un total de 16 artículos, incluyendo ensayos empíricos, controlados y no controlados en los que se aplicaban IBMs estandarizadas y no estandarizadas. En base a sus resultados, se proponen una serie de conclusiones.

En general, los estudios señalan que las IBMs pueden ser una herramienta útil en el desarrollo de la empatía, observándose mejoras en la empatía autoinformada de los psicoterapeutas, a nivel cognitivo y emocional (Lamothe et al., 2016). Se ha visto cómo estos resultados podrían explicarse a través de diferentes vías. Por un lado, los aumentos en la empatía cognitiva pueden estar relacionados con la práctica de algunas actitudes mindfulness, como la aceptación, la presencia o la apertura (Davis y Hayes, 2011). Por otro lado, la empatía emocional podría estar desarrollándose a través de la adquisición de habilidades interpersonales (Brito, 2013), y del aumento de la regulación atencional y emocional (Hölzel et al., 2011), aptitudes cultivadas en la práctica de mindfulness.

Igualmente, se analizaron los estudios en los que se evaluaban los efectos de las IBMs aplicadas a psicoterapeutas sobre los niveles de alianza terapéutica percibida tanto por ellos como por sus pacientes. En este caso, no se ha encontrado una relación robusta entre la práctica de mindfulness y la mejora de la alianza entre psicoterapeuta y paciente. Se destaca la escasez de estudios que han analizado esta relación, así como la gran diversidad de medidas utilizadas para un mismo constructo.

La empatía y la alianza terapéutica son procesos intersubjetivos, que surgen de la experiencia creada a la vez por el psicoterapeuta y el paciente (Flückiger et al., 2018), siendo más relevante las evaluaciones sobre alianza de los pacientes en los posteriores resultados del proceso psicoterapéutico (Falkenström et al., 2016; Zilcha-Mano et al., 2016). Por tanto, debemos atender especialmente a las evaluaciones que los pacientes hacen sobre estas variables, ya que la mayoría de los estudios se han centrado en las evaluaciones del psicoterapeuta, y son las de sus pacientes las que van a determinar en mayor medida sus avances en psicoterapia (Falkenström et al., 2016).

Por último, se analizaron los estudios en los que se evaluaba la sintomatología como medida del resultado psicoterapéutico tras una IBM. En este aspecto, si bien contamos con un estudio en el que se observaron mejoras en el malestar percibido de los pacientes (Grepmaier et al., 2007), nos encontramos con una notable escasez de investigación, lo que nos impide sacar conclusiones sobre los efectos en esta variable. Estos resultados evidencian la necesidad de ampliar su estudio y explorar las posibles repercusiones de este tipo de intervenciones en la salud de los pacientes.

Es importante señalar las limitaciones encontradas en los artículos analizados, ya que la mayoría fueron estudios no controlados en los que un mismo grupo de psicoterapeutas registraba sus percepciones antes y después de la IBM (Hopkins y Proeve, 2013; Rimes y Wingrove, 2010). En la revisión, nos encontramos con una gran disparidad en los diseños utilizados, ya que algunos autores aplican una IBM con una duración muy corta (Hauge, 2018), frente a otras que duran un curso académico (Rissman, 2013). Además, los tamaños de la muestra de los diferentes estudios fueron muy reducidos en algunos casos (Ballinger, 2013; Newton, 2018), lo que sin duda limita en la generalización de sus resultados. Por otra parte, en estos estudios no se analiza la relación existente entre las diferentes variables evaluadas, por lo que no podemos saber si los cambios en empatía o alianza terapéutica están afectando a los cambios en la sintomatología de los pacientes, ni en qué medida esto es debido al aumento de habilidades mindfulness en los psicoterapeutas. En base a estas limitaciones, debemos ser cautelosos a la hora de sacar conclusiones sobre estos resultados.

Si bien los resultados de estos estudios no son consistentes, las IBM parecen ser una estrategia prometedora en la formación de los psicoterapeutas, siendo necesarias nuevas investigaciones en las que se aborden las limitaciones arriba señaladas. Por un lado, sería interesante estudiar si existe una relación indirecta entre la práctica de mindfulness y las mejoras en alianza terapéutica a través del desarrollo de habilidades como la empatía, donde las IBMs sí han mostrado ser eficaces. Además, la mayoría de los estudios han aislado el factor mindfulness del de compasión, a pesar de que puede ser un elemento clave en la formación de psicoterapeutas debido a su relación con la

empatía y los vínculos afectivos (Bibeau et al., 2016). Por otro lado, incluir las evaluaciones de los pacientes proporcionaría un mayor conocimiento sobre las vivencias que psicoterapeuta y paciente tienen sobre el proceso y resultados de la psicoterapia. Por último, se hace relevante el desarrollo de modelos completos en los que se estudien los efectos de las IBM sobre diferentes variables relevantes en psicoterapia, así como una evaluación conjunta de la relación entre ellas. Debido a lo anterior, se evidenció la necesidad de ampliar la investigación. En consecuencia, tras la revisión de la literatura actual, se presenta la investigación central de esta tesis doctoral.

En el segundo estudio, pretendíamos responder a algunas de las limitaciones identificadas en la revisión sobre la investigación actual. Con este objetivo, se llevó a cabo una IBM aplicada a psicoterapeutas evaluando sus niveles de empatía, vínculo terapéutico y la sintomatología de sus pacientes antes y después de la intervención, y a los 4 meses como seguimiento. Además, se incluyó un grupo de control activo, en el que los psicoterapeutas que no recibieron la IBM, realizaron un registro de observaciones sobre procesos relacionados con la empatía en las sesiones de psicoterapia. Debido a esto, el presente estudio supera las principales limitaciones de la investigación actual (Cooper et al., 2020).

Se incluyó una evaluación autoinformada de los psicoterapeutas sobre sus niveles de empatía, así como la percepción de los pacientes sobre la empatía de sus psicoterapeutas, y sobre el vínculo terapéutico. Igualmente, los niveles de sintomatología fueron evaluados por los pacientes, obteniendo así una medida sobre los efectos finales de la IBM en los resultados de la psicoterapia. Con el fin de

comprender mejor la forma en que se desarrollan habilidades como la empatía, exploramos la posibilidad de que la IBMC que aplicamos, tuviera efectos en la presencia y el estilo comunicativo del psicoterapeuta durante las sesiones de psicoterapia. En este sentido, evaluamos una serie de habilidades terapéuticas mindfulness, que pueden influir sobre el estilo terapéutico al desarrollar una mayor flexibilidad, una comunicación más consciente y una atención abierta en las sesiones de psicoterapia (Raes et al., 2016).

Los resultados obtenidos muestran por un lado, que las IBMCs son una herramienta útil para el desarrollo de unas habilidades terapéuticas mindfulness que se reflejan en el estilo terapéutico. En concreto, los dos factores de esta variable –instrucción y estar presente– mostraron mejoras tras la IBMC, y los cambios en instrucción se mantuvieron en la evaluación de seguimiento. Además, la IBMC ha tenido efectos en las percepciones sobre empatía, notando un incremento de la misma tanto por parte de los psicoterapeutas como por la de sus pacientes. La empatía percibida por los psicoterapeutas no mostró mejoras hasta la evaluación de seguimiento, mientras que los pacientes sí notaron una mejoría en la empatía de sus psicoterapeutas inmediatamente después de la IBMC, aunque estas mejoras no se mantuvieron en el seguimiento. En este sentido, si los pacientes son capaces de percibir estos cambios en sus psicoterapeutas tras la intervención, es posible que estos últimos necesiten más tiempo para integrar los beneficios obtenidos de la IBMC. Esta idea plantea la posibilidad de que los psicoterapeutas experimenten una primera fase de comprensión de diferentes conceptos que afectan al trabajo psicoterapéutico y, con la práctica continuada de mindfulness, una

segunda fase en la que estos conocimientos se asimilen como habilidades adquiridas que refuerzan su empatía. Esto va en la dirección de estudios anteriores, en los que se ha observado que la mejora significativa de los niveles de empatía tras una IBMC no se producía hasta la fase de seguimiento (Bellosta-Batalla et al., 2020). Además, cabe preguntarse si las percepciones de los psicoterapeutas sobre sus niveles de empatía tras una IBMC son suficientes para la comprensión del proceso psicoterapéutico. En este sentido, es importante tener en cuenta que los psicoterapeutas tienden a percibirse a sí mismos con altos niveles de empatía debido a factores vocacionales y educativos, por lo que es posible que sobreestimen su capacidad empática desde el inicio de la investigación (Sripada et al., 2011). Debido a esto, es posible que la empatía que perciben sus pacientes sea un mejor indicador del progreso y los resultados en psicoterapia, por lo que sería importante que la investigación contara con sus evaluaciones. Por otro lado, factores como la autoconsciencia y la auto-observación pueden tener un papel relevante a la hora de comprender y percibir los cambios en la empatía. En este sentido, es posible que una práctica más específica en autoconsciencia durante la IBMC favorezca una integración más rápida de las nuevas habilidades empáticas. Estos resultados aumentan la evidencia con respecto a anteriores estudios en los que la empatía sólo se evalúa en psicoterapeutas, y nos plantea la necesidad de considerar las evaluaciones a medio-largo plazo como parte fundamental en la investigación en psicoterapia.

Por otro lado, las percepciones sobre el vínculo entre psicoterapeuta y paciente también muestran mejoras significativas tras la IBMC, aunque estos resultados tampoco se mantienen en la

evaluación de seguimiento. Sin embargo, en los diferentes estudios incluidos en la revisión de esta tesis, no se observó una relación significativa entre las IBMs y las medidas de alianza terapéutica. Este hecho puede deberse a la evaluación concreta del vínculo terapéutico en nuestro estudio, dejando de lado otros aspectos de la alianza terapéutica que no deberían verse afectados por la participación en una IBMC (Falb y Pargament, 2012).

Por último, los cambios en la sintomatología de los pacientes suponen uno de los resultados más importantes y esclarecedores de la presente investigación, ya que las mejoras son percibidas inmediatamente después de la IBMC para los niveles de somatización, depresión y ansiedad, y se mantienen de manera estable a los 4 meses en el caso de la somatización y la ansiedad. Estos resultados coinciden con lo encontrado en el estudio de Grepmaier et al. (2007), en el que observan una disminución de la sintomatología de los pacientes en todas las escalas de malestar general, menos en depresión, tras una IBMC. Además, estas mejoras en la sintomatología coinciden con los mayores niveles de empatía percibida por los pacientes. Esos resultados podrían estar indicando una relación entre estas dos variables, lo que plantea una posible causalidad entre los niveles de empatía del psicoterapeuta y una disminución de la sintomatología de sus pacientes.

En cuanto al segundo objetivo de este estudio, se propuso un MSEM en el que analizamos la relación existente entre los cambios observados en la empatía, el vínculo terapéutico y la sintomatología de los pacientes.

En primer lugar, se ha observado que el desarrollo de la empatía se puede lograr a través de la adquisición de estas habilidades

entrenadas en la práctica mindfulness, entendidas, por tanto, como variables mediadoras entre las IBMCs y el desarrollo de la empatía. En concreto, las habilidades terapéuticas mindfulness tienen efectos en la empatía percibida por el psicoterapeuta y esta, a su vez, tiene efectos en la empatía de los psicoterapeutas percibida por sus pacientes.

En segundo lugar, nuestros resultados muestran que la empatía percibida por los pacientes aumenta la calidad del vínculo terapéutico informado por los mismos. En este sentido, es posible que a través de la adquisición de habilidades relacionadas con la empatía, como la presencia, la aceptación incondicional, y la regulación y gestión de las emociones (Segal et al., 2013), se establezcan vínculos más efectivos. Este incremento en la calidad del vínculo no se relaciona con posteriores mejoras en la sintomatología de los pacientes. Sin embargo, la empatía percibida por los pacientes sí tiene efectos en la sintomatología de los mismos.

Los resultados de este estudio nos llevan a considerar la investigación en psicoterapia desde la interdependencia de una serie de variables que se retroalimentan y que no son independientes unas de otras, lo que aporta mayor claridad y profundidad en la comprensión de los mecanismos que afectan al éxito psicoterapéutico (Norcross y Lambert, 2018; Stamoulos et al., 2016). En este sentido, el modelo de relación entre las variables de nuestro estudio ha confirmado la importancia de los factores comunes en el éxito de la psicoterapia (Norcross y Lambert, 2018), mostrando los efectos de la IBMC sobre las variables de estudio y su interconexión, así como su relación con los posteriores resultados. Esta es una de las principales aportaciones en la investigación sobre psicoterapia, ya que no contamos a día de hoy con

modelos que analicen la relación entre los diferentes mecanismos que entran en juego en el proceso psicoterapéutico. Además, los resultados demuestran que la experiencia percibida por el paciente, tanto del proceso psicoterapéutico como de su psicoterapeuta, afectan de manera significativa a los resultados de la psicoterapia. Estos resultados ponen de relevancia el papel activo de los pacientes en psicoterapia, como co-creadores de la mejora y del éxito terapéutico (De Smet et al., 2020). Esto es especialmente interesante, ya que plantea la dirección a seguir en el estudio de las IBMCs aplicadas a psicoterapeutas, reconociendo la importancia de evaluar a los pacientes en la investigación sobre psicoterapia.

Implicaciones en la formación y práctica en psicoterapia

En la formación académica actual de los psicoterapeutas, se ha priorizado la adquisición de capacidades enfocadas en el *yo terapeuta*, a través de conferencias, lecturas, modelado, juego de roles, retroalimentación clínica y supervisión (Bennett-Levy y Finlay-Jones, 2018). Si bien las estrategias de formación tradicionales parecen adecuadas para desarrollar habilidades conceptuales y técnicas (Bennett-Levy et al., 2009), es importante proporcionar un espacio en el que el psicoterapeuta pueda adquirir mejores habilidades relacionales y de gestión emocional. Siguiendo esta línea, la práctica personal, entendida como la aplicación de intervenciones psicológicas centradas en el desarrollo personal de los psicoterapeutas, puede tener un papel que desempeñar en la adquisición de habilidades más complejas y proporcionar un “sentido más profundo de autoconocimiento y confianza” en el psicoterapeuta (Bennett-Levy et al., 2001; Bennett-Levy, 2019).

En relación con lo anterior, se ha visto que los principales motivos que llevan a los psicoterapeutas a realizar esta práctica personal son los centrados en el autocuidado, como un medio para abordar problemas personales o fomentar el crecimiento personal. En este sentido, los psicoterapeutas se enfrentan en su vida personal a diferentes situaciones y dificultades que pueden suponer una gran fuente de estrés. Además, el trabajo psicoterapéutico expone al profesional a una alta carga emocional, que puede llevarles a experimentar agotamiento en la relación con sus pacientes (Cummins et al., 2007). A través del autocuidado personal se pueden mitigar estos factores estresantes que conducen a la angustia o al agotamiento emocional, permitiéndoles mantener ciertos niveles de bienestar (Remley y Herlihy, 2020). En este sentido, los psicoterapeutas que muestran niveles más altos de bienestar personal, tienen más probabilidades de experimentar una mejora en su trabajo (Lawson y Myers, 2011).

Además, la práctica personal aumenta el autoconocimiento, lo que a su vez va a permitir a los psicoterapeutas ser más conscientes sobre los procesos y relaciones que establecen con los otros, tanto en su entorno social como en el ámbito psicoterapéutico (Corey et al., 2014). Este autoconocimiento puede aportar también una mayor detección de las dificultades del psicoterapeuta durante las sesiones de psicoterapia, haciéndole más responsable de sus emociones y vivencias al separarlas de las de sus pacientes, aumentando la capacidad para detectar posibles contratransferencias hacia el paciente (Al-khodair y Alrawaf, 2021).

Por otro lado, este tipo de entrenamientos mejora los niveles de auto-reflexión del psicoterapeuta acerca de la importancia que tiene su

propio desarrollo y crecimiento personal en su capacidad de ayudar a los demás. Este aumento en la capacidad de reflexión sobre las emociones, cogniciones y conductas, permite una observación más objetiva de la propia experiencia, al ser capaces de observarse a sí mismos con cierta distancia (Bennett-Levy y Haarhoff, 2019). En este sentido, algunos estudios han visto que los psicoterapeutas que reflexionan y se cuestionan su eficacia profesional en el trato con sus pacientes, tienen más probabilidades de modificar y mejorar la relación interpersonal con los mismos (Nissen-Lie et al., 2013; Nissen-Lie et al., 2015).

Además, los psicoterapeutas buscan en este tipo de entrenamientos el establecimiento de vínculos afectivos de calidad que puedan mejorar las diferentes relaciones que experimentan en su vida personal (Boellinghaus et al., 2013; Christopher, 2006; Shapiro et al., 2007). A día de hoy, son diversos los estudios que mencionan mejoras significativas en el vínculo terapéutico y en la empatía percibida por los pacientes gracias a intervenciones y formaciones en las que se promueve la práctica personal (Bibeau et al., 2016; Gold y Hilsenroth, 2009; Thwaites et al., 2014). En este sentido, se ha visto que las cualidades personales y relacionales de los psicoterapeutas tienen un efecto importante en los posteriores resultados de la psicoterapia (Wampold y Imel, 2015).

Basándonos en el modelo planteado (Bennett-Levy y Finlay-Jones, 2018), estas habilidades se desarrollan en el ámbito del *yo personal*, y se asimilan e incorporan en el *yo terapeuta* a través del *punteo reflexivo*, repercutiendo finalmente en los niveles de eficacia del psicoterapeuta. Por tanto, es importante que la formación en psicoterapia ofrezca un espacio para la mejora personal, teniendo como

objetivo una formación más completa. A pesar del respaldo de la investigación, actualmente la práctica personal no está incluida en la formación universitaria ni en posteriores formaciones en muchas escuelas de psicoterapia (Murphy et al., 2018). En este sentido, las IBMCs pueden ser una herramienta muy interesante para mejorar la práctica clínica, contribuyendo a una mayor sensación de satisfacción profesional a través del aumento de la consciencia, la regulación emocional y el desarrollo de habilidades relacionales (Hülshager et al., 2013). Además, estas mejoras pueden tener como resultado un aumento en los niveles de bienestar (Brown y Ryan, 2003).

Intervenciones basadas en mindfulness y compasión en la formación de los psicoterapeutas

En la presente investigación, se ha diseñado y aplicado una IBMC que ha demostrado aportar nuevas habilidades al *yo terapeuta*, al fomentar un cambio en su estilo terapéutico, modificando la forma en la que abordan las sesiones de psicoterapia y su capacidad de estar presentes en ellas. En este sentido, la práctica de mindfulness fomenta la capacidad de estar más atentos a nuestros pacientes, con aceptación, amabilidad y ausencia de juicio (Bishop et al., 2004), lo que promueve un acercamiento más saludable a la experiencia propia y ajena. En concreto, las IBMCs fomentan la autogestión de las emociones, cogniciones y conductas del psicoterapeuta, preservando el autocuidado y pudiendo así ofrecer una mejor atención a sus pacientes, evitando el agotamiento emocional al que puede llevar el contacto con el sufrimiento ajeno (Klimecki & Singer, 2012; Schanche et al., 2019). Por otro lado, las IBMCs ayudan a desarrollar mayores niveles de conexión en la relación entre psicoterapeuta y paciente, permitiendo al

psicoterapeuta responder más libremente y ser menos reactivos con sus pacientes. Además, estas habilidades pueden potenciar respuestas adaptadas y más sensibles a sus dificultades, gracias a una mayor comprensión de la experiencia y las dificultades del paciente (Gelso y Hayes, 2007).

Por otro lado, se ha visto que las IBMCs fomentan una mayor atención en psicoterapia, lo que mejora la presencia del psicoterapeuta y le permite mantenerse conectado a sus pacientes, reduciendo las posibles distracciones y disminuyendo la carga mental (Hayes y Vinca, 2017). En este sentido, el entrenamiento en compasión incluido en las IBMCs, supone un acercamiento activo al sufrimiento ajeno, en el que además de comprender al paciente, se moviliza el deseo de ayudarle y de potenciar el cuidado que invertimos en nosotros mismos y en los demás (Bellosta-Batalla et al., 2019; Bibeau et al., 2016; Elices et al., 2017).

La presente investigación ha podido comprobar cómo los cambios experimentados en el *yo personal* se trasladan a cambios en el *yo terapeuta*, observando esta interrelación y apoyando la capacidad de la práctica personal en el desarrollo del psicoterapeuta. La mejora de estas habilidades se han asociado con resultados psicoterapéuticos positivos (Escuriex y Labbé, 2011; Pereira et al., 2017), por lo que las IBMCs pueden ser una alternativa interesante en la formación de los psicoterapeutas, ya sea incluyéndose en el ámbito universitario y/o en los servicios de apoyo disponibles para los profesionales que ya están ejerciendo (Lomas et al., 2018).

Limitaciones generales

En la presente tesis doctoral, encontramos una serie de limitaciones que afectan a la investigación en general, y que es importante valorar a la hora de generalizar los resultados.

En primer lugar, trataremos las limitaciones observadas en la revisión sistemática. En cuanto a su diseño, es importante señalar que se incluyeron estudios no controlados en los que no existía un grupo de comparación con la IBM, lo que obliga a ser cautelosos en la interpretación de sus resultados. Además, solo se incluyeron estudios cuantitativos, por lo que no se analizaron algunos estudios en los que se describen beneficios de las IBMs sobre estas variables, utilizando una evaluación cualitativa (Horst et al., 2013; Millon y Halewood, 2015). Igualmente, no se analizaron aquellos estudios en los que se evaluaban los efectos de la práctica de mindfulness antes de las sesiones de psicoterapia con sus pacientes. Este tipo de estudios plantean la adquisición de habilidades mindfulness a corto plazo para su posterior aplicación, buscando una mejora en la destreza del psicoterapeuta sesión por sesión (Dunn et al., 2013; Stone et al., 2018), y pueden ofrecer resultados interesantes sobre los efectos de mindfulness en la práctica psicoterapéutica. Por último, en la revisión no se tuvieron en cuenta las orientaciones psicoterapéuticas, el lugar de trabajo de los psicoterapeutas o sus niveles de formación y práctica personal previa, lo que sin duda limita la comprensión sobre la forma en la que las IBMs pueden afectar al proceso psicoterapéutico.

En segundo lugar, encontramos una serie de limitaciones en el estudio central de esta tesis. En cuanto al diseño, se contó con profesionales de clínicas privadas, interesados previamente en realizar

un entrenamiento personal a través de la IBMC. Debido a esto, los psicoterapeutas no fueron una muestra totalmente aleatoria de participación, lo que puede haber atenuado los resultados atribuidos a los efectos del psicoterapeuta en la mejora de sus pacientes (Crits-Christoph et al., 1991). Además, no se controlaron el número de pacientes que participaban por cada psicoterapeuta. Esta limitación es de especial importancia, ya que algunos estudios que han visto que grandes discrepancias en el número de pacientes por psicoterapeuta afecta a los resultados sobre vínculo terapéutico (Del Re et al., 2021). Igualmente, los pacientes que participaron en el estudio fueron escogidos por sus psicoterapeutas, por lo que no se realizó una asignación aleatoria. En este sentido, es posible que los efectos de la IBMC sobre el proceso de psicoterapia sea diferente al encontrado en escenarios naturalistas donde los pacientes se aleatorizan (Wampold y Owen, 2021). Por último, la IBMC que se aplicó en esta tesis doctoral, se llevó a cabo por la investigadora principal del estudio, lo que puede introducir sesgos sobre los resultados. Estos sesgos pueden derivarse de las propias expectativas de la investigadora, destacando unos contenidos por encima de otros en base a los objetivos del estudio.

Respecto a las limitaciones en la muestra del estudio, contamos con un número relativamente escaso de psicoterapeutas y pacientes, lo que nos impide obtener una mayor claridad respecto a los efectos de la práctica de mindfulness y compasión sobre el proceso de la psicoterapia, y especialmente, en las relaciones que existen entre las variables evaluadas. Esto es debido a que únicamente se incluyeron psicoterapeutas sin experiencia en mindfulness, lo que complica el acceso a la muestra en un momento en el que la formación en mindfulness y terapias de tercera generación está ampliamente

extendida (Stahl y Goldstein, 2019). Además, debido a la privacidad y confidencialidad que se establece en la relación psicoterapéutica, los psicoterapeutas pueden mostrar reticencias a la hora de hacer partícipes a sus pacientes en una investigación. Por otra parte, nos encontramos con una dificultad añadida a la hora de incluir las evaluaciones de los pacientes, ya que únicamente se contactó con ellos vía online, por lo que en ocasiones hubo dificultades para su recogida, existiendo así datos faltantes. Del mismo modo, incluir todas estas evaluaciones en una investigación que quiere establecer resultados a medio plazo (realizando una evaluación de seguimiento) supone contar con pacientes que tengan una permanencia y duración determinada en psicoterapia, lo cual es difícil de controlar.

En cuanto a las limitaciones en la evaluación, destaca la cantidad de variables que no se han podido registrar dada la complejidad del proceso psicoterapéutico, tanto en el caso del psicoterapeuta (relaciones existentes en su vida personal, etapa vital, tipo de pacientes que atiende, sobrecarga laboral, lugar de trabajo, etc.) como del paciente. En este sentido, el paciente asiste una vez cada semana o cada dos semanas a la sesión de psicoterapia, pasando en su día a día por multitud de situaciones que pueden estar afectando a su vivencia y percepción del cambio terapéutico, y que no pueden ser medidas en investigaciones de esta complejidad (problemáticas personales, sociales, económicas, etc.). Además, contamos con una serie de datos que sí que fueron controlados, pero no han llegado a incluirse en los análisis (orientación terapéutica, años de experiencia como psicoterapeuta, volumen de pacientes total, etc.), debido a la elevada complejidad y la novedad de los análisis realizados, lo que ha

impedido un estudio más detallado de variables secundarias. En esta misma línea, no se incluyeron en los análisis el tiempo que los pacientes llevaban asistiendo a psicoterapia. Esto puede suponer en algunos casos una falta de profundidad en la relación y en el conocimiento de la pericia del psicoterapeuta, afectando a la percepción de los pacientes sobre su efectividad. Esta es una limitación a tener en cuenta, ya que parece que las habilidades de los psicoterapeutas efectivos pueden resultar más útiles a medida que aumenta la duración del tratamiento (Goldberg et al., 2018). Finalmente, en nuestro estudio se incluyó una evaluación de las habilidades mindfulness aplicadas a la relación terapéutica que fue adaptada de otra población, debido a la falta de cuestionarios validados sobre los efectos que las IBMCs pueden tener en el contexto específico de la psicoterapia. Esto supone una limitación en nuestro objetivo por comprender mejor los mecanismos que afectan al desarrollo personal y profesional de los psicoterapeutas.

Líneas futuras de investigación

En futuros estudios, sería necesario atender a los siguientes aspectos, ampliando así el alcance y la generalización de los resultados de esta investigación.

En primer lugar, realizar asignaciones aleatorias de los pacientes que participan en la investigación, controlando además el número de pacientes que participan por cada psicoterapeuta. Esto disminuiría la posibilidad de sesgos, aportando mayor fiabilidad en la interpretación de los resultados obtenidos.

Por otro lado, en futuras investigaciones se podrían comparar los efectos de nuestra intervención con otras IBMs o IBMCs estandarizadas. Igualmente, sería interesante analizar si se dan

diferencias entre las IBMs y aquellas intervenciones en las que se incluye explícitamente la práctica de la compasión. En esta misma línea, resultaría muy útil comparar las IBMCs con intervenciones específicas para el aumento de la empatía de los psicoterapeutas u otros programas de práctica personal que no estén basados en mindfulness, que permitan evaluar sus beneficios en comparación con las IBMs o IBMCs.

Además, los futuros estudios deberían contar con muestras suficientemente robustas que permitan sacar conclusiones más precisas sobre los resultados que podemos esperar con este tipo de intervenciones aplicadas a psicoterapeutas.

Por otro lado, desde el presente estudio se propone la evaluación del estilo del psicoterapeuta como una variable susceptible de cambio tras una IBMC. La futura investigación debería incluir la evaluación de estilo terapéutico siempre que se le aplique una IBMC a los profesionales, ya que aportaría información relevante sobre los efectos del psicoterapeuta en las sesiones con sus pacientes. Además, sería especialmente interesante poder contar en un futuro con estudios en los que se recogieran medidas del proceso psicoterapéutico sesión por sesión. De este modo, podríamos observar y valorar más en profundidad lo que sucede en las vivencias y percepciones, tanto del psicoterapeuta como del paciente, durante el trascurso de la psicoterapia, pudiendo así determinar más específicamente los factores que repercuten en la mejora del paciente.

Otro aspecto de especial interés para futuros estudios es la replicación del modelo sobre los mecanismos de cambio que sugerimos en esta investigación, analizando en mayor profundidad la relación existente entre las variables evaluadas. En esta misma línea, sería

interesante incluir nuevas variables que puedan estar mediando en la mejora de la sintomatología, aumentando el conocimiento sobre los beneficios de las IBMCs en el proceso y los resultados de la psicoterapia.

Bibliografia

Bibliografía

- Al-khodair, N.A., & Alrawaf, E.A. (2021). Saudi therapists' lived experience of self-awareness. *Counselling and Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1002/capr.12471>
- Ballinger, J. A. (2013). *Pilot of a learning management system to enhance counselors' relational qualities through mindfulness-based practices* (Doctoral Dissertation). University of North Texas, Texas, EEUU.
- Bellosta-Batalla, M., Blanco-Gandía, M.C., Rodríguez-Arias, M., Cebolla, A., Pérez-Blasco, J., & Moya-Albiol, L. (2020). Increased salivary oxytocin and empathy in students of clinical and health psychology after a mindfulness and compassion-based intervention. *Mindfulness*, *11*, 1006-1017. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01316-7>
- Bellosta-Batalla, M., Garrote-Caparrós, E., Pérez-Blasco, J., Moya-Albiol, L., & Cebolla, A. (2019). Mindfulness, empatía y compasión: Evolución de la empatía a la compasión en el ámbito sanitario. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, *4*(1), 47-57. <http://doi.org/10.37536/RIECS.2019.4.S1.125>
- Bennett-Levy, J. (2019). Why therapists should walk the talk: the theoretical andempirical case for personal practice in therapist training and professionaldevelopment. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* *62*, 133–145. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.004>
- Bennett-Levy, J. & Haarhoff, B. (2019). Why therapists need to take a good look at themselves: Self-practice/self-reflection as an integrative training strategy for evidence-based practices. In S.

- Dimidjian (Ed.), *Evidence-based practice in action*. New York, NY: Guilford.
- Bennett-Levy, J., & Finlay-Jones, A. (2018). The role of personal practice in therapist skill development: a model to guide therapists, educators, supervisors and researchers. *Cognitive behaviour therapy*, *47*(3), 185–205.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1434678>
- Bennett-Levy, J., Thwaites, R., Chaddock, A., & Davis, M. (2009). Reflective practice in cognitive behavioural therapy: The engine of lifelong learning. In J. Stedmon & R. Dallos (Eds.), *Reflective practice in psychotherapy and counselling* (pp. 115–135). Maidenhead: Open University Press.
- Bennett-Levy, J., Turner, F., Beaty, T., Smith, M., Paterson, B., & Farmer, S. (2001). The value of selfpractice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29*, 203–220.
- Bibeau, M., Dionne, F., & Leblanc, J. (2016). Can compassion meditation contribute to the development of psychotherapists' empathy? A review. *Mindfulness*, *7*, 255–263.
<https://doi.org/10.1007/s12671-015-0439-y>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230–241. <https://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2013). Cultivating self-care and compassion in psychological therapists in training: The

- experience of practicing loving-kindness meditation. *Training and Education in Professional Psychology*, 7, 267–277.
<https://doi.org/10.1037/A0033092>
- Brito, G. (2013). Rethinking mindfulness in the therapeutic relationship. *Mindfulness*, 5(4), 351–359.
<https://doi.org/10.1007/s12671-012-0186-2>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Christopher, J. C. (2006). Teaching self-care through mindfulness practices: The application of yoga, meditation, and qigong to counselor training. *Journal of Humanistic Psychology*, 46, 494–509. <https://doi.org/10.1177/0022167806290215>
- Cooper, D., Yap, K., O'Brien, M., & Scott, I. (2020). Mindfulness and empathy among counseling and psychotherapy professionals: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 11, 2243–2257. <http://doi.org/10.1007/s12671-020-01425-3>
- Corey, G., Corey, M. S., Corey, C., & Callanan, P. (2014). *Issues and ethics in the helping professions*, updated with 2014 ACA codes. Cengage Learning.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G., Thompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1(2), 81–91.
<https://doi.org/10.1080/10503309112331335511>

- Cummins, P. N., Massey, L., & Jones, A. (2007). Keeping ourselves well: Strategies for promoting and maintaining counselor wellness. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 46(1), 35–49.
<https://doi.org/10.1002/j.21611939.2007.tb00024.x>
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198- 208.
<https://doi.org/10.1037/a0022062>
- De Smet, M. M., Meganck, R., Truijens, F., De Geest, R., Cornelis, S., Norman, U. A., & Desmet, M. (2020). Change processes underlying "good outcome": A qualitative study on recovered and improved patients' experiences in psychotherapy for major depression. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(7), 948–964.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1722329>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., & Wampold, B. E. (2021). Examining therapist effects in the alliance–outcome relationship: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/ccp0000637>
- Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K., & Ivanovic, M. (2013). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research*, 23(1), 78-85.
<http://doi.org/10.1080/10503307.2012.731713>
- Elices, M., Carmona, C., Pascual, J. C., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., & Soler, J. (2017). Compassion and self-compassion: Construct and measurement. *Mindfulness & Compassion*, 2(1), 34-40.

- Escuriex, B. F., & Labbé, E. E. (2011). Health Care Providers' Mindfulness and Treatment Outcomes: A Critical Review of the Research Literature. *Mindfulness* 2, 242–253
<https://doi.org/10.1007/s12671-011-0068-z>
- Falb, M. D., & Pargament, K. I. (2012). Relational mindfulness, spirituality, and the therapeutic bond. *Asian journal of psychiatry*, 5(4), 351–354.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.07.008>
- Falkenström, F., Ekeblad, A., & Holmqvist, R. (2016). Improvement of the working alliance in one treatment session predicts improvement of depressive symptoms by the next session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 738-751. <https://doi.org/10.1037/ccp0000119>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340.
<http://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Gold, S. H., & Hilsenroth, M. J. (2009). Effects of graduate clinicians' personal therapy on therapeutic alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 159–171. <https://doi.org/10.1002/cpp.612>
- Goldberg, S. B., Buck, B., Raphaely, S., & Fortney, J. C. (2018). Measuring psychiatric symptoms remotely: A systematic review of remote measurement-based care. *Current Psychiatry Reports*, 20, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0958-z>

- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 332-338.
<http://doi.org/10.1159/000107560>
- Hayes, J. A., & Vinca, M. (2017). Therapist presence, absence, and extraordinary presence. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 85–99). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-006>
- Hauge, P. (2018). *Mindfulness training for mental health professionals and its implications for compassion towards clients* (Doctoral dissertation). Indiana University of Pennsylvania, Pennsylvania, EEUU.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Oliver, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559. <http://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Hopkins, A., & Proeve, M. (2013). Teaching mindfulness-based cognitive therapy to trainee psychologists: Qualitative and quantitative effects. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(2), 115-130. <http://doi.org/10.1080/09515070.2013.792998>
- Horst, K., Newsom, K., & Stith, S. (2013). Client and therapist initial experience of using mindfulness in therapy. *Psychotherapy Research*, 23(4), 369-380.
<http://doi.org/10.1080/10503307.2013.784420>

- Hülshager, U. R., Alberts, H. J. E. M., Feinholdt, A., & Lang, J. W. B. (2013). Benefits of mindfulness at work: The role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology, 98*(2), 310–325. <https://doi.org/10.1037/a0031313>
- Lamothe, M., Rondeau, E., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., & Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: a systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine, 24*, 19-28. <http://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.11.001>
- Lawson, G., & Myers, J. E. (2011). Wellness, professional quality of life, and career-sustaining behaviors: What keeps us well? *Journal of Counseling and Development, 89*(2), 163–171. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00074.x>
- Lomas, T., Medina, J. C., Ivztan, I., Rupprecht, S., & Eiroa-Orosa, F. J. (2018). A systematic review of the impact of mindfulness on the well-being of healthcare professionals. *Journal of Clinical Psychology, 74*, 319–355. <https://doi.org/10.1002/jclp.22515>
- Millon, G., & Halewood, A. (2015). Mindfulness meditation and countertransference in the therapeutic relationship: A small-scale exploration of therapists' experiences using grounded theory methods. *Cancer Prevention Research, 15*, 188-196.
- Murphy, D., Irfan, N., Barnett, H., Castledine, E., & Enescu, L. (2018). A systematic review and meta-synthesis of qualitative research into mandatory personal psychotherapy during training. *Counselling and Psychotherapy Research, 18*, 199-214. <https://doi.org/10.1002/capr.12162>.

- Newton, T. L. (2018). *Measuring The Effects Of A Mindfulness Intervention On Counselors'-In-Training Dispositions, Strength Of The Therapeutic Relationship, And Client Outcomes* (Doctoral dissertation). University of South Carolina, South Carolina, EEUU.
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 60*, 483–495. <https://doi.org/10.1037/a0033643>
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2015). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(1), 48–60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy, 55*(4), 303-315. <http://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Pereira, J. A., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2017). The role of practitioner resilience and mindfulness in effective practice: A practice-based feasibility study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*, 691–704. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0747-0>
- Raes, I., Ravelingien, A. & Pennings, G. (2016). Donor Conception Disclosure: Directive or Non-Directive Counselling? *Bioethical Inquiry 13*, 369–379. <https://doi.org/10.1007/s11673-015-9686-9>
- Remley, T. P., & Herlihy, B. (2020). *Ethical, legal, and professional issues in counseling* (6th ed.). Pearson.

- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2010). Pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for trainee clinical psychologists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 235-241. <http://doi.org/10.1017/S1352465810000731>
- Rissman, L. S. (2013). *A program evaluation of the institute for meditation and psychotherapy's certificate program* (Doctoral dissertation). Wright Institute Graduate School of Psychology, Berkeley, California, EEUU.
- Schanche, E., Vøllestad, J., Binder, P. E., Osnes, B., Visted, E., Svendsen, J. L., & Sørensen, L. (2020). Can clinical psychology students benefit from brief and intensive mindfulness training? *Counselling & Psychotherapy Research*, 20(2), 311–324. <https://doi.org/10.1002/capr.12273>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse* (2nd eds). NY: The Guildford Press.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105–115. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>
- Sripada, B. N., Henry, D. B., Jobe, T. H., Winer, J. A., Schoeny, M. E., & Gibbons, R. D. (2011). A randomized controlled trial of a feedback method for improving empathic accuracy in psychotherapy. *Psychology and psychotherapy*, 84(2), 113–127. <https://doi.org/10.1348/147608310X495110>

- Stahl, B., & Goldstein, E. (2019). *A mindfulness-based stress reduction workbook*. New Harbinger Publications.
- Stamoulos, C., Trepanier, L., Bourkas, S., Bradley, S., Stelmaszczyk, K., Schwartzman, D. in Drapeau, M. (2016). Psychologists' Perceptions of the Importance of Common Factors in Psychotherapy for Successful Treatment Outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(3), 300-317.
- Stone, M., Friedlander, M. L., & Moeyaert, M. (2018). Illustrating novel techniques for analyzing single-case experiments: Effects of pre-session mindfulness practice. *Journal of Counseling Psychology*, 65(6), 690-702. <http://doi.org/10.1037/cou0000291>
- Thwaites, R., Bennett-Levy, J., Davis, M., & Chaddock, A. (2014). Using self-practice and self-reflection (SP/SR) to enhance CBT competence and meta-competence. In A. Whittington & N. Grey (Eds.), *How to become a more effective CBT therapist: Mastering metacompetence in clinical practice* (pp. 241–254). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: Evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Wampold, B. E., & Owen, J. (2021). Therapist effects: History, methods, magnitude, and characteristics of effective therapists. In M. Barkham, W. Lutz & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 301-330). New Jersey: Wiley.
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hung, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and

session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,
84(6), 484–496. <https://doi.org/10.1037/ccp0000058>

5. Conclusiones

Conclusiones

1. Los resultados de la revisión sistemática indican que las IBMs pueden ser una alternativa útil para el desarrollo de la empatía en psicoterapeutas.
2. Se necesita más investigación sobre los efectos de las IBMs en la alianza terapéutica y la sintomatología de los pacientes.
3. Los resultados de nuestro estudio indican que la IBMC aplicada a los psicoterapeutas favorece el desarrollo de habilidades mindfulness durante las sesiones de psicoterapia, contribuyendo a un estilo terapéutico más abierto, flexible y comunicativo.
4. La IBMC mejora la empatía autoinformada de los psicoterapeutas, así como la empatía que sus pacientes perciben en ellos.
5. La IBMC favorece el desarrollo de un vínculo más efectivo entre los psicoterapeutas y sus pacientes.
6. La IBMC genera una mejora indirecta en los pacientes, aliviando la sintomatología de depresión, ansiedad y somatización.
7. Existe una relación entre el desarrollo de habilidades terapéuticas mindfulness y el aumento en los niveles de empatía autoinformada en los psicoterapeutas.
8. El aumento en la empatía de los psicoterapeutas percibida por sus pacientes se relaciona con una mejora en el vínculo terapéutico y un alivio de la sintomatología de los pacientes.

Anexos y material suplementario

Anexos y material suplementario

a.1. Tarea Grupo Diario de Empatía

El trabajo que le pedimos que realice es el siguiente:

Proponemos llevar a cabo un diario o auto-registro introspectivo de lo que a usted le pueda suceder en las sesiones de terapia con sus pacientes. Es decir, le proponemos que registre semanalmente cómo se ha sentido usted en los diferentes momentos de la terapia, le facilitamos algunos ejemplos de cambios que pueda detectar:

- Distracciones del discurso del paciente a otro tema
- Cambios posturales o incomodidades (hablamos siempre de usted, el/la terapeuta)
- Pensamientos y emociones que le puedan surgir
- Y en general, cualquier cosa que le despierte lo que dice o hace su paciente

Este registro se debe realizar, a ser posible, al terminar la sesión con el paciente. De no ser posible se rellenará ese mismo día en otro momento.

Los diarios cumplimentarán en un total de 8 semanas.

Por favor no introduzcan en ningún caso datos personales de ninguno de los pacientes. Tras este correo les llegará otro donde aparecen los dos mails (serán máximo 2 pacientes) de los pacientes que hemos seleccionado aleatoriamente para realizar este ejercicio.

A continuación le facilitamos la tabla de registro que deberá utilizar para este diario:

Observaciones	
Sesión 1	Paciente A
	Paciente B
Sesión 2	Paciente A
	Paciente B
Sesión 3	Paciente A
	Paciente B
Sesión 4	Paciente A
	Paciente B
Sesión 5	Paciente A
	Paciente B
Sesión 6	Paciente A
	Paciente B
Sesión 7	Paciente A
	Paciente B
Sesión 8	Paciente A
	Paciente B

a.2. Escala adaptada

Ítems adaptados del *Mindfulness in Parenting Questionnaire (MIP-Q)*

Habilidades Terapéuticas Mindfulness (PMS-S)	
1	¿Escuchaste atentamente y sintonizaste con tus pacientes cuando hablaba?
2	¿Redirigió activamente su atención a sus pacientes cuando notó que se había distraído?
3	¿Podría decir lo que sus pacientes estaban pensando, incluso cuando no se lo dijeron?
4	¿Podría decir cómo se sintieron sus pacientes mirándolos?
5	¿Reconoció cuando sus pacientes estaban “a punto de hacer algo” por su comportamiento?
6	¿Predijo con precisión de antemano cómo reaccionarían sus pacientes ante una situación?
7	¿Notó la forma en que sus emociones afectaron a sus pacientes?
8	¿Se sintió “sintonizado” con los sentimientos de sus pacientes?
9	¿Notó la forma en que sus pacientes respondieron a su comportamiento?
10	¿Entendió los motivos de sus pacientes para su comportamiento?
11	¿Entendió por qué sus pacientes actuaron de la forma en que lo hicieron?
12	¿Te divertiste y bromeaste con tus pacientes?
13	¿Aceptaste a tus pacientes exactamente como son?
14	¿Considera que su forma de hacer psicoterapia es coherente con una buena práctica?

- 15 ¿Se sintió confiado en su capacidad para manejar situaciones difíciles en psicoterapia?
- 16 ¿Consideró sus sentimientos durante las sesiones con sus pacientes?
- 17 ¿Consideró los sentimientos de sus pacientes durante las sesiones con ellos?
- 18 ¿Te diste cuenta cuando el comportamiento de tus pacientes te estaba molestando?
- 19 ¿Pudiste calmarte cuando tus pacientes te molestaban?
- 20 ¿Percibió sus pensamientos sobre el comportamiento de sus pacientes antes de reaccionar?
- 21 ¿Hizo saber a sus pacientes cuándo estaban haciendo algo negativo?
- 22 ¿Se tomó un momento para pensar antes de hacer o decir algo que pudiera frustrar a sus pacientes?
- 23 ¿Elegió hacer lo mejor para sus pacientes a largo plazo, incluso cuando algo diferente hubiera sido más fácil?
- 24 ¿Pidió la opinión de sus pacientes?
- 25 ¿Se tomó el tiempo para pensar en el proceso psicoterapéutico?
- 26 ¿Consideró múltiples razones por las cuales sus pacientes se comportaron de la manera en que lo hicieron?
- 27 ¿Trató de frenar sus reacciones para lograr sus objetivos como psicoterapeuta?
- 28 ¿Hiciste saber a tus pacientes por qué tenían que hacer lo que les pedías que hicieran?
-

a.3. Artículo 1 versión publicada:

Effectiveness of a mindfulness-based interventions on psychotherapy processes: A systematic review

Effectiveness of mindfulness-based interventions on psychotherapy processes: A systematic review

Elena Garrote-Caparrós¹ | Miguel Bellosta-Batalla^{2,3} | Luis Moya-Albiol¹ | Ausiàs Cebolla^{3,4}

¹Department of Psychobiology, University of Valencia, Valencia, Spain

²El Arte de Escuchar, Psychotherapy and Mindfulness, Valencia, Spain

³Department of Personality, Evaluation and Psychological Treatment, University of Valencia, Valencia, Spain

⁴Ciber Physiopathology of Obesity and Nutrition (CIBEROBN), Institute of Health Carlos III, Madrid, Spain

Correspondence

Ausiàs Cebolla, Department of Personality, Evaluation and Psychological Treatment, University of Valencia, Valencia, Spain.
Email: ausias.cebolla@uv.es

Abstract

In the field of psychotherapy, scientific research has highlighted the importance of empathy and therapeutic alliance in regard to the effectiveness and better results of psychological treatments. In recent years, mindfulness-based interventions (MBIs) have shown to be effective at increasing empathy and therapeutic alliance and how this could affect the patients' symptomatology. In this study, we conducted a systematic review of the effectiveness of MBIs applied to psychotherapists to improve their empathy, the therapeutic alliance and the patients' symptomatology. Sixteen studies evaluating the impact of an MBI on some of these variables were identified, of which six included measures evaluated by the patients whose psychotherapists received the MBI. The risk of bias of the included studies was analysed following the methodological standards. We found very different designs and methodologies in the studies included in this review, with few of them including a control group. The results show a limited increase in empathy, measured by the psychotherapist, after an MBI. However, the results in therapeutic alliance are not conclusive, as well as the improvements in the perception of patients about their symptomatology. It is concluded that MBIs can have a beneficial effect on the psychotherapeutic practice, through the development of psychotherapists' empathy. Future research would require new studies with a higher methodological quality, and in which the effects of MBIs on empathy, therapeutic alliance and patients' symptomatology and the relationships between them are analyzed.

KEYWORDS

mindfulness, empathy, therapeutic alliance, symptomatology, systematic review

1 | INTRODUCTION

Research on the effects of psychotherapy has identified a series of skills and processes that are activated throughout the therapeutic relationship and which show a high impact on psychotherapy

outcomes, which translates into an improvement of symptomatology (Gelso et al., 2018). Key aspects such as empathy and therapeutic alliance have been identified as essential in any psychotherapeutic intervention and are crucial in evidence-based psychotherapy relationships (Norcross & Lambert, 2018).

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.
© 2021 The Authors. *Clinical Psychology & Psychotherapy* published by John Wiley & Sons Ltd.

Regarding empathy, in recent years different studies consider it an influential variable in the effectiveness of psychotherapy (Elliott et al., 2011). We understand empathy as the cognitive process by which one person recognizes the affective and cognitive state of another (de Vignemont & Singer, 2006) and the emotional process by which an affective attunement to it is produced (Singer & Lamm, 2009), without becoming sympathetic or apprehensive towards the other's emotional state (Decety & Michalska, 2010; Moya-Albiol, 2018). This ability is one of the foundations by which the praxis of psychotherapy is moderated (Elliott et al., 2011). In the meta-analysis carried out by Norcross and Lambert (2018), empathy was found to be a key element, able to shape the effectiveness of psychotherapy. Various studies have found an association between psychotherapist's empathy scores and psychotherapy outcomes, especially when this variable is assessed by patients (Elliott et al., 2011; Orlinsky et al., 2003). This relationship demonstrates the central role that empathy has in the quality of the relationship between a psychotherapist and their patient (Elliott et al., 2018).

Another of the basic components exposed by Norcross and Lambert (2018) with the ability to predict success is therapeutic alliance, understood as a quality of collaboration and mutual association between a psychotherapist and their patient (Flückiger et al., 2018; Horvath & Luborsky, 1993). Bordin (1979) identified three components of therapeutic alliance: agreement on psychotherapy goals, acceptance of relevant and effective tasks for psychotherapy goals and the establishment of a bond of mutual trust between psychotherapist and patient (Horvath et al., 2011). Numerous studies indicate that therapeutic alliance is one of the variables that has been most strongly related to successful psychotherapy (Lambert & Barley, 2001) and, together with empathy, are better predictors of positive results than specific techniques or approaches applied during the sessions (Lambert & Simon, 2008; Walsh, 2008; Wampold & Imel, 2015). Research has been carried out to evaluate the impact of therapeutic alliance, on a session-by-session basis, on subsequent psychotherapy outcomes. These studies have observed that the patients' perception of therapeutic alliance is related to later changes in their symptoms (Falkenström et al., 2016; Feeley et al., 1999; Strunk et al., 2010; Xu & Tracey, 2015; Zilcha-Mano et al., 2016). Along these lines, Flückiger et al. (2018) observed a strong relationship between the therapeutic alliance results and the effectiveness of individual psychotherapy. In a recent meta-analysis, therapeutic alliance and psychotherapist's empathy were found to be related, indicating that one's perception of the psychotherapist's empathy can influence one's perception of the therapeutic alliance (Nienhuis et al., 2018). An increase in empathy can lead to a better alliance between psychotherapist and patient (Hilsenroth et al., 2012), and this relationship may be reciprocal (Nienhuis et al., 2018).

Different interventions have been created to train skills that develop a positive therapeutic relationship. In recent years, mindfulness-based interventions (MBIs) have been the focus of attention. These interventions have contributed to developing psychotherapist's empathy (Bellosta-Batala et al., 2019; Brady et al., 2011; Dekeyser et al., 2008) and the alliance between psychotherapist and

Key practitioner message

- Question: Are mindfulness-based interventions (MBI) useful for improving psychotherapist' empathy, therapeutic alliance and patients' symptomatology?
- Findings: We found a limited increase in empathy in psychotherapists after an MBI. We do not found a beneficial influence of MBIs in the establishment of a good therapeutic alliance, as well as in the evolution of the patients' symptomatology.
- Meaning: Introducing MBI in the university education of psychotherapists could be useful to improve their empathy, an essential skill in the effective approach to patients' situations and symptomatology.
- Next steps: Additional studies are needed to replicate these findings and to evaluate with standardized procedures if an MBI could also increase the therapeutic alliance and thus improve the symptoms of patients.

patient (Razzaque et al., 2013), improving psychotherapy results (Rothaupt & Morgan, 2007).

Some authors indicate that the practice of mindfulness is understood through two fundamental components: the regulation of attention in the present moment; and experiencing different life events with an attitude of curiosity, openness, acceptance and kindness (Bishop et al., 2004; Siegel, 2007). MBIs contribute to developing greater regulation of attention and emotions, body awareness and changes in self-perception (Cebolla et al., 2018; Hölzel et al., 2011). These mechanisms are the foundation of an improved self-regulation process, in which a healthy relationship with the present moment and the search for effective behaviours adapted to the experience are facilitated (Carver & Scheier, 2011; Vohs & Baumeister, 2004).

In the practice of psychotherapy, these skills can translate into greater awareness of one's own and the patient's state and a less biased observation of the development of the psychotherapist-patient relationship at any given moment (Bruce et al., 2010). Davis and Hayes (2011) conclude that long-term mindfulness practice can positively influence the ability of psychotherapists to develop their self-awareness, which, in turn, would help to distinguish their own experience from the experience of their patients.

The development of the psychological mechanisms that underlie the practice of mindfulness (Cebolla et al., 2018; Hölzel et al., 2011) could have an impact on an increase in the achievement and maintenance of attention (Jha et al., 2007), as well as in the regulation of the present experience and the increase of self-awareness, facilitating listening and the adoption of an open attitude towards other people's experiences (Siegel, 2007). All this can lead to improvements in the empathic response (Leonard et al., 2018), given that accurate observations of oneself are necessary for the adequate understanding of others (Decety & Jackson, 2004). Some studies suggest that the foundation for an effective psychotherapeutic relationship is the

attunement between patient and psychotherapist (Brito, 2013), which can be achieved through the training of attitudes cultivated in the practice of mindfulness (Kabat-Zinn, 2003). In this regard, MBIs applied to psychotherapists have been found to benefit patient health and symptomatology (Grepmair, Mitterlehner, Loew, Bachler, et al., 2007), contributing to the improvement of psychotherapy results.

In the current literature, we find some systematic reviews that have focused on analysing the existing evidence so far on whether the practice of mindfulness can provide specific skills for the practice of psychotherapy. In one of them, the benefits of MBIs on the empathy and emotional competences of health professionals, including doctors, nurses and psychotherapists, among others, were evaluated (Lamothe et al., 2016). Another systematic review analysed, without conclusive results, the effects of an MBI on the psychosocial behaviour of health professionals, including medical and mental health professionals, and whether or not these improvements had any impact on their patients' results (Escurieux & Labbé, 2011). Yet, another review observed that the implementation of a series of interventions, including MBIs, could increase empathy in medical professionals (Kelm et al., 2014). Finally, in a recent meta-analysis of experimental and correlational studies, no evidence was found on the benefits of an MBI on the empathy of psychotherapists (Cooper et al., 2020). However, there are no systematic reviews or meta-analyses that study the effect of an MBI on the therapeutic alliance or on the effects that an MBI received by psychotherapists may have on the symptoms of patients. Despite the above, we cannot assume that only the results in empathy show that MBIs are effective for psychotherapeutic work. For this reason, we find it necessary to include in this review the studies that have evaluated these variables of such weight in the therapeutic process (Bruce et al., 2010; Norcross & Lambert, 2018).

This leads us to the objective of this systematic review, which was to synthesize the available evidence regarding the beneficial effects of MBIs applied to psychotherapists, focusing on studies that have evaluated changes in psychotherapists' empathy, therapeutic alliance and patients' symptomatology.

2 | METHOD

2.1 | Search strategy

Searches were performed in April 2021 and repeated in August 2021 on PsycINFO, PubMed and Web of Science for articles published up until August 2021. The search was divided into the following families: (1) MBIs, (2) empathy, therapeutic alliance and/or psychotherapy/counselling results and (3) psychotherapists (Table 1). In addition, previous systematic reviews were checked for articles that met the inclusion criteria (Cooper et al., 2020; Lamothe et al., 2016).

This systematic review was carried out according to the preferred reporting elements for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA) (Moher et al., 2009). The protocol was registered in Open Science Framework (OSF; registration DOI: 10.17605/OSF.IO/V3YCK) on 29 June 2021 available at <https://osf.io/v3yck>.

TABLE 1 Bibliographic search

Family 1: Mindfulness-based interventions
<i>mindfulness</i>
Family 2: Empathy, therapeutic alliance and/or psychotherapy/counselling results
<i>empathy</i>
<i>empath</i> *, <i>'perspective taking'</i>
Therapeutic alliance
<i>'alliance'</i> , <i>'psychotherapeutic relationship'</i> *, <i>'psychotherapeutic bond'</i> *, <i>'therapeutic relationship'</i> *, <i>'therapeutic bond'</i> *
Psychotherapy/counselling results
<i>'counseling process'</i> *, <i>'counseling outcome'</i> *, <i>'counseling result'</i> *, <i>'counseling efficacy'</i> *, <i>'counseling effectiveness'</i> *, <i>'counseling process'</i> *, <i>'counseling outcome'</i> *, <i>'counseling result'</i> *, <i>'counseling efficacy'</i> *, <i>'counseling effectiveness'</i> *, <i>'therapy process'</i> *, <i>'therapy outcome'</i> *, <i>'therapy result'</i> *, <i>'therapy efficacy'</i> *, <i>'therapy effectiveness'</i> *, <i>'treatment process'</i> *, <i>'treatment outcome'</i> *, <i>'treatment result'</i> *, <i>'treatment efficacy'</i> *, <i>'treatment effectiveness'</i> *, <i>'patient outcome'</i> *, <i>'patient result'</i> *, <i>'patient symptom'</i> *, <i>'client outcome'</i> *, <i>'client result'</i> *, <i>'client symptom'</i> *
Family 3: Psychotherapists
<i>counselor</i> *, <i>counselor</i> *, <i>psychotherapist</i> *, <i>therapist</i> *, <i>psychologist</i> *, <i>'psychology student'</i> *, <i>'psychotherapy student'</i> *, <i>clinician</i> *, <i>counsel</i> *, <i>'mental health'</i>

2.2 | Selection criteria

This systematic review focused on MBIs applied to both psychotherapists who are treating patients, as well as psychotherapists in training with or without patients, with the aim of improving their empathy and therapeutic alliance, as well as the psychotherapy results. Results of mindfulness measures were included to check if MBIs were having a significant effect on the attainment of these skills.

We included empirical, quantitative, controlled and uncontrolled studies, in which an MBI was applied to psychotherapists and in which its effects on some of the following variables were evaluated: empathy, therapeutic alliance and/or patient's symptoms. These interventions included both standardized and widely researched MBIs (e.g., Mindfulness-Based Stress Reduction [MBSR], Mindfulness-Based Cognitive Therapy [MBCT]) and nonstandardized interventions based on learning and practicing mindfulness exercises, with mindfulness as the main focus of the intervention (all of them grouped under the acronym MBI).

We excluded meta-analysis and systematic reviews, non-experimental studies, qualitative and correlational studies. In addition, studies that corresponded to pilot versions of more recent studies in which the results are further explained and expanded upon were excluded.

2.3 | Selection of studies

Based on each abstract obtained from the electronic databases, two investigators (EGC and MBB) selected and analysed the studies that met the inclusion criteria. In case of disagreement, the original study

was read together with a third investigator (AC), and a final decision was made to include it or not.

A total of 704 studies were found and once duplicate articles had been eliminated from the different databases, 588 remained to be reviewed. A first screening applying the inclusion criteria resulted in a selection of 23 studies which would be read entirely.

Once the expert screening had been carried out and after applying the exclusion criteria, seven qualitative studies, one pilot version of a more recent and updated study (Grepmaier, Mitterlehner Loew & Nickel, 2007) and a dissertation showing the results of an included article (Ivanovic, 2016) were excluded, leaving 14 studies to be analysed. We then included 2 studies that were found in systematic reviews which did not appear in the initial search (Mills, 2010; Spragg, 2012). Finally, 16 articles were analysed in this systematic review. The search and selection processes are presented in a flow chart (Figure 1).

2.4 | Data extraction

Two investigators (EGC and MBB) independently extracted the following data from each of the included articles: authors, year, design, population, sample, type of intervention, measured results, instruments used and main findings. One researcher entered the data into a table. The second researcher then compared the table with his data, and the information was checked for accuracy. If there were any discrepancies with the extracted data, the first author returned to the original article to clarify the correct information and correct the data in the table accordingly.

2.5 | Analysis of the quality of the studies

Risk of bias of randomized controlled trials (RCTs) was systematically assessed using an adaptation of the *Cochrane Collaboration* tool (Higgins & Green, 2011). We rated the following aspects: selection, realization, detection, outcome data and reporting.

Risk of bias of the pre-post trials was assessed with the ROBINS-I tool for nonrandomized studies (Sterne et al., 2016). The following domains were evaluated: confusion bias in baseline, selection bias, intervention bias, attrition bias and result notification bias. Two investigators (EGC and MBB) independently performed the risk of bias rating. In case of discrepancies, a third researcher (AC) was involved, and the corresponding article was analysed to resolve the discrepancy. *Cohen's Kappa Coefficient* (Cohen, 1960) was calculated with the Excel tool (Microsoft Excel, 2017) as a measure of agreement and reliability among investigators.

3 | RESULTS

3.1 | Study characteristics

Regarding the studies included in this systematic review, 9/16 (56.3%) studies reported results in pre-post measures of MBIs or MBCT, including 3 (33.3%) peer-reviewed journal articles (Hopkins & Proeve, 2013; Ivanovic et al., 2015; Rimes & Wingrove, 2010) and 6 (66.7%) dissertations (e.g., Ballinger, 2013; Hauge, 2018; Mills, 2010). Among the pre-post trials, only 3 (33.3%) collected follow-up measures (Hauge, 2018; Hopkins & Proeve, 2013; Schomaker, 2013). On the other hand, 7/16 (43.8%) studies were RCT that implemented MBIs, mindfulness and compassion-based interventions (MCBI), MBCT and MBSR, of which 5 (71.4%) were peer-reviewed journal articles (e.g., Bellosa-Batalla et al., 2020; Boecker & Doughty Horn, 2016; Chan et al., 2021) and 2 (28.6%) dissertations (Simons, 2014; Spragg, 2012). Among the RCT, 4 studies (57.1%) collected follow-up measures (e.g., Bellosa-Batalla et al., 2020; Chan et al., 2021).

A few studies, 4/16 (25%), recorded the results after the psychotherapy session at pre- and post-MBI times (Ivanovic et al., 2015; Schomaker, 2013; Simons, 2014; Swift et al., 2017). Except for 1 (6.3%) study that included mental health professionals (Schomaker, 2013), all had a psychotherapist in training in their sample.

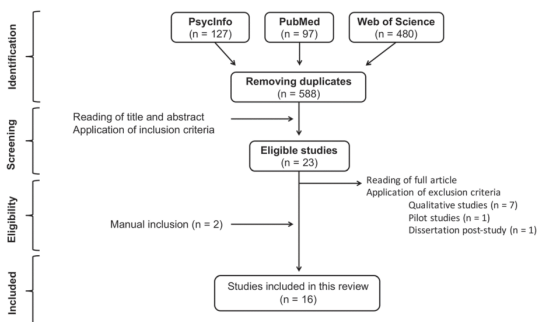


FIGURE 1 Study selection flow chart

TABLE 2 Studies included in this systematic review that apply an MBI

Authors	Publication	Population	Sample	Design (groups)	Intervention	Variables		Results	
						Psychotherapists	Patients	Psychotherapists	Patients
Ballinger (2013)	Dissertation	Psychologists in training	10	Pre-post trial (Experimental: 10)	MBI: 8-5	Empathy	-	Empathy	-
		No Patients	-	-	-	IRI	-	IRI; Personal distress	-
Bellesta-Batalla et al. (2020)	Peer-review	Psychologists in training	90	RCT (Experimental: 37 Active Control: 27 Waiting list: 26)	MCBI: 8-5	Empathy	-	Empathy	-
		No Patients	-	-	-	RMET sOXT	-	IRI; Perspective taking OXT; sOXT No improvement RMET	-
Bohceker and Doughty Horn (2016)	Peer-review	Psychologists in training	20	RCT (Experimental: 10 Control: 10)	MBI: 8-5	Empathy	-	Empathy	-
		No Patients	-	-	-	IRI	-	IRI	-
Chan et al. (2021)	Peer-review	Psychologists in training	50	RCT (Experimental: 25 Control: 25)	MBCT: 8-5	Empathy	-	Empathy	-
		No Patients	-	-	-	IRI	-	IRI; Perspective taking	-
Grepmair, Mitterlehner, Loew, Bachler, et al. (2007)	Peer-review	Psychologists in training	18	RCT (Experimental: 9 Control: 9)	MBI: 9-5	-	Symptomatology	-	Symptomatology
		Yes Patients	124	(Experimental: 63 Control: 61)	-	-	VEV	-	SCL-90-R; All except depression; GSI
Hauge (2018)	Dissertation	Psychologists in training	27	Switching replications design (Exp. group 1: 13 Exp. group 2: 14)	MBI: 3-5	Empathy	-	Empathy	-
		No Patients	-	-	-	TEQ	-	TEQ	-
Hopkins and Proeve (2013)	Peer-review	Psychologists in training	11	Pre-post trial (Experimental: 11)	MBCT: 8-5	Empathy	-	No improvement	-
		No Patients	-	-	-	IRI	-	-	-
Ivanovic et al. (2015)	Peer-review	Psychologists in training	31	Pre-post trial (Experimental: 31)	MBI: 5-5	-	Therapeutic alliance	-	No improvement
		Yes Patients	126	(Experimental: 126)	-	-	TPIIP	-	-

(Continues)

TABLE 2 (Continued)

Authors	Publication	Population	Sample	Design (groups)	Intervention	Variables		Results	
						Psychologists in training	Patients	Psychiotherapists	Patients
Mills (2010)	Dissertation	Psychologists in training	25	Controlled trial (Experimental: 13 Control: 12)	MBCT: 8-5	Empathy IRI	Empathy IRI	Empathy IRI; Empathic concern	-
Newton (2018)	Dissertation	No Patients Psychologists in training	3	Multiple baseline design (Experimental:3) (Experimental:3)	MBI: 4-5 + Individual practice	Therapeutic alliance BLRI	Therapeutic alliance BLRI Symptomatology OQ-45.2	Therapeutic alliance BLRI; ↑Empathy No improvement OQ-45.2	No improvement
Rines and Wingrove (2010)	Peer-review	Psychologists in training	20	Pre-post trial (Experimental: 20)	MBCT: 8-5	Empathy IRI	Empathy IRI	No improvement	-
Risman (2013)	Dissertation	No Patients Psychologists in training	27	Pre-post trial (Experimental: 27)	MBI: Academic grade	Empathy IRI	Empathy IRI	Empathy IRI; ↑Perspective taking	-
Schomaker (2013)	Dissertation	Mental Health Professionals	17	Single case design (Time 1: 9 Time 2: 8) (Combined: 50)	MBI: 6-5	Empathy IRI Therapeutic alliance SRS	Therapeutic alliance SRS	Empathy IRI; ↑Perspective taking Therapeutic alliance SRS	No improvement
Simons (2014)	Dissertation	Psychologists in training	23	RCT (Experimental: 12 Active control: 11) (Experimental: 21 Control: 22)	MBI: 7-5	-	Therapeutic alliance TPS-P SRS	-	No improvement
Spaggi (2012)	Dissertation	Psychologists in training	16	RCT (Experimental: 8 Control: 8)	MBSR: 8-5	Empathy IRI	Empathy IRI	No improvement	-
Swift et al. (2017)	Peer-review	No Patients Psychologists in training	40	RCT (Experimental: 20 Control wait list: 20)	MBI: 5-5	-	Therapeutic alliance TPI-P	-	No improvement
		Yes Patients	131						

Abbreviations: BLRI, Barrett-Lennard Relationship Inventory; HS, Hindering Self-awareness Scale; IRI, Interpersonal Reactivity Index; MBI, Mindfulness-Based Intervention; MBCT, Mindfulness-Based Cognitive Therapy; MCEI, Mindfulness and Compassion-Based Intervention; OQ-45.2, Outcomes Questionnaire-45; RCT, randomized controlled trial; RMET, Reading the Mind in the Eyes Test; SCL-90, The symptom checklist; SRS, Session Rating Scale; TEQ, Toronto Empathy Questionnaire-Adapted; TPI-P, Therapist Presence Inventory-Patient Version; TPS-P, Therapeutic Presence Scale-Patient Scale ad-hoc; VEY, Questionnaire of changes in experience and behavior.

It is important to note that 1/16 (6.3%) of these studies only assessed 3 psychotherapists (Newton, 2018). Among the studies that applied MBIs, there is a great diversity of methodologies and designs. Regarding the duration of the MBIs, 1/16 (6.3%) study carried out an MBI of only 3 sessions (Hauge, 2018), while another applied an intervention of 9 sessions (Grepmaier, Mitterlehner, Loew, Bachler, et al., 2007). Another one of these studies (6.3%) carried out the intervention during an entire academic year, from September to May, resulting in approximately 30 sessions (Rissman, 2013). In general, the only notable differences observed between the studies that implemented short-term MBIs and those that carried them out in 8 or 9 sessions in the variables evaluated were found in the results regarding patient's symptomatology, which will be discussed later.

Among the studies included in this systematic review, 11/16 (68.8%) measured empathy, and 5/16 (31.3%) of the studies measured therapeutic alliance. Only 2/16 (12.5%) evaluated the patients' symptoms, with patients being blind to the type of intervention performed by their psychotherapists. Lastly, 1/16 (6.3%) studies jointly measured empathy and therapeutic alliance, and only 1/16 (6.3%) collected data in regard to therapeutic alliance and symptomatology (Table 2).

One of the studies included in this systematic review addressed the training of MBI instructors (Chan et al., 2021). Furthermore, it is important to note that some of the psychotherapists who participated in the different studies had previous experience in mindfulness (e.g., Ballinger, 2013; Spragg, 2012), while others did not know or had never practiced mindfulness (e.g., Grepmaier, Mitterlehner, Loew, Bachler, et al., 2007).

3.2 | Sample characteristics and demographics

The 16 studies included a total of 760 individuals aged between 18 and 74 ($M = 28.1$, $SD = 3.9$). Among these studies, 15/16 (93.8%) were carried out with a sample of undergraduate, master's or doctoral students in psychology, and 1/16 (6.3%) was carried out with active psychotherapists. The sample sizes of the reviewed studies ranged from 3 to 157 participants ($M = 52.5$, $SD = 48$) and was predominantly female, with a mean of 80.6% ($SD = 19.5$) of female participants. In addition, in the 2/16 (12.5%) studies in which an evaluation

of the symptoms of the patients was carried out, a total of 133 patients were included ($M = 66.5$, $SD = 57.5$), with a mean age of 29.9 ($DT = 9.15$).

3.3 | Data quality

Regarding the quality of the data (Figure 2), the risk of bias of the RCT studies on selection bias, realization, detection and management of outcome data is revealed.

First, the selection bias was divided between: the randomized sequence generation, in which 100% of the studies showed a low risk of bias because all were randomized, and the allocation concealment, which explains the method of randomization that was followed, in which all studies (100%) had a low risk.

Realization bias was also assessed. At this point, the risk of bias was high for 6/7 studies (85.7%), given that it was impossible for the participants to be unaware of the intervention, except in one case in which only patients were evaluated, and they were blind to their psychotherapists' intervention. Regarding detection bias, the absence of blinding of the evaluators is not considered to pose a risk of bias. For this reason, all studies (100%) have a low risk of detection bias.

Similarly, the handling of outcome data from the studies was assessed. In 6/7 (85.7%) studies, there were no dropouts, or the causes and times of these dropouts were reported, so there was low risk of bias. Finally, we found that 7/7 (100%) of the studies showed some concerns about reporting bias, given that they do not report having recorded the study protocol. Based on the Cochrane Collaboration Tool, this is not considered to this imply a risk of bias. Agreement between reviewers for quality assessment was high ($\kappa = .90$).

The risk of bias of the pre-post studies on confusion bias on baseline, selection bias, intervention bias, attrition and result notification bias was evaluated (Table 3).

First, the confusion bias was low for 8/9 (88.9%) studies, given that they did not have a control group, and intervention was similar for all participants, except in one case. In 1/9 (11.1%) studies, there was an intentional inclusion, so the risk of bias was moderate. Regarding selection bias, it was low for 3/9 (33.3%) studies in which the participants' selection was decided based on availability. This bias was

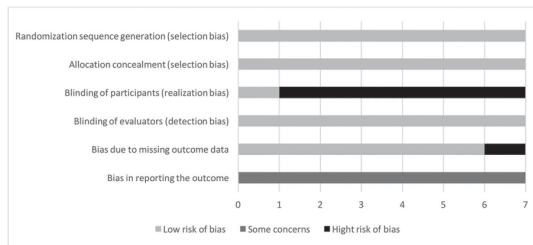


FIGURE 2 Graph of the risk of bias of the RCT studies

TABLE 3 Risk of bias of pre-post studies

Studies	Confusion bias in baseline	Selection bias	Intervention bias	Attrition	Result notification bias
Ballinger (2013)	<i>Low</i> No confusion bias. No control group.	<i>Moderate</i> Psychotherapists choose to participate.	<i>Low</i> No more mindfulness interventions.	<i>Low</i> Missing participant data. Reported.	<i>Low</i> All results reported.
Hauge (2018)	<i>Low</i> No confusion bias. No control group.	<i>Low</i> No selection bias.	<i>Moderate</i> Other mindfulness training. Experience levels controlled.	<i>High</i> Missing participant data. No reported.	<i>Low</i> All results reported.
Hopkins and Proeve (2013)	<i>Low</i> No confusion bias. No control group.	<i>Moderate</i> Psychotherapists choose to participate.	<i>Low</i> No more mindfulness interventions.	<i>Low</i> No missing participant data.	<i>Low</i> All results reported.
Ivanovic et al. (2015)	<i>Low</i> No confusion bias. No control group.	<i>Low</i> Psychotherapists were selected based on availability.	<i>Low</i> No more mindfulness interventions.	<i>Low</i> No missing data reported.	<i>Low</i> All results reported.
Mills (2010)	<i>Low</i> No confusion bias.	<i>High</i> Psychotherapists choose to participate. No criteria reported.	<i>Low</i> No more mindfulness interventions.	<i>Low</i> No missing participant data.	<i>Low</i> All results reported.
Newton (2018)	<i>Low</i> No confusion bias. No control group.	<i>Moderate</i> Intentional sampling.	<i>Low</i> No more mindfulness interventions.	<i>Low</i> No missing participant data.	<i>Low</i> All results reported.
Rimes and Wingrove (2010)	<i>Low</i> No confusion bias. No control group.	<i>Moderate</i> No criteria reported.	<i>Low</i> No more mindfulness interventions.	<i>Low</i> No missing participant data.	<i>Low</i> All results reported.
Rissman (2013)	<i>Low</i> No confusion bias. No control group.	<i>Moderate</i> No criteria reported.	<i>Low</i> No more mindfulness interventions.	<i>Low</i> No missing data reported.	<i>Low</i> All results reported.
Schomaker (2013)	<i>Moderate</i> Intentional inclusion.	<i>Low</i> Psychotherapists were selected based on availability.	<i>Low</i> No more mindfulness interventions.	<i>Low</i> No missing participant data.	<i>Low</i> All results reported.

moderate for 5/9 (55.6%) studies, given that the participants chose to participate or not, so there could be a bias in their motivation. In addition, 1/9 (11.1%) did not report the selection criteria, so the risk of bias high for this study.

The intervention bias was moderate in 1/9 (11.1%) studies as MBI participants also carried out a training that included aspects of mindfulness. However, this factor was controlled. All other studies, 8/9 (88.9%), had low bias as there was no other intervention parallel to the MBI.

The attrition bias was low for 8/9 (88.9%) studies because no participant data were missing, or the missing data were reported. In another study, 1/9 (11.1%), this bias was high given that participant

data were missing and the reasons were not reported. Finally, notification bias of the results was assessed. All of the studies (100%) reported all outcomes, so the risk of bias was low. Agreement between reviewers for quality assessment was high ($\kappa = .86$).

3.4 | Effects on psychotherapists

3.4.1 | Mindfulness

Of the 16 studies, 12 (75%) measured self-reported levels of mindfulness in psychotherapists as a measure of the effectiveness of MBIs (e.g., Ballinger, 2013). In them, different evaluation instruments were

used. In 2/12 of the studies (16.7%) (Mills, 2010; Rissman, 2013) the *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown & Ryan, 2003) was used, 9/12 (75%) of the studies (e.g., Bohecker & Doughty Horn, 2016) used the *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer et al., 2006), 2/12 (16.7%) (Simons, 2014; Swift et al., 2017) used the *Toronto Mindfulness Scale* (TMS; Lau et al., 2006) and 1/12 (8.3%) (Spragg, 2012) used the *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS; Baer et al., 2004).

In all these studies, a generalized increase in this variable was observed, indicating that the applied MBIs influence mindfulness skills in the expected way.

3.4.2 | Empathy

Among the studies reviewed, 11/16 (68.8%) measured the effects of an MBI on self-reported empathy by psychotherapists. Among the assessment instruments, 10/11 studies (90.9%) used the *Interpersonal Reactivity Index* (IRI; Davis, 1980), a self-report of interpersonal reactivity that assesses a broader concept than empathy, and which is composed of two cognitive and two emotional scales. In this systematic review, only the perspective taking (understood as cognitive empathy) and empathic concern (understood as emotional empathy) subscales have been included, given that fantasy can be understood more as a measure of absorption of traits than of empathy (Murphy et al., 2018), and personal distress could hinder the establishment of empathy due to the contagion of negative emotions in the psychotherapist (Singer & Klimecki, 2014). On the other hand, 1/11 study (9.1%) used the *Toronto Empathy Questionnaire* (TEQ; Spreng et al., 2009), in which two factors of cognitive empathy are evaluated: curiosity and deccentration (Hauge, 2018). In one of these studies (9.1%) (Bellosa-Batalla et al., 2020), self-reported measures were complemented with an assessment of emotional recognition ability, using the *Reading the Mind in the Eyes Test* (RMET; Baron-Cohen et al., 2001), and a biological measure of baseline oxytocin levels in saliva (Carter et al., 2007). Finally, 1/16 studies (6.3%) in this review (Newton, 2018) obtained measures of this variable using the *Barrett-Lennard Relationship Inventory* (BLRI; Barrett-Lennard, 2015), an evaluation instrument designed to measure therapeutic alliance, which assesses the perception that patients have about the psychotherapist through four dimensions: empathy, congruence, consideration and unconditional respect. In this study, the therapeutic alliance was measured, but ultimately, only the results obtained on the empathy scale were taken into account. Therefore, 12/16 (75%) studies obtained empathy results.

The results indicate an increase in 8/12 (66.7%) of the studies in empathy at the end of the MBI. Regarding self-reported measures, 4/12 studies (33.3%) found improvements in the cognitive subscales at the end of the intervention and one (8.3%) in the follow-up evaluation. A total of 4/12 studies (33.3%) observed improvements in the emotional subscales. One of these studies reported an increase in the empathic concern scales (Mills, 2010). One study (8.3%) also obtained an increase in the BLRI empathy subscale (Newton, 2018). In addition,

in the study that included a performance measure and a biological measure for the evaluation of empathy (8.3%), an increase in basal salivary oxytocin levels was observed (Bellosa-Batalla et al., 2020).

3.5 | Effects on therapeutic alliance

Five studies, 5/16 (31.3%), collected data on therapeutic alliance. All of them (100%) collected data on therapeutic alliance measured by the patients, and 2/5 (40%) also measured it through the evaluation of the psychotherapists. For the evaluation of therapeutic alliance, 2/5 (40%) used the *Therapist Presence Inventory-Patients* (TPI-P; Geller, 2001). Two of the studies (40%) used the *Session Rating Scale* (SRS; Miller et al., 2000) to measure the therapeutic alliance perceived by patients and psychotherapists, through 4 elements: bond, agreement on psychotherapy goals, patient's perception of the psychotherapist's approach and patient's perception of the session. Finally, a single study (20%) measured this variable with the *Therapist Presence Scale-Patients* (TPS-P), which was created by the researcher (Simons, 2014).

The results of these studies indicate improvements in 1/5 (20%) studies in the evaluation made by psychotherapists. An increase was observed in the score that the psychotherapists made of the session, measured by the SRS, with respect to the agreement on the psychotherapeutic goals achieved with their patients (Schomaker, 2013).

3.6 | Effects on patient's symptomatology

Of the sixteen studies analysed in this systematic review, 2 (12.5%) of them collected self-reported symptomatology data of patients after applying an MBI to their psychotherapists (Grepmpair, Mitterlehner, Loew, Bachler, et al., 2007; Newton, 2018).

One of the studies (1/2, 50.0%) (Grepmpair, Mitterlehner, Loew, Bachler, et al., 2007) measured symptomatology with the *Questionnaire of Changes in Experience and Behavior* (VEV; Zielke & Kopf-Mehnert, 1978), which performs a quantitative assessment between relaxation/tension, stoicism/insecurity and optimism/pessimism, and the *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R; Franke, 2002) that measures impairments perceived in the last 7 days, both physical and psychological, through 9 scales—somatization, obsession/compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideas and psychoticism—and which also includes a *Global Severity Index* (GSI), which measures basic psychological stress. The other study (1/2, 50.0%) (Newton, 2018) used the *Outcomes Questionnaire* (OQ-45.2; Lambert et al., 1996), a self-report of the perceived symptomatology that gives an overall score of the result.

As indicated in the previous section, differences were observed in the results between the study that applied 9 sessions (Grepmpair, Mitterlehner, Loew, Bachler, et al., 2007) and the study that implemented 4 sessions (Newton, 2018). The results only showed improvements in 1/2 (50%) of the studies (Grepmpair, Mitterlehner, Loew, Bachler, et al., 2007). In it, lower scores were observed on the scales of somatization, obsession/compulsion, interpersonal sensitivity, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideas and psychoticism of the SCL-90-R, in addition to an improvement in the GSI.

Improvements were also found in perceived treatment outcomes as measured by VEV.

4 | DISCUSSION

In this systematic review, we analysed the effects of MBIs in psychotherapists, studying their benefits regarding empathy, therapeutic alliance and patient's symptoms.

A large part of the studies included mindfulness measures to verify the effectiveness of the interventions. The MBIs used in the different studies have been shown to be effective in increasing the mindfulness variables, regardless of the number of sessions and the frequency (e.g., Boecker & Doughty Horn, 2016; Hauge, 2018).

First, when it comes to the effectiveness of interventions, 8 studies found that MBIs are effective at improving levels of empathy. Among these studies, only 3 of the ones that found these improvements were RCT (Bellosta-Batalla et al., 2020; Boecker & Doughty Horn, 2016; Chan et al., 2021), so we must take these results with caution. We observed improvements in cognitive empathy scores. The one that obtained the best results was perspective taking scale, measured by the IRI, which refers to spontaneous attempts to adopt the point of view of others. This ability can be related to the acceptance, openness and ability to be present developed through MBIs (Davis & Hayes, 2011). Increases in emotional empathy were also observed. More specifically, the scale of empathic concern, measured by the IRI, which is related to the capacity acquired in an MBI to be more aware, receptive and more in tune with patients during psychotherapy sessions (Aiken, 2006; Baer et al., 2004; Brown & Ryan, 2003; McCollum & Gehart, 2010; Sweet & Johnson, 1990).

These interpersonal skills are developed in MBIs (Brito, 2013) through the training of mindfulness attitudes (Kabat-Zinn, 2003) and the acquisition of greater attentional and emotional regulation (Hölzel et al., 2011).

The results observed in this systematic review do not follow the same direction as suggested by the meta-analysis conducted by Cooper et al. (2020) regarding the effects of MBIs on psychotherapist's empathy. The researchers only found a significant relationship between mindfulness and empathy, although they did not obtain sufficient evidence of the possible benefits of applying an MBI for the development of psychotherapist's empathy. These differences are probably due to the fact that only studies that applied standardized interventions of 8 or more sessions, based on MBSR or MBCT, were included in the meta-analysis, which implied that many studies with short and nonstandardized MBIs were not considered, resulting in very few experimental studies.

Despite these results, it is important to note that all but one of the studies recorded self-reported measures. In this study, biological measures were collected. Authors found a significant increase in salivary oxytocin, a hormone related to empathy and social bonds (Bellosta-Batalla et al., 2020). In this regard, it is possible that the self-reported empathy results by psychotherapists include a series of biases, due to an overestimation of their empathic abilities.

Regarding the evaluation of the therapeutic alliance, of the 5 studies that measured it, only 2 were RCT (Simons, 2014; Swift et al., 2017). This variable has been measured in less than half of the included studies, and only one of them has found any improvement in the results, which is an uncontrolled study. It should be noted that this study showed results in the evaluations made by the psychotherapists themselves (Schomaker, 2013) and not in those made by their patients. Understanding the therapeutic alliance as a set of holistic aspects of collaboration between the psychotherapist and the patient (Flückiger et al., 2018), the measurement of this variable should give the same information when it is evaluated by psychotherapists as when it is evaluated by their patients. However, several longitudinal studies have examined the relationship between therapeutic alliance and psychotherapy outcomes and have found that patient-measured changes in the therapeutic alliance are to a greater extent associated with changes in later symptoms (Falkenström et al., 2016; Feeley et al., 1999; Strunk et al., 2010; Xu & Tracey, 2015; Zilcha-Mano et al., 2016). Other studies have observed a relationship between the results perceived by the patient and those of the psychotherapist (Flückiger et al., 2018). However, our results indicate that in most cases, patients perceive that the established alliance remains as it was before the MBI. This may indicate that there is an increase in the psychotherapist's confidence or awareness in developing these skills, rather than an effective improvement in the therapeutic alliance perceived by patients.

With regard to patient's symptomatology, only two studies recorded the benefits perceived in patients at the end of an MBI (Grepmaier, Mitterlehner, Loew, Bachler, et al., 2007; Newton, 2018). One of these studies was a RCT and found significant improvements in the symptomatology of the patients (Grepmaier, Mitterlehner, Loew, Bachler, et al., 2007). It is important to note that in the other study, they did not have a control group, and the sample included only 3 psychotherapists (Newton, 2018), which prevents us from comparing the results found in each study. Given that there are only two experimental studies that have addressed this question, more extensive research is needed on the possible effects of MBIs on psychotherapy outcomes.

As we have previously noted, the results regarding empathy and therapeutic alliance do not seem to be affected by the duration and design of the various MBIs applied in the different studies. Furthermore, although differences are observed in the patients' symptoms, we only have two studies that record this variable, and one of them (Newton, 2018) has a very limited sample, so we cannot compare the real effects of the MBI on the results of psychotherapy. Given that we do not have evidence on the effect that the duration and design of the MBI can have on the results, this factor should be studied more extensively in the future.

4.1 | Clinical practice implications

These results have a series of implications for clinical practice. First, although there seems to be a positive trend in the empathy results, the evidence found so far shows serious limitations in terms of design

and reliability, so more studies are needed to confirm whether MBIs can be a good option in the training of psychotherapists to develop empathy. On the other hand, the evidence on the efficacy of MBIs to improve the therapeutic alliance is scarce, given that most of the studies included in this systematic review did not find improvements in this variable. However, evidence on the positive effects of MBIs for the development of therapeutic alliance was found in a correlational study (Ryan et al., 2012). More specifically, a relationship was found between sustained attention and the therapeutic alliance and between nonjudgmental acceptance and the therapeutic alliance. Positive results have also been found in this variable measured by psychotherapists in pre-psychotherapy session mindfulness practice (Stone et al., 2018). Finally, we only have 2 studies that have evaluated the symptoms of the patients as a result of an MBI applied to their psychotherapists. For this reason, we cannot draw conclusions about the effects on this variable.

Furthermore, the results found after MBIs in terms of empathy can be expected to relate to improvements in therapeutic alliance. In this regard, a relationship between the empathy reported by psychotherapists and the levels of mindfulness and therapeutic alliance was observed in an experimental study (Leonard et al., 2018). That is, they found that psychotherapists with higher levels of mindfulness were better able to maintain an effective therapeutic alliance. In this study, the authors argue that the ability acquired in an MBI to understand the other without reacting to their emotions helps to maintain the therapeutic relationship. Given the limited evidence that we have so far, it is necessary to continue the research with more empirical studies in which the direct influence of an MBI on the development of these variables can be observed.

In addition, it would be necessary to consider if the improvement in empathy and the alliance truly influence the symptoms of the patients. Understanding that part of the success of the psychotherapy process involves the improvement of the patient's symptoms (Lorentzen & Hoglend, 2004), we have very few studies that have been able to verify its usefulness. Furthermore, this is only a specific indicator and other variables such as perceived well-being, duration of treatment or expectations regarding psychotherapy can also be a sign of the benefits of psychotherapy intervention (Popescu, 2012). If this were the case, much of the research that we have found so far would not be providing complete conclusions about the benefits that MBIs can have in the practice of psychotherapy.

The results in empathy after an MBI have been shown to be limited, and it is not possible to affirm that they are beneficial for the development of the therapeutic alliance, nor for the improvement of the patient's symptoms. These results raise a series of questions about the real utility that MBIs can have in the field of psychotherapy. We cannot know if the improvements in empathy as a result of MBI have a real effect on the work carried out in the psychotherapy praxis, given that they do not seem to be related to improvements in therapeutic alliance. Furthermore, if these improvements are only in self-perceived measures by psychotherapists, it is possible that they are not having a real impact on the patient's perception and the results of psychotherapy. Despite the massive

use of mindfulness by many psychotherapists and its integration into daily practice, the impact it has on the practice of psychotherapy has hardly been investigated. Research needs to be expanded, relying on standardized designs and larger samples of psychotherapists and patients, to see if the acquisition of skills trained in an MBI can really have beneficial effects in psychotherapy. In addition, research on the effects of MBIs on therapeutic alliance and on patient's symptomatology could have a relevant impact on the training and understanding of various skills in psychotherapy, given that it would give us a greater number of tools to apply in the field of psychotherapy.

4.2 | Limitations of the studies included in this systematic review

First, we only found four studies on the effects of MBIs in psychotherapist in the long term that carried out follow-ups. It may affect the results in this regard given that it has been shown that MBIs produce a greater effect on behaviour and the acquisition of meditators' mindfulness attitudes after a few months of practice (Grossman, 2010; Kabat-Zinn, 2005).

Furthermore, some quality problems were observed in the studies examined after assessing the risk of bias. Many of the studies (62.5%) had limited sample sizes, making it difficult to identify small changes and generalize the results.

Moreover, 93.8% of the total number of participants were still in training, making it difficult to generalize the results to psychotherapists who are actively caring for patients. Some research suggests that the effects of MBIs can potentially vary when applied to students or healthcare professionals (Smith, 2014). This is probably due to the fact that the tasks performed during training and the stress associated with them are different from that experienced in professional care (Lamothe et al., 2016). It is also important to note that just one of the studies addressed the training of instructors (Chan et al., 2021), which may directly affect the results, bearing in mind that the skills of the instructor are essential to ensure a certain level of standardization between studies (Miller & Rollnick, 2014).

Finally, none of the studies have included the evaluation of psychotherapists' empathy, therapeutic alliance and patients' symptoms together, so we do not have a complete model to help us understand what factors are affecting the improvement of patient's symptoms. Furthermore, it is difficult to attribute the effect of MBI on patients' outcomes, as no study examined the mediation effect of the mindfulness variable in psychotherapists on perceived empathy, therapeutic alliance or patient's outcomes. We also found that, in some of the analysed studies, patients gave their evaluations to their psychotherapists (Ivanovic et al., 2015), introducing a possible response bias due to the possible effect of social desirability and the lack of anonymity that this entailed. All this results in great difficulty in generalizing the results obtained by each of these studies.

4.3 | Limitations of this systematic review

First of all, it is important to note that the inclusion criteria for this systematic review contemplated only studies that performed quantitative analyses, so that a high number of studies that dealt with the effects of MBI on the psychotherapy process and results were left out because they only included qualitative results. Furthermore, studies with different methodologies in which mindfulness practices were applied pre-psychotherapy sessions and evaluated the effects obtained after each session were excluded from this review (Dunn et al., 2012; Stone et al., 2018).

Second, there are a number of variables that may be affecting the results obtained in the studies and that were not taken into account when searching and selecting articles. No distinction was made between the psychotherapeutic orientations of the participants, despite the fact that some of them may have similarities with skills trained in an MBI, such as some third-generation psychotherapies or the acceptance and commitment therapy (Moñivas et al., 2012). Additionally, there was no distinguishment between the different types and levels of symptoms of the patients who participated in the studies.

4.4 | Future lines of research

In future research, it will be necessary to include the evaluation of control groups in order to obtain reliable results regarding the effectiveness of an MBI on empathy, therapeutic alliance and patient's symptomatology. Likewise, it would be important to compare its effects with specific interventions aimed at developing empathy and therapeutic alliance. In this way, we could evaluate whether MBIs provide additional benefits with respect to current interventions aimed at training psychotherapists (Barone et al., 2005).

In addition, it is necessary to apply standardized MBIs to make the comparison of the results obtained after the practice of mindfulness more accessible. Along these lines, it would be very interesting to study whether the reduced MBI versions that we found are equally effective as a standardized and protocolized MBI, at the level of results obtained by psychotherapists and their patients. Similarly, there are interesting initiatives to evaluate the effects of mindfulness training in psychotherapists from a different methodological framework. In this regard, studies which carry out brief mindfulness sessions before psychotherapeutic work could be also analysed in depth. It would also be interesting to see the role that Compassion-Based Interventions (CBIs) play, given that they have been shown to be more effective than MBIs in increasing empathy (Brito et al., 2018).

Furthermore, it is important to include follow-ups in the future to have a measure of effectiveness in the medium-long term, thus being able to draw more specific conclusions about the effects that these interventions may have in the psychotherapy practice. Throughout this systematic review, we have seen how some studies included assessments that patients gave directly to their psychotherapists. In

this regard, it would be necessary to have measurement and data collection strategies that do not imply access by psychotherapists to the evaluations of their patients to avoid possible biases in the responses of the latter.

Focusing on the sample of studies, it would be interesting to have active psychotherapy professionals, given that most studies evaluate the effects of an MBI on psychology students. This factor prevents us from knowing the real influence of these interventions on the therapeutic alliance established with their patients and on the evolution of their symptoms. Another important aspect to evaluate would be that of the different psychotherapy orientations. This would give us the chance to observe if there are differences in the mindfulness benefits on the development of empathy and therapeutic alliance and if these results are reflected in the symptoms of the patients depending on the approach from which the professional works. Furthermore, we have a great variety of contexts in the different studies; in some of them, the psychotherapy evaluation is carried out in hospitals (e.g., Grepmair, Mitterlehner, Loew, Bachler, et al., 2007) and others in private consultations (e.g., Swift et al., 2017) or in universities (e.g., Bellosta-Batalla et al., 2020). This means that professionals face different levels of stress that we find patients with different socioeconomic levels, a great variety of profiles—psychotherapists and patients from different countries, ethnicities and ages—in addition to different levels of severity in terms of patient's symptomatology. This is a field that has not been explored, and it may be interesting to study it in future research to expand our knowledge of the different contexts of psychotherapeutic practice and their impact on patient's outcomes. Finally, we also find it necessary to investigate in a controlled manner the level of previous practice in mindfulness of psychotherapists to see if this can influence the results. In many studies in this systematic review, we have observed that some of the participants had previous experience in mindfulness and others did not (e.g., Hopkins & Proeve, 2013), which is a clear limitation when comparing the data of one and the other.

Regarding the effects on patients, it is necessary to increase the studies in which the influence of MBI on symptoms is evaluated and include some relevant variables that give us information about the benefits of psychotherapy (Lorentzen & Hoglend, 2004). It would be interesting to have measures of well-being, life satisfaction (Cuadraperalta et al., 2010) and satisfaction with psychotherapy (Brady et al., 2011) or even on the perception that patients have about the effectiveness of the sessions (Ivanovic, 2016).

There are very few studies that evaluate the impact of MBIs on the therapeutic alliance and on patient's symptomatology, and the studies that we found do not obtain conclusive results. For this reason, it is necessary to expand research in this regard to better understand the impact of these interventions in the field of psychotherapy.

In future studies, it is also important to have complete models that evaluate both the development of empathy and the established therapeutic alliance, as well as the repercussions this has on the psychotherapeutic results observed in their patients. It would be equally interesting to carry out statistical models that allow us to analyse the relationships between the psychotherapists' results and the results of

each of their patients, establishing dyads that allow us to obtain more specific conclusions about the effects of an MBI in psychotherapy.

5 | CONCLUSIONS

This systematic review has analysed the available studies on the effects of MBIs on empathy, therapeutic alliance and the symptomatic evolution of patients. Results are limited in terms of increases in psychotherapist-evaluated empathy after an MBI. On the other hand, we do not have enough results that demonstrate a beneficial influence of MBIs in the establishment of a good therapeutic alliance, as well as in the evolution of the patients' symptoms. Despite the scant evidence found in the studies in this review, other correlational and qualitative research has found that these interventions may represent a beneficial strategy in the training of psychotherapists, in order to improve psychotherapeutic practice and thus increase the benefits obtained by their patients (Dekeyser et al., 2008; Razzaque et al., 2013; Rothaupt & Morgan, 2007). The study of the relationship between psychotherapists and patients is an added difficulty to research in psychotherapy, given that it is extremely difficult to have a significant sample of psychotherapists who want to participate in research together with their patients, whose information must remain anonymous and confidential. In addition, it is complicated to evaluate them during the duration of the investigation, even more so if a follow-up evaluation is included, given that in many cases, the patient's measurements must be collected indirectly. Finally, the different evaluation methodologies and instruments that can be used to measure these variables allow different conclusions to be drawn from the results. For example, some empathy instruments offer global outcome measures (TEQ; Spreng et al., 2009), while others offer a variety of subscales that classify between cognitive or emotional empathy (IRI; Davis, 1980). For all this, it is necessary in the future to have studies with higher quality methodologies and designs, as well as with more homogeneous populations and standardized MBIs to be able to make comparisons between the different results.

ACKNOWLEDGEMENT

The authors are grateful to CIBEROBN, an initiative of the ISCIII (ISC III CB06 03/0052) and Ministerio de Economía y Competitividad (Spain) under AMABLE-VR (RTI2018-097835-A-I00).

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that they have no conflict of interest.

REFERENCES

- Aiken, G. A. (2006). The potential effect of mindfulness meditation on cultivation of empathy in psychotherapy. (Doctoral dissertation). Saybrook Graduate School and Research Center. ProQuest dissertations and theses database, UMI 3217528.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191–206. <https://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Ballinger, J. A. (2013). *Pilot of a Learning Management System to Enhance Counselors' Relational Qualities Through Mindfulness-Based Practices* (Doctoral Dissertation). University of North Texas, EEUU.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the mind in the eyes" test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241–251. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00715>
- Barone, D. F., Hutchings, P. S., Kimmel, H. J., Traub, H. L., Cooper, J. T., & Marshall, C. M. (2005). Increasing empathic accuracy through practice and feedback in a clinical interviewing course. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 156–171. <https://doi.org/10.1521/jscp.24.2.156.62275>
- Barrett-Lennard, G. T. (2015). *The Relationship Inventory: A Complete Resource and Guide*. Wiley, Ltd.
- Bellosta-Batalla, M., Blanco-Gandia, M. C., Rodríguez-Arias, M., Cebolla, A., Pérez-Blasco, J., & Moya-Albiol, L. (2020). Increased salivary oxytocin and empathy in students of clinical and health psychology after a mindfulness and compassion-based intervention. *Mindfulness*, 11, 1006–1017. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01316-7>
- Bellosta-Batalla, M., Cebolla, A., Pérez-Blasco, J., & Moya-Albiol, L. (2019). La empatía en el ejercicio y formación de los psicólogos clínicos y sanitarios, y su relación con mindfulness y compasión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(2), 210–220. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1095>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Boecker, L., & Doughty Horn, E. A. (2016). Increasing students' empathy and counseling self-efficacy through a mindfulness experiential small group. *Journal for Specialists in Group Work*, 41(4), 312–333. <https://doi.org/10.1080/01933922.2016.1232322>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Brady, S., O'Connor, N., Burgermeister, D., & Hanson, P. (2011). The impact of mindfulness meditation in promoting a culture of safety on an acute psychiatric unit. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 129–137. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2011.00315.x>
- Brito, G. (2013). Rethinking mindfulness in the therapeutic relationship. *Mindfulness*, 5(4), 351–359. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0186-2>
- Brito, G., Campos, D., & Cebolla, A. (2018). Implicit or explicit compassion? Effects of compassion cultivation training and comparison with Mindfulness-based Stress Reduction. *Mindfulness*, 9(3). <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0898-z>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Bruce, N., Shapiro, S. L., Constantino, M. J., & Manber, R. (2010). Psychotherapist mindfulness and the psychotherapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 83–97. <https://doi.org/10.1037/a0018842>
- Carter, C. S., Pournajafi-Nazarloo, H., Kramer, K. M., Ziegler, T. E., White-Traut, R., Bello, D., & Schwartz, D. (2007). Oxytocin: Behavioral associations and potential as a salivary biomarker. *Annals of the New York*

- Academy of Sciences, 1098(1), 312–322. <https://doi.org/10.1196/annals.1384.006>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2011). Self-regulation of action and affect. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 3–21). Guilford Press.
- Cebolla, A., Galiana, L., Campos, D., Oliver, A., Soler, J., Demarzo, M., Baños, R. M., Feliu-Soler, A., & García-Campayo, J. (2018). How does mindfulness work? Exploring a theoretical model using samples of meditators and non-meditators. *Mindfulness*, 9(3), 860–870. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0826-7>
- Chan, S. H. W., Yu, C. K.-C., & Li, A. W. O. (2021). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on counseling self-efficacy: A randomized controlled crossover trial. *Patient Education and Counseling*, 104, 360–368. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.022>
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37–46.
- Cooper, D., Yap, K., O'Brien, M., & Scott, I. (2020). Mindfulness and empathy among counseling and psychotherapy professionals: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 11, 2243–2257. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01425-3>
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Ibergaray-Pérez, M., & Rocha-Zúñiga, M. (2010). Positive psychotherapy results in patients with depression. *Terapia Psicológica*, 28(1), 127–134. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082010000100012>
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198–208. <https://doi.org/10.1037/a0022062>
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- de Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: How when and why? *Trends in Cognitive Sciences*, 10, 435–441. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.08.008>
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Decety, J., & Michalska, K. J. (2010). Neurodevelopmental changes in the circuits underlying empathy and sympathy from childhood to adulthood. *Developmental Science*, 13(6), 886–899. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2009.00940.x>
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leyens, S., & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1235–1245. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.11.018>
- Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K., & Ivanovic, M. (2012). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research*, 23(1), 78–85. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.731713>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Escuriu, B. F., & Labbé, E. E. (2011). Health care providers' mindfulness and treatment outcomes: A critical review of the research literature. *Mindfulness*, 2, 242–253. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0068-z>
- Falkenström, F., Ekeblad, A., & Holmqvist, R. (2016). Improvement of the working alliance in one treatment session predicts improvement of depressive symptoms by the next session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(8), 738–751. <https://doi.org/10.1037/ccp0000119>
- Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 578–582. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.578>
- Flückiger, C., del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R Symptom Checklist by LR Derogatis*. Beltz.
- Geller, S. M. (2001). Therapeutic presence: The development of a model and a measure (Unpublished doctoral dissertation). York University, Canada.
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., & Markin, R. D. (2018). The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 434–444. <https://doi.org/10.1037/pst0000183>
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 332–338. <https://doi.org/10.1159/000107560>
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training: Preliminary study. *European Psychiatry*, 22, 485–489.
- Grossman, P. (2010). Mindfulness for psychologists: Paying kind attention to the perceptible. *Mindfulness*, 1, 87–97. <https://doi.org/10.1007/s12671-0100012-7>
- Hauge, P. (2018). *Mindfulness Training for Mental Health Professionals and Its Implications for Compassion Towards Clients* (Doctoral dissertation). Indiana University of Pennsylvania, EEUU.
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (Eds.) (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* (updated March 2011). The Cochrane Collaboration. www.cochrane-handbook.org
- Hilsenroth, M. J., Cromer, T., & Ackerman, S. (2012). How to make practical use of therapeutic alliance research in your clinical work. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kaechele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence* (pp. 361–380). Springer Press.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Oliver, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Hopkins, A., & Provee, M. (2013). Teaching mindfulness-based cognitive therapy to trainee psychologists: Qualitative and quantitative effects. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(2), 115–130. <https://doi.org/10.1080/09515070.2013.792998>
- Horvath, A. O., del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561–573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Ivanovic, M. (2016). *The Effects of Clients and Therapists Practicing Mindfulness Together on Session Outcome* (Doctoral dissertation). University of Alaska Anchorage, EEUU.
- Ivanovic, M., Swift, J. K., Callahan, J. L., & Dunn, R. (2015). A multisite pre/post study of mindfulness training for therapists: The impact on session presence and effectiveness. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 29(4), 331–342. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.29.4.331>
- Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 7, 109–119.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation*. Hyperion.
- Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., & Feudtner, C. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Medical Education*, 14, 219. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-219>

- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. a., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(4), 249–258. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4<249:AID-CPP106>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249:AID-CPP106>3.0.CO;2-5)
- Lambert, M. J., & Simon, W. (2008). The therapeutic relationship: central and essential in psychotherapy outcome. In S. Hicks & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship* (pp. 19–33). Guilford.
- Lamothe, M., Rondeau, E., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., & Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*, 24, 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.11.001>
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S., & Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1445–1467. <https://doi.org/10.1002/jclp.20326>
- Leonard, H. D., Campbell, K., & Gonzalez, V. M. (2018). The relationships among clinician self-report of empathy, mindfulness, and therapeutic alliance. *Mindfulness*, 9(6), 1837–1844. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0926-z>
- Lorentzen, S., & Høglend, P. (2004). Predictors of change during long-term analytic group psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 25–35. <https://doi.org/10.1159/000074437>
- McCullum, E. E., & Gehard, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists' therapeutic presence: A qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36, 347–360. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2010.00214.x>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Johnson, L. D. (2000). *The Session Rating Scale 3.0*. Authors.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). The effectiveness and ineffectiveness of complex behavioral interventions: Impact of treatment fidelity. *Contemporary Clinical Trials*, 37(2), 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.01.005>
- Mills, E. (2010). *Effect of Mindfulness on Empathy of Student Therapists*. Master's thesis. EEUU: Pacific University: Forest Grove.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moñivas, A., García-Díez, G., & García De Silva, R. (2012). Mindfulness (Atención plena): Concepto y teoría. *Portularia Revista de Trabajo Social*, 12, 83–89. <https://doi.org/10.5218/prts.2012.0009>
- Moya-Albiol, L. (2018). *La empatía*. Plataforma Actual.
- Murphy, B. A., Costello, T. H., Watts, A. L., Cheong, Y. F., Berg, J. M., & Lilienfeld, S. O. (2018). Strengths and weaknesses of two empathy measures: A comparison of the measurement precision, construct validity, and incremental validity of two multidimensional indices. *Assessment*. <https://doi.org/10.1177/1073191118777636>
- Newton, T. L. (2018). *Measuring The Effects Of A Mindfulness Intervention On Counselors-In-Training Dispositions, Strength Of The Therapeutic Relationship, And Client Outcomes (Doctoral dissertation)*. University of South Carolina, EEUU.
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Black, S. W., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S., & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593–605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work. III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2003). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 307–391). Wiley.
- Popescu, O. M. (2012). Therapist Variables in Psychotherapy. *Journal of Integrative Research, Counselling, and Psychotherapy*, 1(2), 21–36.
- Razaque, R., Okoro, E., & Wood, L. (2013). Mindfulness in clinician therapeutic relationships. *Mindfulness*, 6, 170–174. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0241-7>
- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2010). Pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for trainee clinical psychologists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 235–241. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000731>
- Rissman, L. S. (2013). *A Program Evaluation of the Institute for Meditation and Psychotherapy's Certificate Program (Doctoral dissertation)*. Wright Institute Graduate School of Psychology, EEUU.
- Rothaupt, J. W., & Morgan, M. M. (2007). Counselors' and counselor educators' practice of mindfulness: A qualitative inquiry. *Counseling and Values*, 52, 40–54. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2007.tb00086.x>
- Ryan, A., Safran, J., Doran, J., & Muran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22(3), 289–297. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.650653>
- Schomaker, S. A. (2013). *The Impact of Mindfulness Training on Therapeutic Alliance, Empathy, and Lived Experience: A Mixed Methods Study with Counselor Trainees (Doctoral dissertation)*. Texas A&M University-Corpus Christi, EEUU.
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. Norton.
- Simons, J. (2014). *Effects of Mindfulness Training on First Year Doctoral Students' Therapeutic Relationships (Doctoral dissertation)*. George Fox University, EEUU.
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875–R878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>
- Singer, T., & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 81–96. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>
- Smith, S. A. (2014). Mindfulness-based stress reduction: An intervention to enhance the effectiveness of nurses' coping with work-related stress. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(2), 119–130. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12025>
- Spragg, C. N., & Spragg, C. N. (2012). The impact of mindfulness practice on mental health service providers-in-training: An examination of mindfulness, self-awareness, empathy, and burnout (Doctoral dissertation). Auburn University, EEUU. <https://search.proquest.com/docview/923287047>
- Spreng, R. N., McKinnon, M. C., Mar, R. A., & Levine, B. (2009). The Toronto Empathy Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 91(1), 62–71. <https://doi.org/10.1080/00223890802484381>
- Sterne, J. A. C., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., Henry, D., Altman, D. G., Ansari, M. T., Boutron, I., Carpenter, J. R., Chan, A.-W., Churchill, R., Deeks, J. J., Hróbjartsson, A., Kirkham, J., Jüni, P., Loke, Y. K., Pigott, T. D., ... Higgins, J. P. T. (2016). ROBINS-I: A tool for assessing risk of bias in nonrandomised studies of interventions. *BMJ*, 355, i4919. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4919>
- Stone, M., Friedlander, M. L., & Moeyaert, M. (2018). Illustrating novel techniques for analyzing single-case experiments: Effects of pre-session mindfulness practice. *Journal of Counseling Psychology*, 65(6), 690–702. <https://doi.org/10.1037/cou0000291>
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2010). Therapist competence in cognitive therapy for depression: Predicting subsequent symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 429–437. <https://doi.org/10.1037/a0019631>

- Sweet, M. J., & Johnson, C. G. (1990). Enhancing empathy: The interpersonal implications of a Buddhist meditation technique. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27, 19–29. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.1.19>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Dunn, R., Brecht, K., & Ivanovic, M. (2017). A randomized-controlled crossover trial of mindfulness for student psychotherapists. *Training and Education in Professional Psychology*, 11(4), 235–242. <https://doi.org/10.1037/tep0000154>
- Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2004). Ego-depletion, self-control, and choice. In J. Greenberg, S. L. Koole & T. Pyszczynski (Eds.), *Handbook of experimental existential psychology* (pp. 398–410). New York: Guilford Press.
- Walsh, R. A. (2008). Mindfulness and empathy: A hermeneutic circle. In S. F. Hick & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship* (pp. 72–86). Guilford Press.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2nd ed.). Routledge.
- Xu, H., & Tracey, T. J. G. (2015). Reciprocal influence model of working alliance and therapeutic outcome over individual therapy course. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 351–359. <https://doi.org/10.1037/cou0000089>
- Zielke, M., & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Questionnaire on Change in Experience and Behavior (VEV)*. Belz.
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hungr, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 484–496. <https://doi.org/10.1037/ccp0000058>

How to cite this article: Garrote-Caparrós, E., Bellosta-Batalla, M., Moya-Albiol, L., & Cebolla, A. (2022). Effectiveness of mindfulness-based interventions on psychotherapy processes: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1–16. <https://doi.org/10.1002/cpp.2676>

a.4. Artículo 2 versión original

Efficacy of a mindfulness and compassion-based intervention in psychotherapists and their patients: Empathy, symptomatology, and mechanisms of change in a randomized controlled trial.

Actualmente en revisión en Psychotherapy.

Efficacy of a mindfulness and compassion-based intervention in psychotherapists and their patients: Empathy, symptomatology and mechanisms of change in a randomized controlled trial

Elena Garrote-Caparrós^a, Oscar Lecuona^b, Miguel Bellosta-Batalla^{c,d},
Luis Moya-Albiol^a, Ausiàs Cebolla^{d,e}

^aDepartment of Psychobiology. University of Valencia. Valencia. Spain.

^bDepartment of Psychology, Faculty of Health Sciences, King Juan Carlos University, Móstoles, Spain.

^cEl arte de escuchar. Psychotherapy and Mindfulness. Valencia. Spain.

^dDepartment of Personality, Evaluation and Psychological Treatment. University of Valencia. Valencia. Spain.

^eCiber Physiopathology of Obesity and Nutrition (CIBEROBN). Institute of Health Carlos III. Madrid. Spain.

Abstract

In recent years, mindfulness and compassion-based interventions (MCBI) have been found to beneficially influence the empathy of psychotherapists, and they are a promising way to improve their relationship with their patients. In this regard, new studies are needed to evaluate the effects of MCBI on psychotherapists and their patients, and to analyze the influence of these effects on the processes and outcomes of psychotherapy. In this randomized controlled trial (RCT), we evaluate the efficacy of an MCBI in psychotherapists' mindfulness skills and self-reported empathy, as well as its indirect effect on patients

(empathy perceived in their psychotherapists, therapeutic bond and symptomatology). Finally, we present a Multilevel Structural Equation Model (MSEM) to analyze the relationship between these variables in psychotherapists and their patients. A group of psychotherapists (N = 63) were randomized to an MCBI or an active control group (empathy diary). We assessed psychotherapists and their patients (N = 121) before and after the MCBI and at follow-up evaluation. Psychotherapists' results showed an increase in psychotherapeutic mindfulness skills after the MCBI and at follow-up, whereas self-reported empathy improved at follow-up. Patients' results showed an improvement in perceived empathy, therapeutic bond, and symptomatology after the MCBI. In addition, the improvements in symptomatology were maintained at follow-up. According to the MSEM, the increase in psychotherapeutic mindfulness skills is related to an increase in patient-reported psychotherapists' empathy, which produces an improvement in therapeutic bond and their symptomatology. These results support the benefits of introducing MCBI in psychotherapists' training to improve the psychotherapy outcomes.

Keywords: mindfulness, compassion, empathy, therapeutic bond, psychotherapy outcomes.

Introduction

In the field of psychotherapy, empathy has been studied as an indispensable variable in psychotherapists and an essential skill in the relationships they forge with their patients (Watson et al., 2014). Empathy is the ability to understand the situations and emotional

experiences of others and affectively tune in to them (Coutinho et al., 2014). This ability facilitates a conscious approach to patients' experiences (Johnson & Walsh, 2021), which benefits the psychotherapeutic process and helps to relieve patients' symptoms (Elliott et al., 2018).

Empathy is one of the most important skills linked to the construction and development of the therapeutic bond (Nienhuis et al., 2018), understood as the relational axis of the therapeutic alliance (Bordin, 1979; Horvath et al., 2011). The therapeutic bond has been defined as the collaboration that arises between psychotherapists and their patients and forms the basis for the intervention (Flückiger et al., 2018). To establish an affective bond, it is important to know how to adapt to each patient in a specific way by being flexible and showing an affectionate attitude (Tatum & Vera, 2020).

In this regard, some authors have studied the impact of the therapeutic style on the bond between psychotherapists and their patients. Different aspects of the therapeutic style are evaluated, such as the flexibility shown in the psychotherapeutic setting, the expression of emotions by the psychotherapists, the degree of involvement in psychotherapy, and the focus of attention and level of spontaneity shown during the sessions (Fernández-Álvarez et al., 2003). Therapeutic styles that encourage a type of flexible adjustment and conscious attention and communication give patients the opportunity to explore and discuss their thoughts and emotions without feeling judged (Duncan et al., 2009). Increasing these styles promotes mutual trust in psychotherapy, decreases the reactivity of psychotherapists, and encourages responses based on the patients' objectives (McCaffrey et

al., 2017), which can facilitate the establishment of an affective bond and successful psychotherapy (Norcross & Lambert, 2018).

In recent years, research on the effects of mindfulness and compassion-based interventions (MCBI) on psychotherapists has increased (Garrote-Caparrós et al., 2021; Macdonald & Muran, 2021). Mindfulness is understood as the conscious practice of paying attention to the present moment while maintaining an attitude of curiosity, openness, acceptance, and kindness (Bishop et al., 2004). It has a positive effect on the regulation of attention and the management of emotions, and it increases interoceptive sensitivity and self-awareness (Cebolla et al., 2018). Compassion has been described as the ability to identify the suffering of others and feel an inherent desire to alleviate it (Goetz et al., 2010). In this regard, the practice of compassion involves an empathic approach that foments a commitment to help the patients (Bellosta-Batalla et al., 2019). In addition, mindfulness and compassion practice fosters a more open, warm, and conscious communication style, leading to more focused listening, greater flexibility, and a recognition of one's own and other people's emotions (Beckman et al., 2012). The latter can promote a specific approach to psychotherapeutic practice where psychotherapists acquire psychotherapeutic mindfulness skills that can improve empathy and the success of the psychotherapy (Demarzo & Cardoso, 2021).

Several studies have observed an increase in self-reported empathy in psychotherapists after an MCBI (Bellosta-Batalla et al., 2020; Bohecker & Horn, 2016; Chan et al., 2021). However, empathy is an intersubjective process (Elliott et al., 2018), and so it is necessary to evaluate the patients' perception of the effects of MCBI on this variable, and whether it has a significant influence on the therapeutic

bond and psychotherapy outcomes (Garrote-Caparrós et al., 2021). In this regard, the effects of MCBI on the therapeutic bond (Ivanovic et al., 2015; Swift et al., 2017) and the patients' symptomatology (Grepmaier et al., 2007) have hardly been studied. Furthermore, the relationship between the effects of MCBI and these variables has not been analyzed in the same study, and so it is necessary to explore comprehensive models of the efficacy of MCBI in improving the psychotherapeutic process and outcomes.

Current Study

Based on the above, the objective of this randomized controlled trial (RCT) was to analyze the efficacy of applying an MCBI with psychotherapists, jointly studying its effects on empathy, the therapeutic bond, and patients' symptomatology. First, we analyzed the benefits of the MCBI for the psychotherapeutic mindfulness skills and self-reported empathy of the psychotherapists (Bellosta-Batalla et al., 2020; Chan et al., 2021). Secondly, we analyzed whether the effects of MCBI on psychotherapists are perceived by their patients. In this regard, we expected to find an increase in the empathy patients perceived in their psychotherapists (Watson et al., 2014), as well as an improvement in the therapeutic bond (Stone et al., 2018) and the patients' symptomatology (Grepmaier et al., 2007). Finally, we explored the way these variables are related, presenting a Multilevel Structural Equation Model (MSEM) of the mechanisms that underlie the effects of MCBI on psychotherapists and their patients. We followed the CONSORT statement to guide the reporting of this RCT (Moher et al., 2010).

Method

Participants and selection

The RCT sample consisted of 63 psychotherapists, of whom 85.7% were women and 14.2% men. The ages of the psychotherapists ranged from 27 to 63 years, with a mean of 40.1 ± 9.4 . Regarding their psychotherapy approaches, 34.9% identified themselves as humanists, 33.3% as cognitive-behavioral, 12.6% as integrative, 11.1% as psychodynamic, 6.3% as systemic, and 1.5% as using other approaches. In addition, 52.3% of the psychotherapists had less than five years of experience, 14.3% had 5-10 years of experience, 15.8% had worked for 10-15 years, 4.7% for 15-20 years, and 12.7% for more than 20 years. In addition to the psychotherapists, 121 patients were evaluated in this study, with a mean of 1.9 ± 1.0 patients per psychotherapist and 8.3 ± 6.9 months with their current psychotherapist. The 80.1% of these patients were women, and 19.8% were men. The ages of the patients ranged from 18 to 71 years, with a mean of 35.7 ± 11.2 . Of all the patients, 46.3% indicated that they had received a psychological diagnosis (51.8% anxiety disorder, 23.2% mood disorder, 17.9% mixed anxiety-depressive disorder, and 7.1% insomnia or sleep disorders). Sample size was calculated with the G*Power program, estimating the need to include a minimum of 44 psychotherapists. An expected effect size of $d = .50$ ($\alpha = .05$, statistical power = .95) was used, based on the effects of an MCBI on self-reported empathy in psychology students (Bellosta-Batalla et al., 2020).

Research design and procedure

This study is an RCT in which the effects of an MCBI are analyzed and compared to an active control group (empathy diary) in a

sample of psychotherapists. The RCT was carried out following the ethical standards for research in humans established in the Declaration of Helsinki. The trial was registered with the US National Institutes of Health at ClinicalTrials.gov (#NCT 04680559) on October 9, 2017. The participants (psychotherapists and patients) were informed about the general objectives of the RCT, and they signed an informed consent form that described the confidentiality and anonymity of the information. In addition, they gave their consent to use the data for research purposes. The RCT was approved by the Ethics Commission of the University of Valencia (Nº: UV-INV_ETICA-1190532). No personal information was requested, a code was provided to guarantee the participants' anonymity, and they only provided an email address for contact purposes. In addition, the evaluation of the patients was carried out online, thus keeping their results from being collected by their psychotherapists. This avoided any desirability bias when answering questions related to the psychotherapy process.

Regarding the recruitment, psychotherapists were contacted through their web pages by conducting a general search for psychologists in professional associations from Comunidad Valenciana (Spain). In addition, the study was announced on social media and on different professional websites and psychotherapy training centers. The psychotherapists who were interested in participating in the RCT (n = 96) were summoned to an informative session where the general objectives were explained. Active psychotherapists with a degree in Psychology were included. Each psychotherapist chose which of their patients would participate in the study (between 1 and 5 patients for each psychotherapist), considering the following inclusion criteria: patients between 18 and 75 years old who had been attending

psychotherapy sessions with them for at least two months; and the following exclusion criteria: diagnosis of active severe mental disorders, active-phase substance use disorders, or cognitive impairment. Psychotherapists who had extensive experience in the formal practice of mindfulness or who had previously participated in an MCBI were excluded from the RCT ($n = 9$). The psychotherapists who were using mindfulness and/or compassion in psychotherapy with their patients did not participate either ($n = 2$).

Finally, 69 psychotherapists were randomly allocated to the experimental group (Mindfulness and compassion; MC group, $n = 36$) or the active control group (Empathy diary; ED group, $n = 33$). In addition, 139 patients were contacted by their psychotherapists and included in the RCT (MC group, $n = 65$; ED group; $n = 74$). None of the patients were informed of the group to which their psychotherapist belonged, and they were blind to the objectives of the RCT. Simple randomization was carried out with the list randomizer tool (<http://random.org/lists>) and conducted following a 1:1 ratio. The groups were balanced in terms of gender, age and psychotherapeutic approach. The MC group attended weekly two-hour sessions to complete the eight-session MCBI. In these sessions, the basic aspects of mindfulness and compassion were addressed (Table in Supplementary material). Meditation practices lasting about 15 minutes were included at the beginning and end of each session, and a series of weekly mindfulness exercises were proposed. The time spent on daily meditation was also recorded. The MCBI was conducted by two psychologists with extensive experience in the application of mindfulness and compassion. In the ED group, the participants independently performed self-observation exercises in the

psychotherapy sessions with their patients. They were provided with a diary in which they were invited to write about their impressions at the end of each psychotherapy session, as well as any thoughts and emotions related to empathy that had arisen during the session. This diary was given to the researchers in the post-study phase, so that there were no face-to-face sessions. The objective of this self-observation in the ED group was to increase consciousness of the psychotherapeutic relationship, but without the specific practice of regulation of attention and attitudes cultivated through mindfulness and compassion practice.

In the MC group, three psychotherapists dropped out during the MCBI. Similarly, three psychotherapists in the ED group dropped out during the active control intervention. Regarding patients, in the MC group, 8 dropped out during the MCBI and 11 at follow-up. In the ED group, 10 patients dropped out during the intervention and 8 at follow-up. Finally, 19 psychotherapists (MC group, $n = 9$; ED group, $n = 10$) and their 30 patients (MC group, $n = 15$; ED group, $n = 15$) were excluded at follow-up due to the beginning of the Covid-19 pandemic lockdown. Three groups were carried out in successive phases (MC group-1, $n = 15$; MC group-2, $n = 9$; MC group-3, $n = 9$; ED group-1, $n = 11$; ED group-2, $n = 9$; ED group-3, $n = 10$). The sample at post-intervention consisted of 63 psychotherapists (MC group, $n = 33$; ED group, $n = 30$) and 121 patients (MC group, $n = 57$; ED group, $n = 64$). The final sample at follow-up consisted of 44 psychotherapists (MC group, $n = 24$; ED group, $n = 20$) and 72 patients (MC group, $n = 31$; ED group, $n = 41$) (Fig. 1).

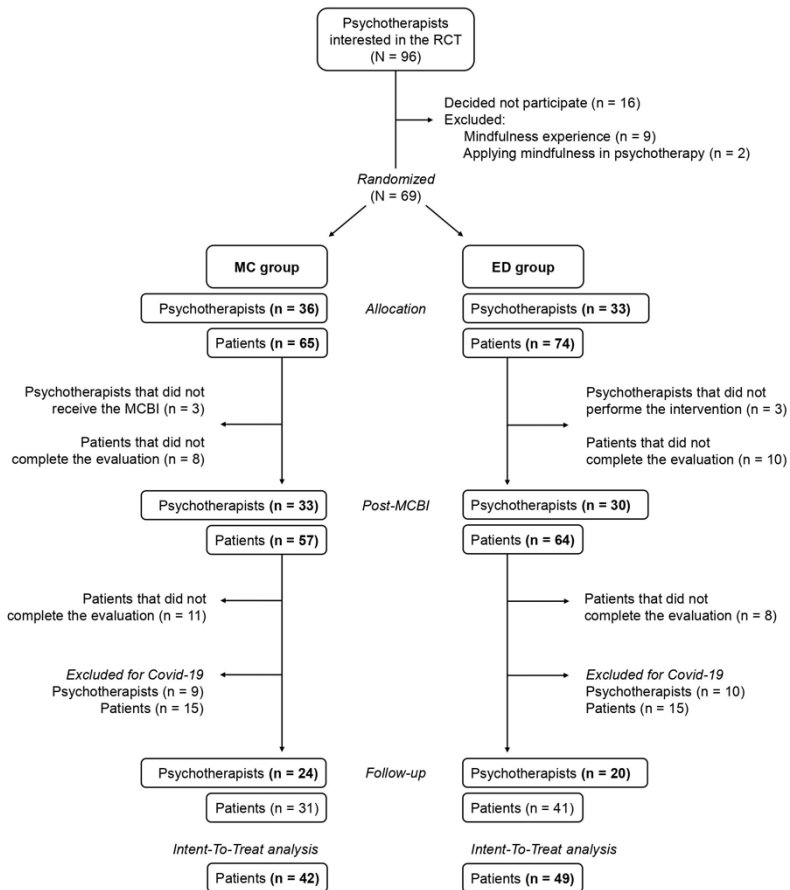


Figure 1. Flow diagram of the RCT for the MC group and the ED group

A first face-to-face group evaluation was carried out with the psychotherapists before starting the interventions, a second evaluation at the end of both interventions, and a follow-up evaluation four months after completion. Once the data collection had ended in the follow-up evaluation, the ED group was invited to participate in an MCBI. Patients' evaluations were carried out through self-reported

questionnaires administered online on the website <http://es.surveymonkey.com>, following the same phases as their psychotherapists.

Measures

Psychotherapists' evaluation

Psychotherapeutic mindfulness skills. Psychotherapeutic mindfulness skills were assessed using the *Psychotherapeutic Mindfulness Skills-Scale* (PMS-S). It is a questionnaire with 28 items that assess mindfulness skills in the psychotherapists' therapeutic style. The scale is an adaptation of the *Mindfulness in Parenting Questionnaire* scale (MIPQ; McCaffrey, et al., 2017) carried out by the authors of this article. It has two subscales: (1) "instruction", which reflects the self-efficacy of psychotherapists, as well as non-reactivity in psychotherapy towards patients and awareness of the psychotherapeutic process; and (2) "being present", which includes focused attention on the present and understanding and accepting the patients (Adapted scale in Supplementary material). It has a Likert-type scale that ranges from 1 ("Never") to 5 ("Almost always"). This questionnaire has high reliability, with a Cronbach's α of .85 for the sample in this study and a general Cronbach's α of .91 for its original version (McCaffrey, et al., 2017).

Self-reported empathy. Self-reported empathy was evaluated using the *Empathic Understanding Scale-Therapist* form (EUS-T; Andrade-González, 2009; Barrett-Lennard, 1978). The scale consists of 16 items and offers a total measure of psychotherapists' self-reported empathy, defined as understanding the experiences, meanings, and feelings of patients in psychotherapy sessions. It has a Likert-type scale

that ranges from 1 (“No, I firmly believe that it is not true”) to 6 (“Yes, I firmly believe that it is true”). This questionnaire presents good reliability for the sample in this study, with a Cronbach's α of .75, and a general Cronbach's α of .92.

Patients' evaluation

Empathy perceived by the patients. Psychotherapists' empathy perceived by the patients was assessed using the *Empathic Understanding Scale-Patient* form (EUS-P; Andrade-González, 2009; Barrett-Lennard, 1978). It has 16 items and provides a total measure of patient-reported psychotherapists' empathy during psychotherapy sessions. It has a Likert-type scale that ranges from 1 (“No, I firmly believe that it is not true”) to 6 (“Yes, I firmly believe that it is true”). It presents moderate reliability, with a Cronbach's α of .60 for the sample in this study and a general Cronbach's α of .91.

Therapeutic bond. To assess the therapeutic bond, the “bond” subscale of the *Working Alliance Theory of Change Inventory* (WATOCI; Corbella & Botella, 2004; Duncan & Miller, 1999) was used (WATOCI-B). This subscale refers to the emotional relationship of trust and attachment between patients and psychotherapists (Horvath & Greenberg, 1989). It has a Likert-type scale that ranges from 1 (“Never”) to 7 (“Always”). The WATOCI-B presents high reliability, with a Cronbach's α of .89 for the sample in this study and a general Cronbach's α of .92.

Symptomatology. Symptom evaluation was carried out using the *Brief Symptom Inventory* (BSI-18; Derogatis & Melisaratos, 1983; Ruipérez et al., 2001). This questionnaire is a self-report that contains 18 items divided into three subscales: (1) “somatization”, which refers

to physical symptoms of the autonomous physiological systems, such as dizziness, pain, or weakness; (2) “depression”, which refers to an alteration in the state of mind, with feelings of despondency, unhappiness, and guilt; and (3) “anxiety”, which includes symptoms of nervousness, tension, restlessness, and fear. In addition, a total score was obtained from the sum of these subscales. It has a Likert-type scale ranging from 0 (“Not at all”) to 4 (“A lot”). It presents high reliability for the sample in this study, with a Cronbach's α of .92, and a general Cronbach's α of .89.

Data analysis

First, an analysis of variance (ANOVA) was performed to determine whether there were significant differences between the MC group and the ED group before the MCBI. In addition, an analysis of covariance (ANCOVA) was conducted to evaluate the differences between the groups once the MCBI was over and at the follow-up evaluation. In these analyses, the baseline was included as a covariate variable to avoid its influence. Intent-to-Treat (ITT) analyses were carried out for patients' missing data at the follow-up evaluation (MC group, $n = 11$; ED group, $n = 8$) to avoid bias in estimating the effect of random assignment. In addition, 19 psychotherapists (MC group, $n = 9$; ED group, $n = 10$) and their 30 patients (MC group, $n = 15$; ED group, $n = 15$) were excluded from the analysis of the follow-up because their results could be affected by the beginning of the Covid-19 pandemic lockdown (Fig. 1). The effect size (Cohen's d) between the groups in the different evaluations (pre-, post- and follow-up) was calculated. The raw data from this study can be found at <http://doi.org/10.23668/psycharchives.5236>.

To study relationships among change mechanisms in psychotherapists and patients, we implemented MSEM. MSEM allows standard Structural Equation Models (SEM) with deviations from statistical independence, such as patients being treated by the same psychotherapists. MSEM estimates structural models with variables measured in raw observations (e.g., a single patient at a single time), in groups of observations (e.g., a psychotherapist treating several patients), and in groups of these groups (e.g., a hospital hosting a group of psychotherapists) (Preacher et al., 2010).

Given that MSEMs use the SEM framework, a theoretical model is implemented where each variable displays relationships with other variables with theoretical soundness. Because our variables were continuous, except for the group of psychotherapists (MC group or ED group), we chose the Maximum Likelihood Robust (MLR) estimation method with the Expectation-Maximization algorithm (EM; Muthén & Asparouhov, 2011). In addition, we simplified our model to reduce its complexity by computing the differences between the post- and pre-scores of each variable. This distinction is reflected by the delta symbol (Δ).

To assess model fit, we first estimated a basic model (with no theoretical model, but with all the variables correlated with each other) and examined the Intraclass Correlation Coefficient (ICC). The ICC measures the amount of variance in variables measured in patients that is due to psychotherapists, thus assessing whether the multilevel framework is necessary. A single ICC is computed for each dependent variable (in our model, the three variables at the patients' level), with values $> .100$ indicating the need for the multilevel structure. The basic model provided ICCs of .152 for symptomatology (BSI-18), .061 for

therapeutic bond (WATOBI-B), and .057 for patient-reported psychotherapists' empathy (EUS-P). Given that at least one of the variables provided an ICC > .100, and that the BSI-18 may be the most relevant dependent variable, we concluded that MSEM are necessary to model mechanisms of change. After that, we assessed the model fit of our MSEM with the Comparative Fit Index (CFI), the Tucker-Lewis Index (TLI), the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), and the Standardized Root Mean Residual (SRMR). Good fit is shown in CFI and TLI, with values > .95, whereas RMSEA and SRMR had values < .05 (Hox, 2013). Note that the SRMR is computed for the psychotherapist (between) and patient (within) levels separately. In addition, we reported the chi-square statistic, but we did not interpret it because it is over-sensitive in rejecting proposed models. In addition, modification indices were examined if a model showed room for improvement. Model parameters were examined, especially regression coefficients. Each variable being regressed also had an R^2 statistic, interpreted as the proportion of variance explained by the MSEM. When a variable had regressions of psychotherapist (between) and patient (within) levels at the same time, a separate R^2 statistic was computed for each level. Finally, given that our sample size was suboptimal on both levels, we expected large standard errors and ambiguous p-values. Therefore, we interpreted regression coefficients and covariances with values > .25 as potentially holding empirical value. In this regard, our model has to be understood as a preliminary and exploratory proposal. Descriptive statistics and ANCOVAs were computed using IBM SPSS (version 25). MSEM were computed using MPlus 7.0 (Muthén, 2017).

Results

Psychotherapist results

Regarding adherence to the MCBI, 9.1% of the psychotherapists attended five sessions, 15.2% attended six sessions, 30.3% attended seven sessions, and 45.5% attended all eight sessions of the MCBI. All of them attended at least the minimum of five sessions to be included in the analyses. The psychotherapists meditated an average of 4.7 ± 1.0 days per week and for a cumulative time of 571.9 ± 194.1 minutes. In the ED group, 13.3% reported five of the eight sessions in the empathy diary, 23.3% reported six sessions, and 63.3% reported all of them.

Psychotherapeutic mindfulness skills

At baseline, the ANOVA results did not show significant differences between the groups on “instruction”, $F(1, 60) = .46, p = .681, d = .10$, or “being present”, $F(1, 61) = .46, p = .502, d = -.17$. However, the ANCOVA results indicated that the MC group showed higher values on “instruction”, $F(1, 59) = 9.14, p = .004, d = .63$, and “being present”, $F(1, 59) = 9.58, p = .003, d = .47$, compared to the ED group, at the end of the intervention. In the follow-up evaluation, these differences were maintained for “being present”, $F(1, 41) = 9.67, p = .003, d = .60$. No significant differences were observed in “instruction”, $F(1, 39) = .01, p = .942, d = .14$ (Table 1).

Self-reported empathy

At baseline, the ANOVA results did not show significant differences between the groups on the EUS-T, $F(1, 61) = .04, p = .850, d = -.047$. However, the ANCOVA results indicated that the MC group showed higher values on the EUS-T, $F(1, 41) = 4.53, p = .039, d = .404$, compared to the ED group, at the follow-up evaluation. No significant

differences were observed on the EUS-T, $F(1, 60) = .53, p = .468, d = .147$, at the end of the intervention (Table 1).

Patient results

Regarding the regularity with which patients attended psychotherapy sessions at baseline, 0.8% attended more than once a week, 35.5% attended weekly, 43% attended every two weeks, and 20.7% attended once a month. It is important to note that in the follow-up evaluation, 49.5% of the patients were attending psychotherapy sessions less than once a month because they were in psychotherapeutic follow-up, and 28.1% had stopped going because their psychotherapy treatment had ended.

Empathy perceived by the patients

At baseline, the ANOVA results did not show significant differences between the groups on the EUS-P, $F(1, 119) = .29, p = .595, d = -.10$. However, the ANCOVA results indicated that the MC group showed higher values on the EUS-P, $F(1, 118) = 5.99, p = .016, d = .40$, compared to the ED group, at the end of the intervention. No significant differences were observed on the EUS-P, $F(1, 88) = 2.99, p = .088, d = .30$, at the follow-up evaluation (Table 1).

Therapeutic bond

At baseline, the ANOVA results did not show significant differences between the groups on the WATOI-B, $F(1, 119) = .00, p = .973, d = .01$. However, the ANCOVA results indicated that the MC group showed higher values on the WATOI-B, $F(1, 118) = 17.63, p = .000, d = .67$, compared to the ED group, at the end of the intervention. No significant differences were observed on the

WATOCI-B, $F(1, 92) = .65, p = .422, d = .14$, at the follow-up evaluation (Table 1).

Symptomatology

At baseline, the ANOVA results did not show significant differences between the groups on any of the subscales: “somatization”, $F(1, 119) = 1.40, p = .239, d = .22$, “depression”, $F(1, 119) = 3.78, p = .054, d = .35$, and “anxiety”, $F(1, 119) = 1.38, p = .243, d = .21$. However, the ANCOVA results indicated that the MC group showed lower values on “somatization”, $F(1, 118) = .813, p = .005, d = -.30$, “depression”, $F(1, 118) = 9.16, p = .003, d = -.28$, and “anxiety”, $F(1, 118) = 11.72, p = .001, d = -.43$, compared to the ED group, at the end of the intervention. At the follow-up evaluation, these differences were maintained for “somatization”, $F(1, 88) = .422, p = .043, d = -.23$, and “anxiety”, $F(1, 88) = 9.54, p = .003, d = -.46$, but no significant differences in “depression” were observed, $F(1, 88) = 2.23, p = .139, d = -.08$ (Table 1).

Table 1 Summary of Means (M) and Standard Deviations (SD) in psychotherapists and patients in the MC group and the ED group in the pre-, post-, and follow-up evaluations
Mindfulness and Compassion-Based Intervention (MCBI); Empathy Diary (ED)

	Mindfulness and Compassion Group						Empathy Diary Group					
	Pre-MCBI		Post-MCBI		Follow-Up		Pre-ED		Post-ED		Follow-Up	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Psychotherapists Measures												
Instruction	61.88	7.06	66.45	4.96	63.58	7	61.17	6.42	62.87	6.10	62.63	6.36
Being present	51.00	4.97	54.13	4.42	53.83	4.92	51.83	4.81	52.00	4.56	51.10	4.02
Self-reported empathy	73.67	8.11	74.97	8.69	77.71	8.44	74.07	8.60	73.70	8.37	74.35	7.90
Patients Measures												
Patient-reported empathy	82.86	11.05	84.04	7.12	82.79	8.78	83.81	8.56	80.19	11.26	79.27	13.58
Therapeutic bond	25.18	3.24	26.36	2.08	25.24	3.63	25.16	2.94	24.45	3.37	24.67	4.13
Somatization	13.02	5.59	10.49	4.21	10.81	4.85	11.89	4.87	11.92	7.17	12.12	6.06
Depression	14.75	6.08	12.39	4.98	13.48	5.81	12.80	4.98	13.95	6.09	14.02	6.66
Anxiety	15.05	5.63	11.84	4.49	12.14	4.30	13.92	4.96	13.86	4.84	14.43	5.35

Proposal of change mechanisms of MCBI on psychotherapists and their patients

The theoretical model provided a non-convergent solution. Increasing iterations altered this result (see other tested technical modifications in Muthén & Asparouhov, 2011). Therefore, we included two more relationships in the model, which yielded a convergent model. These two relationships were the two PMS-S dimensions (“instruction” and “being present”) as predictors of symptomatology. These two relationships were included because of the way the model was constructed: because psychotherapists’ psychological variables were allocated as predictors of patient-reported psychotherapists’ empathy, we considered other potential predictors of the psychotherapists’ level on the patients’ level. Among them, we selected changes in PMS-S facets as predictors of changes in symptomatology, given that the scientific literature presents evidence suggesting negative relationships between psychotherapists’ trait mindfulness and patients’ symptomatology (e.g., Pereira et al., 2017). Nevertheless, we considered that the literature did not provide enough evidence to distinguish between the PMS-S facets, and we wanted to keep our model as parsimonious as possible. Thus, we included both PMS-S facets as predictors of symptomatology.

With these two linear relationships, a convergent model was obtained. However, this model provided an unsatisfactory fit ($\chi^2(5) = 17.890$, $p = .003$, RMSEA = .147, CFI = .895, TLI = .498, SRMR within = .035, SRMR between = .302). Examining the modification indices, we located a potentially relevant inclusion: the RCT group variable predicting symptomatology in patients. Thus, we included this relationship and re-estimated the model. The new model obtained a

satisfactory fit ($\chi^2(4) = 1.971, p = .741, RMSEA = .000, CFI = 1.000, TLI = 1.000, SRMR \text{ within} = .007, SRMR \text{ between} = .086$), and even had non-significant chi-square values. Therefore, we concluded that this model provided a good fit to the data.

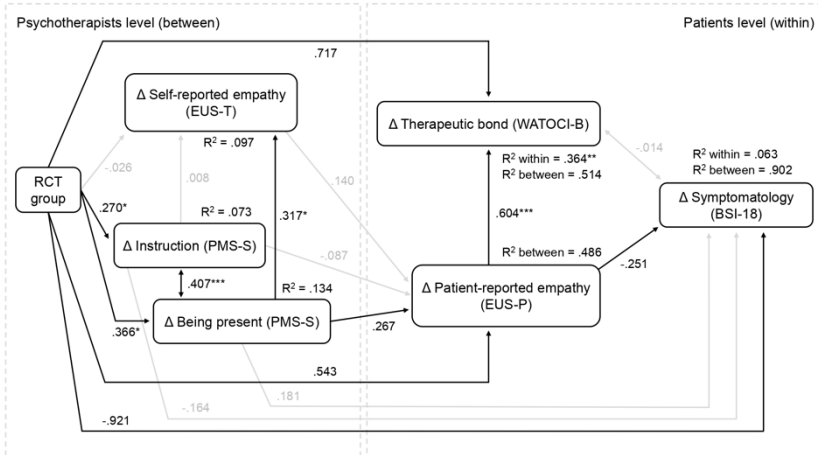


Figure 2. *Estimated model of change mechanisms of MCBI on psychotherapists and their patients*

Note. Δ : Differences between post- and pre- intervention scores; *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

Examining the model, on the psychotherapists' level, the MCBI did not seem to significantly improve self-reported psychotherapists' empathy, but it seemed to significantly improve changes in psychotherapeutic mindfulness skills ("instruction" and "being present"). Moreover, changes in "being present" also led to positive changes in self-reported psychotherapists' empathy. Finally, changes in "instruction" were positively associated with changes in "being present". On the patients' level, changes in patient-reported psychotherapists' empathy positively predicted changes in the

therapeutic bond and negatively predicted changes in symptomatology. Nevertheless, changes in the therapeutic bond were not associated with changes in symptomatology.

Regarding relationships between the psychotherapist and patient levels, the highest relationships were found between the RCT group (psychotherapists allocated to the MC or ED group) and changes in symptomatology ($\beta = -.921$). In addition, the RCT group variable positively predicted changes in patient-reported psychotherapists' empathy ($\beta = .543$) and the therapeutic bond ($\beta = .717$). That is, patients of psychotherapists in the MC group showed higher levels of patient-reported psychotherapists' empathy, higher levels of therapeutic bond, and greater reductions in symptomatology than patients in the ED group. Finally, changes in "being present" positively predicted patient-reported psychotherapists' empathy, although mildly ($\beta = .267$). None of the between-within predictors showed statistical significance (all p -values $> .05$). However, because of their large size, we considered them potentially meaningful.

Discussion

The main objective of this RCT was to analyze the effects of an MCBI on a sample of psychotherapists and study its indirect influence on patients. Furthermore, we explored the relationship between the results in psychotherapists and patients, and we presented an MSEM of the mechanisms underlying these effects.

Regarding the first objective, we observed that the MCBI produced a beneficial effect on the psychotherapists' self-reported variables. Results show an increase in psychotherapeutic mindfulness skills ("instruction" and "being present") in the MC group compared to

the ED group. These results are only maintained for the “being present” subscale at follow-up. This is the first time this construct has been evaluated to explore psychotherapeutic mindfulness skills, and our results highlight it as a promising element for measuring the benefits of MCBI in psychotherapists. In this regard, MCBI could help psychotherapists to adopt an open and friendly approach to patients’ experiences, accompanying them with a conscious attitude and without judgment throughout the sessions. (Myers, 2000; Demarzo & Cardoso, 2021). Furthermore, psychotherapists who participated in the MCBI showed higher levels of self-reported empathy at the follow-up evaluation. These results are consistent with recent studies in which the effects of MCBI on self-reported empathy did not appear until the follow-up evaluation, suggesting that they need more time to be assimilated and generalized to the individual’s interpersonal sphere in order to be identified (Bellosta-Batalla et al., 2020; Boellinghaus et al., 2014).

Related to the above, one of the novel aspects of this study is the evaluation of the indirect effects of MCBI on patients. Although self-reported empathy did not increase in psychotherapists at the end of the MCBI, we observed a significant improvement in patient-reported psychotherapists’ empathy, as well as an improvement in the therapeutic bond. These increases are not maintained at follow-up, which could be related to a decrease in contact with their psychotherapists because many of the psychotherapy treatments ended before this evaluation. Furthermore, we also found a significant improvement over time in the symptomatology (“somatization”, “depression” and “anxiety”) of the patients in the MC group, compared to the ED group. At the follow-up evaluation, improvements in

symptomatology related to “somatization” and “anxiety” were maintained. According to several studies, patients’ evaluations are more reliable than those provided by psychotherapists (Elliott et al., 2011; Orlinsky et al., 2003). In this regard, the results of this RCT are novel because they provide a more precise and complete view of the beneficial effects of MCBI on empathy, the therapeutic bond, and the patients’ symptomatology, focusing on the way these effects are actually perceived by patients (Garrote-Caparrós et al., 2021).

The second objective of this RCT was to explore the way the MCBI influences the psychotherapy process and outcomes, analyzing the relationships between the variables included in them. First, we find that psychotherapeutic mindfulness skills appear to mediate improvements in self-reported empathy in psychotherapists. Self-reported empathy does not seem to be related to patient-reported psychotherapists’ empathy, which reinforces the importance of evaluating patients to study the influence of MCBI on empathy, given that these two measures are not always related to each other (Greenberg et al., 2001). In addition, the improvement in psychotherapeutic mindfulness skills increases the patient-reported psychotherapists’ empathy, which in turn improves the therapeutic bond and symptomatology. In this regard, psychotherapeutic mindfulness skills seem to facilitate a more open and friendly approach to patients’ situations, thus favoring the therapeutic relationship and the effectiveness of the interventions. It should be highlighted that the increase in the therapeutic bond has not been found to lead to improvements in patients’ symptomatology. These results suggest that the empathy perceived by patients is a better predictor of relief of their symptoms, and that the success of psychotherapy could be mediated by

other factors that correspond to non-specific aspects and should be studied in future research (Cuijpers et al., 2019).

Implications for psychotherapeutic practice

The current training of psychotherapists tends to focus on aspects related to learning theoretical models and acquiring different therapeutic techniques (Branson et al., 2018), without addressing issues such as self-reflective work, emotion management, and the development of interpersonal skills that help to understand patients' experiences (Bennett-Levy, 2019). These aspects are fundamental for the establishment of empathy and an effective therapeutic bond, which facilitate the success of psychotherapy (Webb et al., 2010). In this regard, the results of this RCT indicate that MCBI can be an interesting component of psychotherapists' training, due to its benefits for empathy, the acceptance of patients' situations, and better management of one's own and others' emotions (Cebolla et al., 2018; Macdonald & Muran, 2021). In this way, MCBI could help psychotherapists to relate in a healthy way to the patient's suffering, increasing the capacity for unconditional acceptance (Bibeau et al., 2020). It seems to be related to an increase in their empathy skills, which influences the establishment of an affective bond (Elliott et al., 2018) and improves the patients' symptomatology (Grepmaier et al., 2007).

In addition, this RCT highlights the importance of studying the role of personal work in psychotherapists' performance, examining both MCBI and other resources such as individual psychotherapy (Murphy et al., 2018; Shireen et al., 2022). Along these lines, several studies that applied individual psychotherapy to psychotherapists have concluded that it is valuable for their professional development (Bennett-Levy et

al., 2003; Rønnestad et al., 2016). With this in mind, including personal work through psychotherapy, self-reflection workshops, or meditation programs, such as MCBI, in psychotherapists' training would be especially interesting. These alternatives could be implemented through university training programs or personal development programs for practicing psychotherapists (Bennett-Levy, 2019).

Limitations and future lines of research

Some limitations of the current study are worth mentioning. In the first place, the sample of psychotherapists and patients consisted mainly of women, although this difference is representative in both professionals and people who attend psychotherapy. Second, the psychotherapists who participated in the RCT were not blind to the group to which they belonged. In addition, the selection of the patients who participated in the study was carried out by the psychotherapists, and it could only be controlled by the inclusion criteria indicated at the beginning of the investigation. Furthermore, there was great disparity in the number of patients submitted by each psychotherapist, with the participation of a single patient in some cases and four or five in others. We also found a discrepancy in the time the patients had been attending psychotherapy sessions because many of the patients had already been working with their psychotherapists for months, whereas others were at the beginning of the therapeutic relationship. Nevertheless, it is important to take into account the complex design of this type of research. Moreover, this RCT overcomes the main limitations of the studies carried out so far in this field of research (Garrote-Caparrós et al., 2021) by including an active control group and the simultaneous evaluation of psychotherapists and patients. One of the aspects to

highlight regarding the measures used is that the EUS-P presents moderate reliability for the sample in this study, which may be a limitation when interpreting the results. In addition, the scale used in this RCT to measure psychotherapeutic mindfulness skills is an adaptation by the authors of this article, and in future research it should be validated in psychotherapists. Regarding the results, there was a large amount of missing data at the follow-up evaluation due to the complexity of indirect communication with patients. Moreover, it was impossible to use the data obtained in the last group of psychotherapists and their patients for the follow-up evaluation, due to the temporal coincidence with the Covid-19 lockdown, which made the analysis of these data unfeasible. Finally, it is important to be cautious when generalizing the results of the MSEM because the sample size was suboptimal. Therefore, our model should be interpreted with caution due to its low power and considered a preliminary or exploratory proposal. Future studies should focus on recruiting larger samples that guarantee a high-power MSEM. Furthermore, with larger future sample sizes, longitudinal multilevel SEM techniques could provide richer evaluations (e.g., growth curve models or autoregressive models).

In conclusion, this RCT suggests that the acquisition of psychotherapeutic mindfulness skills through an MCBI would have a beneficial effect on therapists' empathy, which would improve the therapeutic bond and the patients' symptomatology. This study provides a new approach to understanding the benefits of MCBI for psychotherapy processes and outcomes. This is the main objective of this novel area of study, which can have important repercussions for psychotherapists' training and bring great benefits to people who attend psychotherapy in search of a substantial improvement in their lives.

Acknowledgements

CiberOBN is an initiative of the ISCIII. This work was partially supported by AMABLE-VR (RTI2018-097835-A-I00).

References

- Andrade-González, N. (2009). *El papel del terapeuta en la alianza terapéutica*. Trabajo presentado en la UNED, Guadalajara, España.
- Barrett-Lennard, G. T. (1978). The Relationship Inventory: Later developments and adaptations. *JSAS: Catalog of Selected Documents in Psychology*, 8, 1-55.
- Beckman, H. B., Wendland, M., Mooney, C., Krasner, M. S., Quill, T. E., Suchman, A. L., et al. (2012). The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Academic Medicine*, 87, 815–819.
- Bellosta-Batalla, M., Blanco-Gandía, M.C., Rodríguez-Arias, M., Cebolla, A., Pérez-Blasco, J., & Moya-Albiol, L. (2020). Increased salivary oxytocin and empathy in students of clinical and health psychology after a mindfulness and compassion-based intervention. *Mindfulness*, 11, 1006-1017.
<https://doi.org/10.1007/s12671-020-01316-7>
- Bellosta-Batalla, M., Garrote-Caparrós, E., Pérez-Blasco, J., Moya-Albiol, L., & Cebolla, A. (2019). Mindfulness, empatía y compasión: Evolución de la empatía a la compasión en el ámbito sanitario. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, 4(1), 47-57.
<http://doi.org/10.37536/RIECS.2019.4.S1.125>
- Bennett-Levy J. (2019). Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 62, 133–145.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.004>

- Bennett-Levy, J., Lee, N., Travers, K., Pohlman, S., & Hamernik, E. (2003). Cognitive therapy from the inside: Enhancing therapist skills through practising what we preach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*, 145–163.
<https://doi.org/10.1017/S1352465803002029>
- Bibeau, M., Dionne, F., Riera A., & Leblanc, J. (2020). The influence of compassion meditation on the psychotherapist's empathy and clinical practice: a phenomenological analysis. *Journal of Humanistic Psychology, 1-25*.
<http://doi.org/10.1177/0022167820953258>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Boellinghaus, I., Jones, F.W. & Hutton, J. (2014). The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. *Mindfulness, 5*, 129–138.
<https://doi.org/10.1007/s12671-012-0158-6>.
- Bohecker, L., & Horn, E. A. D. (2016). Increasing students' empathy and counseling self-efficacy through a mindfulness experiential small group. *Journal for specialists in group work, 41*, 312-333.
<http://doi.org/10.1080/01933922.2016.1232322>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory,*

Research & Practice, 16, 252–260.

<https://doi.org/10.1037/h0085885>

Branson, A., Myles, P., Mahdi, M., & Shafran, R. (2018). The relationship between competence and patient outcome with low-intensity cognitive behavioural interventions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 46*, 101–114.

<https://doi.org/10.1017/S1352465817000522>.

Cebolla, A., Galiana, L., Campos, D., Oliver, A., Soler, J., Demarzo, M., Baños, R. M., Feliu-Soler, A., & García-Campayo, J. (2018). How does mindfulness work? Exploring a theoretical model using samples of meditators and non-meditators. *Mindfulness, 9*, 860–870.

<https://doi.org/10.1007/s12671-017-0826-7>

Chan, S. H. W., Yu, C. K. C., and Li, A. W. O. (2021). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on counseling self-efficacy: A randomized controlled crossover trial. *Patient Education and Counseling, 104*, 360-368.

<http://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.022>

Coutinho, J. F., Silva, P. O., & Decety, J. (2014). Neurosciences, empathy, and healthy interpersonal relationships: Recent findings and implications for counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 61*, 541-548.

<https://doi.org/10.1037/cou0000021>

Corbella, S., & Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema, 16*, 702-705

Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcome. *Annual Review of*

- Clinical Psychology*, 15, 207-231.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Demarzo M., & Cardoso B. (2021) Mindfulness for the development of relational therapeutic skills for health professionals. In: Aristegui R., Garcia Campayo J., & Barriga P. (Eds) *Relational Mindfulness*. Springer, Cham (pp. 179–188).
https://doi.org/10.1007/978-3-030-57733-9_10
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605. <https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Duncan, L.G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M.T. (2009). A model of mindful parenting: Implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 12, 255-270. <http://doi.org/10.1007/s10567-009-0046-3>
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOI)*. Recuperado de <http://www.talkingcure.com/>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55, 399-410.
<http://doi.org/10.1037/pst0000175>.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Bianco, J. L., & Santomá, S. C. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116–125. <http://doi.org/10.1002/cpp.358>

- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*, 316-340. <http://doi.org/10.1037/pst0000172>.
- Garrote-Caparrós, E., Bellosta-Batalla, M., Moya-Albiol, L., & Cebolla, A. (2021). Effectiveness of mindfulness-based interventions on psychotherapy processes: a systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <http://doi.org/10.1002/cpp.2676>
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliot, R., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 380-384. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.380>
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*, 332-338. <http://doi.org/10.1159/000107560>
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin, 136*, 351–374. <http://doi.org/10.1037/a0018807>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223–233. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Horvath, A., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*, 9-16. <http://doi.org/10.1037/a0022186>.
- Hox, J. J. (2013). Multilevel Regression and Multilevel Structural Equation Modeling. *The Oxford Handbook of Quantitative*

- Methods in Psychology Volume 2 Statistical Analysis*, 2, 1–16.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199934898.013.0014>
- Ivanovic, M., Swift, J. K., Callahan, J. L., & Dunn, R. (2015). A multisite pre/post study of mindfulness training for therapists: The impact on session presence and effectiveness. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 29, 331-342.
<http://doi.org/10.1891/0889-8391.29.4.331>
- Johnson, D. A., & Walsh, A. (2021). Associations between specific mindfulness practices and in-session relational factors. *Journal of Counseling & Development*, 99, 372-383.
<https://doi.org/10.1002/jcad.12390>
- Macdonald, J., & Muran, C. J. (2021). The reactive therapist: The problem of interpersonal reactivity in psychological therapy and the potential for a mindfulness-based program focused on “mindfulness-in-relationship” skills for therapists. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(4), 452-467.
<https://doi.org/10.1037/int0000200>
- McCaffrey, S., Reitman, D., & Black, R. (2017). Mindfulness in Parenting Questionnaire (MIPQ): Development and validation of a measure of mindful parenting. *Mindfulness*, 8, 232-246.
<http://doi.org/10.1007/s12671-016-0596-7>
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gøtzsche, P. C., Devereaux, P. J., Elbourne, D., Egger, M., & Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *BMJ*, 340, c869. <https://doi.org/10.1136/bmj.c869>
- Murphy, D., Irfan, N., Barnett, H., Castledine, E., & Enescu, L. (2018). A systematic review and meta-synthesis of qualitative

- research into mandatory personal psychotherapy during training. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18, 199–214.
<https://doi.org/10.1002/capr.12162>.
- Muthén, B. O. (2017). *Mplus Technical Appendices*. Muthén & Muthén. www.statmodel.com
- Muthén, B. O., & Asparouhov, T. (2011). Beyond multilevel regression modeling: multilevel analysis in a general latent variable framework. In J. Hox & J. K. Roberts (Eds.), *The Handbook of Advanced Multilevel Analysis* (15–66). Taylor & Francis Group.
- Myers, S. A. (2000). Empathic listening: Reports on the experience of being heard. *Journal of Humanistic Psychology*, 40, 148–173.
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28, 593–605.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55, 303-315.
<http://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2003). Process and outcome in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307–389). New York: Wiley.
- Pereira, J. A., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2017) The Role of Practitioner Resilience and Mindfulness in Effective Practice: A Practice-Based Feasibility Study. *Administration and Policy in*

- Mental Health and Mental Health Services Research*, 44, 691–704. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0747-0>
- Preacher, K. J., Zyphur, M. J., & Zhang, Z. (2010). A general multilevel SEM framework for assessing multilevel mediation. *Psychological Methods*, 15, 209–233. <https://doi.org/10.1037/a0020141>
- Rønnestad, M. H., Orlinsky, D. E., & Wiseman, H. (2016). Professional development and personal therapy. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim. *Handbook of clinical psychology*, 5, 223–235. Washington, DC: APA.
- Ruipérez, M. A., Ibanez, M. I., Lorente, E., Moro, M., & Ortet, G. (2001). Psychometric properties of the spanish version of the BSI: Contributions to the relationship between personality and psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 241–250. <http://doi.org/10.1027//1015-5759.17.3.241>
- Shireen, H., Siemers, N., Dor-Ziderman, Y., Knäuper, B., & Moodley, R. (2022). Treating others as we treat ourselves: A qualitative study of the influence of psychotherapists' mindfulness meditation practice on their psychotherapeutic work. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02565-y>
- Stone, M., Friedlander, M. L., & Moeyaert, M. (2018). Illustrating novel techniques for analyzing single-case experiments: Effects of pre-session mindfulness practice. *Journal of Counseling Psychology*, 65(6), 690-702. <http://doi.org/10.1037/cou0000291>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Dunn, R., Brecht, K., & Ivanovic, M. (2017). A randomized-controlled crossover trial of mindfulness for student psychotherapists. *Training and Education in*

Professional Psychology, 11, 235-242.

<http://doi.org/10.1037/tep0000154>

Tatum, A., & Vera, E. (2020). An examination of perceived therapeutic bond as a mediator of psychological outcomes.

Journal of College Counseling, 23, 128-141.

<http://doi.org/10.1002/jocc.12154>

Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research, 24, 286-298*, <http://doi.org/10.1080/10503307.2013.802823>

Webb, C. A., DeRebeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78, 200-211*. <http://doi.org/10.1037/a0018912>.su



Elena Garrote Caparrós

Psicología Clínica y de la Salud