



VNIVERSITAT D VALÈNCIA

**Aplicación de la terapia cognitiva basada en
mindfulness y compasión a personas en duelo**

Facultad de Psicología

Departamento de Psicobiología

Tesis doctoral presentada por Rafael Gil Sánchez

Director de tesis: Dr. Vicente Simón Pérez

Valencia, febrero de 2016



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

PROF. DR. D. Vicente Simón Pérez, Catedrático del Departamento de Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Universitat de València,

CERTIFICA que D. Rafael Gil Sánchez ha realizado bajo mi dirección el presente trabajo titulado: “Aplicación de la terapia cognitiva basada en *mindfulness* y compasión a personas en duelo”, y reúne, en mi criterio, los requisitos y méritos suficientes para optar, mediante el mismo, al grado de Doctor en Psicología por la Universitat de València.

Fdo.: Dr. Vicente Simón

A Fernando Dualde, mi amigo

Índice

Agradecimientos	7
Introducción	9
Parte I: Aproximación teórica a <i>mindfulness</i> y compasión	13
1. Concepto de <i>mindfulness</i>	13
2. Beneficios de la práctica de <i>mindfulness</i>	17
3. Evaluación y diagnóstico de <i>mindfulness</i>	28
4. Programas de intervención y terapias basadas en <i>mindfulness</i>	32
5. Compasión	45
Parte II: Aproximación teórica al duelo	65
1. Introducción	65
2. Teorías explicativas del duelo	67
3. Teorías descriptivas del duelo: etapas o fases del duelo	71
4. Evaluación y diagnóstico	80
5. Duelo normal y duelo complicado	84
6. Intervención en duelo	87
Parte III: <i>Mindfulness</i>, compasión y duelo	97

Parte IV: Investigación	105
1. Objetivos e hipótesis	105
2. Método	109
3. Descripción de la muestra	119
4. Adherencia al tratamiento	122
5. Resultados	124
6. Conclusiones	160
7. Discusión	164
8. Limitaciones	172
Referencias bibliográficas	175
Anexos	219

Son muchas las personas que me han ayudado a llevar a término este proyecto que está a punto de concluir. Aunque, más que concluir, espero que entre en una nueva etapa, tan apasionante como la que acaba de terminar con la presentación de esta tesis.

Tuve la suerte de conocer al profesor Vicente Simón en un momento crucial de mi vida. Quería retomar mis estudios y buscaba una oportunidad para hacerlo. Desde la primera conversación que mantuve con él, supe que algo en mi vida iba a cambiar. Vicente no solo escuchó con interés mis inquietudes sobre la neurociencia, sino que supo tutelarme desde el comienzo y darles un camino adecuado. Me presentó a la profesora Alicia Salvador para que el departamento de Psicobiología de la Universitat de València diera el visto bueno a lo que entonces solo era una idea. A ella también quisiera mostrarle mi más sincero agradecimiento y respeto.

Tras aquellos primeros contactos y, después de casi 15 años fuera de la Universitat, me reincorporé a mis estudios con la misma ilusión que un chico de 18 años. Asistía a los cursos de doctorado y, a la vez, a unas sesiones sobre *mindfulness* que dirigía el profesor Simón. En este punto he de ser franco y reconocer que, como muchos, entré en ese mundo con cierto escepticismo. Pero la constancia y sabiduría de Vicente (y ver los cambios que en mí mismo se estaban produciendo) hicieron que quedara atrapado en las enseñanzas *mindfulness*.

No quisiera olvidar en este punto a la profesora Pilar Barreto y sus interesantes aportaciones sobre el duelo y a Jutta Röttger y a su padre por su labor de mecenazgo durante todos estos años.

Helen Blundell y Pilar Martínez, por su parte, han revisado este trabajo. Su visión crítica me ha sido de gran ayuda. Gracias por vuestra ilusión y dedicación.

Me dejo para el final la ayuda más importante que he recibido: mi familia. A mis padres Rafael y Toñi por darme la vida; a mi hermano José Manuel por compartirla; a mis hijos, Lucas y Álvaro, por ser cada día mis pequeños maestros; y, cómo no, a Ethel por ser la persona que le da sentido.

Introducción

El duelo es una experiencia humana y universal. Desde la Psicología se ha tratado de formular teorías que expliquen sus características más relevantes y se ha intentado dar respuestas a su fenomenología. Creemos que existe una laguna en los programas de intervención que se utilizan en personas que están en duelo. Los enfoques de intervención en duelo siempre tienen dos vertientes, una para aquellas personas que están atravesando un duelo normal y otra más específica, para personas que presentan un duelo complicado; donde este no se resuelve con la misma naturalidad que un duelo normal y se prolonga en el tiempo.

Las intervenciones psicológicas para duelo normal se centran en el acompañamiento a los dolientes y es lo que se conoce en la terminología anglosajona como “*counselling*”. En el caso de duelo complicado las intervenciones son más específicas y su uso se circunscribe mayoritariamente a las terapias cognitivo-conductuales.

Al revisar la literatura científica, esta nos aporta conocimientos para saber qué tipo de intervenciones son favorables y cuáles desfavorables al respecto. Los resultados de intervención psicológica para personas en duelo normal son desaconsejables según Polak y cols. (1973, 1975); Williams y cols. (1976, 1979); Barret (1978); Stroebe (1983); Sabatini (1988); Walls y cols. (1988); Zautra (1989) Yalom (1990); Lund y cols. (1992); Raphael y cols. (2001); Schut y cols. (2001); Jordan y Neimeyer (2003); Shut y Stroebe (2006); Flenady y Wilson (2009); y Wittouck y cols. (2011) y solo presentan validez para personas que están en situación de duelo complicado: Raphael (1977); Mawson y cols. (1981); Videka-Sherman y Lieberman (1985); Brom y cols. (1986); Sireling y cols. (1988); Kleber y cols. (1992); Caserta y Lund (1992); Rynearson (1995); Schut y cols. (1996); Allumbaugh y cols. (1999); Raphael y cols. (1999); Vont Fortner (1999); Kato y Mann (1999); Shear y cols. (2005); y Currier, Neimeyer y Berman (2010). Sin embargo, existe una excepción: la intervención temprana en niños que se ven expuestos a una situación de duelo (Currier, Holland y Neimeyer, 2007).

El duelo es una experiencia crítica a la que nos enfrentamos todas las personas en algún momento de nuestra vida y, como todas las crisis, encierra un peligro, pero también una oportunidad de cambio positivo. Por ello, la intervención no tiene porqué ser solamente clínica, ni enfocada exclusivamente al riesgo; puede ser preventiva y optimizadora de manera que aporte herramientas que favorezcan el cultivo y desarrollo de habilidades para manejar las emociones y asumir la responsabilidad del cuidado personal. Este es un reto al que se enfrentan los profesionales en el ámbito del duelo.

En relación con esto, en los últimos años se están llevando a cabo numerosas investigaciones y programas cuyo elemento común es *mindfulness*. Las aplicaciones de *mindfulness* o “conciencia plena”, como se sabe, son muy numerosas; se emplea tanto en personas con problemas psicológicos como en sujetos sanos que quieren gozar de una mejor salud mental.

Esta corriente de uso de programas de habilidades en *mindfulness* no solamente se ha enmarcado dentro de la terapia cognitivo-conductual, “terapias de tercera generación”, sino que también se han incluido en otras terapias como la terapia sistémica o el psicoanálisis. Estos programas presentan un enfoque grupal. El primero de ellos es el MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*), desarrollado en los años ochenta por Jon Kabat-Zinn. A partir del MBSR han ido surgiendo numerosos programas que se distinguen, sobre todo, por la población a la que van dirigidos (cáncer, trastornos de la alimentación, hiperactividad, fibromialgia, etc.). Entre ellos, destaca el MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*), ideado para prevenir recaídas en personas con depresión.

Recientemente, otro grupo de investigadores está trabajando en una línea paralela que emplea también *mindfulness* como elemento vertebrador, pero que se articula alrededor de la compasión: compasión hacia uno mismo, ligada al autocuidado; humanidad compartida y *mindfulness*. Este programa será publicado recientemente y es conocido como el “MSC” (*Mindful Self-Compassion*).

El desarrollo de la compasión tiene, pues, sentido como herramienta de autorregulación y como método para incrementar el bienestar y las cualidades mentales positivas. Desde este punto de vista, resulta comprensible que en la actualidad se estén desarrollando protocolos prácticos para desarrollar la compasión, que veremos en apartados posteriores. Estas prácticas reciben el nombre de “prácticas generativas” y constituyen un tipo de ejercicios ligeramente diferentes a las tradicionales prácticas contemplativas. Constituyen un complemento importante a la “atención focalizada” y a la “meditación de campo abierto”, que eran, hasta ahora, las dos formas principales de practicar *mindfulness* (Simón, 2014).

En nuestra investigación “Efecto de un programa de intervención basado en *mindfulness* y compasión para personas en duelo” hemos aglutinado las tareas que se utilizan en estos programas para aplicarlo a personas en proceso de duelo. Una revisión sistemática de la literatura para el duelo muestra que no son muy numerosas las investigaciones que apuesten por el uso de elementos de *mindfulness* y compasión. Los buenos resultados alcanzados por otros programas similares en problemáticas distintas, fueron determinantes en su elección.

Es posible que las personas en duelo pudiesen salir más beneficiadas con la aplicación del programa MBCT (centrado en la depresión), aunque como posteriormente se abordará en la parte teórica, no es lo mismo un proceso de duelo que una depresión. Teniendo claro el programa a utilizar, pensamos que la corriente de investigación en compasión podría sernos de utilidad para esta población específica, ya que las personas en proceso de duelo suelen estar muy centradas en su dolor por la pérdida. Por ello, consideramos que la utilización de técnicas *mindfulness* basadas en la “compasión”, pueden serles de gran ayuda. Nuestra intención ha sido elaborar un programa que contenga las dos líneas de investigación antes citadas y ponerlo a prueba en un grupo de personas en duelo.

Este trabajo está estructurado en cuatro partes bien diferenciadas: en la primera de ellas se hace una aproximación teórica a *mindfulness* y la compasión donde se incluyen tanto los aspectos conceptuales, beneficios

de su práctica, evaluación de las escalas de medida y programas de intervención más significativos. En la segunda parte (y de forma paralela) se realiza una puesta al día del duelo y se explican las distintas teorías y modelos que permiten comprenderlo. A continuación se abordan los cuestionarios de evaluación y diagnóstico del duelo, dejando para el final los programas de intervención y las terapias más habituales que se utilizan en el área. La tercera parte es un capítulo breve, pero no por ello menos importante, titulado “*Mindfulness*, compasión y duelo”. En él se revisa la literatura científica que relaciona *mindfulness* y compasión con el duelo. La parte cuarta y final está dedicada a la investigación. En ella detallamos los objetivos, hipótesis, método, descripción de la muestra, resultados, conclusiones y discusión final.

En esta introducción no enumeraremos las conclusiones ni los resultados de nuestro trabajo, para ello existe un capítulo específico, pero sí adelantaremos que los resultados son esperanzadores, lo que podría permitirnos en un futuro validar el programa y, con ello, ponerlo en práctica para que las personas que están inmersas en un proceso de duelo, normal o complicado, puedan beneficiarse.

En cualquier caso, hemos querido tener una aproximación diferente hacia la experiencia vital del duelo. En este nuevo planteamiento le damos una mayor normalidad al proceso e intentamos que la forma de abordarlo sea más “consciente”. Para ello hemos utilizado las técnicas de habilidades en *mindfulness* y compasión. Finalmente, nos gustaría que este tipo de programas que son de fácil aplicación y bajo coste, puedan utilizarse tanto en un entorno clínico como no clínico con una finalidad más educativa y menos terapéutica.

PARTE I: Aproximación teórica a *mindfulness* y compasión

1. Concepto de *mindfulness*

Mindfulness es una forma sencilla de relacionarse positivamente con las experiencias vitales. Es un proceso psicológico que nos permite cambiar nuestra forma de responder ante las dificultades, sean de la índole que sean: desde problemas cotidianos a trastornos psicológicos tales como la ideación suicida (Linehan, 2003), la depresión crónica (Segal, Williams y Teasdale, 2006) o las alucinaciones psicóticas (Bach y Hayes, 2002).

Mindfulness no es algo que los investigadores hayan inventado recientemente sino que forma parte de la experiencia humana; simplemente por el hecho de estar vivo, disponemos de la capacidad de experimentarlo.

Aunque no solemos estar en estado de *mindfulness* durante mucho tiempo a lo largo del día, sí somos capaces de mantener la atención de una forma sostenida durante pequeños periodos de tiempo. Esa capacidad de mantener la atención de forma consciente y sostenida en el tiempo, momento a momento, es la que define el llamado “constructo *mindfulness*”.

En cuanto al origen del término, “*mindfulness*” es la traducción inglesa de la palabra “sati”, que significa en la lengua pali “conciencia”, atención y recuerdo. En la actualidad, *mindfulness* se define de diversas formas. Según Thich Nhat Hanh (1975) significa “mantener la conciencia habitando la realidad presente”. Thera (1962), por su parte, habla del *mindfulness* como

“la clara y resuelta conciencia de lo que en realidad nos ocurre, a nosotros y en nosotros, en los momentos sucesivos de la percepción”.

Desde una perspectiva más cognitivista y menos teórica, Langer (1989a) lo define como “un proceso cognitivo que emplea la creación de nuevas categorías, la apertura a nueva información y la conciencia desde más de una perspectiva”. Ya en 1990 Kabat-Zinn definió *mindfulness* de la siguiente forma: “Llevar la atención a las experiencias que se están viviendo en el momento presente, de un modo particular, aceptándolas y sin juzgar”. En 2003 Brown y Ryan concluyeron que *mindfulness* es inherente a la capacidad natural de un estado de conciencia que implica atención abierta y receptiva hacia la experiencia y los eventos en curso. En ese mismo año Baer apuntó que *mindfulness* es “la observación no enjuiciadora de la corriente en curso de estímulos internos y externos tal como surgen”. Más tarde, Germer (2005a) habló de él como la “conciencia, momento a momento, de la experiencia presente y con aceptación” y, por último, Cardaciotto y cols. (2008) dijeron que era “la tendencia a ser altamente conscientes de las experiencias internas y externas en el contexto de una postura de aceptación y no enjuiciamiento de esas experiencias”.

En 2004, el grupo de investigadores liderado por Bishop publicó otra propuesta de definición de *mindfulness*. En su modelo presentaban dos componentes fundamentales: autorregulación de la atención hacia el momento presente y actitud de curiosidad, apertura y aceptación de la experiencia.

Más recientemente (Siegel, 2007) coincide con Bishop en tres características de su modelo (curiosidad, apertura y aceptación) y añade una cuarta: el amor.

En cuanto a la traducción más habitual y estandarizada, esta sería “atención plena” o “conciencia plena” y es así como se la conoce en el ámbito académico.

A veces *mindfulness* es más fácil de entender si se analiza su opuesto. Así, si observamos nuestro estado mental, nos daremos cuenta de que habitualmente es inconsciente. Pasamos la mayor parte del tiempo ensimismados, anclados en el pasado o fantaseando con el futuro. Casi siempre operamos en “piloto automático”, de manera que nuestra mente está en un sitio y nuestro cuerpo en otro completamente diferente.

La parte más importante o núcleo del *mindfulness* es la práctica de la meditación. Se trata de observar qué predomina en nuestra conciencia momento a momento. La intención es explorar la experiencia como es en realidad, es decir, en constante cambio. Por ello, la práctica de *mindfulness* cultiva el *insight* (o introspección) en la naturaleza de nuestros condicionamientos. Este concepto es lo que diferencia la meditación *mindfulness* de otro tipo de meditaciones.

En cuanto a su práctica, requiere de meditaciones guiadas e instruidas para familiarizarse con la herramienta. De hecho, practicar *mindfulness* precisa de un componente concentrativo, ya que no solamente se trata de observar la naturaleza de la mente y sus condicionamientos, sino de mantener ese estado de atención el mayor tiempo posible. Al respecto, Cahn y Polish (2006) sugieren que, aunque existan dos formas de meditación, una más concentrativa y otra más observacional, en la práctica estos dos elementos se solapan.

Por otra parte, los científicos cognitivos modernos distinguen entre el procesamiento de la información de abajo a arriba y de arriba abajo (Eysenck y Keane, 2000). *Mindfulness* busca centrar la atención directamente en el flujo de datos sensoriales que se introducen en la experiencia a través de cada una de las puertas sensoriales: formas visuales, sonidos, olores, sabores y sensaciones corporales; y de los pensamientos e imágenes que surgen en la mente.

Todas las formas de meditación refuerzan y dirigen nuestra atención por medio del ejercicio de tres habilidades básicas. Estas habilidades o procesos mentales principales serían: conciencia focalizada en un solo punto

(concentración), conciencia de campo abierto (*mindfulness*) y bondad amorosa o compasión (Salzberg, 2011).

Antes de finalizar este apartado vamos a tratar de clarificar cierta controversia que lleva implícita la definición de *mindfulness*. Algunos autores abogan por definir el término “modo” o “estado” para referirse a la manera en que se hace una cosa, de forma que identifican *mindfulness* con un proceso psicológico y una habilidad que puede ser desarrollada con la práctica (Bishop y cols., 2004).

Por otra parte, Brown y Ryan (2004) prefieren hablar de “rasgo” como la capacidad de habitar y permanecer con una mayor frecuencia en un estado de conciencia en el presente. En cualquier caso, ambos grupos de investigadores recogen la posibilidad de que *mindfulness* pueda ser cultivado a través de las distintas prácticas de meditación.

Desde una perspectiva psicológica, filosófica e histórica está extendida la idea de que la naturaleza de *mindfulness* está arraigada a las capacidades fundamentales de la conciencia, es decir, a la atención y a la (meta) conciencia.

Así, la naturaleza fenomenológica de *mindfulness* resulta familiar para las escuelas de pensamiento filosófico y psicológico occidentales. La fenomenología, en particular la Escuela Husserliana (Husserl, 1999), cuenta con literatura relevante que nos permite comprender la naturaleza *mindfulness*. De hecho, tanto la psicología budista como la fenomenología convergen en su interés por descubrir el funcionamiento de la mente a través de la experiencia en primera persona, concretamente a través de la observación atenta de nuestras experiencias sensoriales y subjetivas (Dreyfus y Thompson, 2007).

Por su parte, la fenomenología, y más recientemente la ciencia cognitiva, proponen dos modos primarios de procesamiento consciente: la actitud natural, que es el modo de procesamiento por defecto (donde lo que llega a la conciencia a través de los sentidos o de la mente se experimenta

subjetivamente como impresión sensorial, imagen, sentimiento, etc.), y la actitud fenomenológica (donde nuestra atención se orienta hacia la realidad simplemente como aparece o se nos presenta, es decir, como un simple flujo de fenómenos o impresiones). Husserl denominó la manera de practicarlo “reducción fenomenológica”, que no significa ni sustituir ni eliminar nuestras operaciones cognitivas típicas de la realidad, sino tomar distancia de la manera habitual en la que las procesamos para recibir las experiencias tal y como se nos manifiestan.

Si bien la capacidad de tener presencia mental es inherente a los seres humanos, esta experiencia puede variar considerablemente: desde elevados estados de claridad y sensibilidad a niveles bajos, como sucede en hábitos automáticos e inconscientes de los pensamientos y las acciones (Wallace, 1999). Esto sugiere que cada individuo utiliza estas capacidades de forma distinta de acuerdo con sus inclinaciones personales, su disciplina y su capacidad de atención plena.

2. Beneficios de la práctica de *mindfulness*

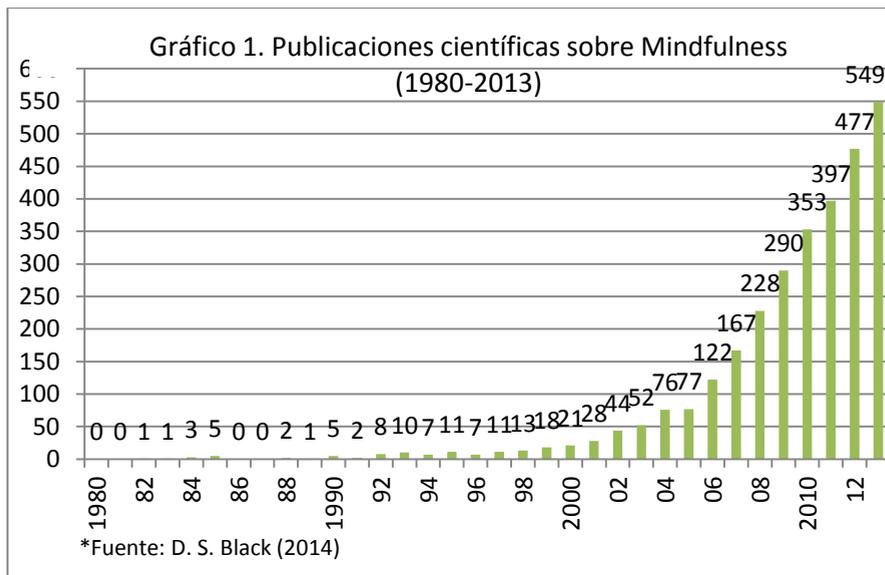
Son muchos y diversos los beneficios asociados a la práctica de *mindfulness*. En este apartado se abordarán, en primer lugar, los beneficios que se obtienen de su práctica en la población en general y, en segundo, los relacionados con su uso en la población clínica. En general, de la práctica de *mindfulness* se obtienen beneficios físicos, emocionales, sociales, de autocontrol, de función cerebral y de productividad.

A escala física, *mindfulness* mejora el sistema inmunológico (Davidson y cols., 2003; Pace y cols., 2009), y reduce el dolor (Zeidan y cols., 2011) y la inflamación celular (Rosenkranz y cols., 2013; Creswell y cols., 2012; y Malarkey y cols., 2013); a escala emocional, aumenta las emociones positivas (Davidson y cols., 2003; y Fredrickson y cols., 2008), y disminuye la depresión (Ramel y cols., 2004), la ansiedad (Arias y cols., 2006; y Miller y cols., 1995) y el estrés (Shapiro y cols., 2005; y Speca y cols., 2000);

socialmente, incrementa el sentido de conexión con los demás, la inteligencia emocional (Fredrickson y cols., 2008; y Hutcherson y cols., 2008), la compasión (Jazaieri y cols., 2013; Weng y cols., 2013; y Condon y cols., 2013) y sentirte menos solo (Creswell y cols., 2012); en cuanto al autocontrol, mejora la capacidad para manejar las emociones (Jazaieri y cols., 2013) y la introspección (Sze y cols., 2010); a escala cerebral, aumenta la cantidad de materia gris (Luders y cols., 2009), el volumen de materia gris en áreas relacionadas con la regulación de las emociones y el autocontrol (Luders y cols., 2009; y Davidson y cols., 2003), y el grosor cortical en áreas relacionadas con la atención (Lazar y cols., 2005); en la productividad, aumenta la atención (Jha y cols., 2007; Slagter y cols., 2007; y Zeidan y cols., 2010), mejora la capacidad de realizar múltiples tareas (Luders y cols., 2009; y Levy y cols., 2012), la memoria (Zeidan y cols., 2010) y la capacidad de ser creativo (Mooneyham y Schooler, 2013).

En la actualidad también se han realizado revisiones sobre los resultados clínicos de diversas intervenciones que utilizan la meditación o habilidades *mindfulness*. Entre todas ellas destacan las de Bishop (2002); Baer, Dimidjian y Linehan (2003); Grossman y cols. (2004); Salmon y cols. (2004); Pérez y Botella (2007); y Toneatto y Nguyen (2007). La mayor parte concluye que aquellas intervenciones basadas en *mindfulness* tienen efectos beneficiosos en una gran variedad de desórdenes psicológicos. Sin embargo, son necesarias más investigaciones que confirmen y amplíen los hallazgos.

A pesar de que algunos estudios realizados hasta la fecha presentan limitaciones metodológicas (carencia de un grupo control adecuado, reducido tamaño de la muestra o inadecuada evaluación del tratamiento), en los últimos años las investigaciones sobre la materia son cada vez más rigurosas. El número de publicaciones ha aumentado de forma exponencial, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.



A continuación se enumeran las diversas aplicaciones clínicas centradas en *mindfulness* y los resultados de estos estudios:

2.1. Ansiedad

Dentro de los tratamientos cognitivos conductuales para los trastornos de ansiedad basados en *mindfulness* destacan los utilizados para la ansiedad generalizada (Roemer y Orsillo, 2002, 2007), el trastorno de pánico (Karekla y Forsyth, 2004; Germer, 2005c), el Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) (Linehan, 1993a; Robins, 2002; Orsillo y Batten, 2005), el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) (Schwartz, 1996; Singh y cols., 2004; Fairfax, 2008) y la fobia social (Block y Wulfert, 2000).

Recientemente Khoury y cols. (2013) han revisado 209 estudios en los que se valoraba los trastornos de ansiedad y concluyen que el uso de los programas de terapia cognitiva basados en *mindfulness* son especialmente efectivos para reducir la ansiedad, el estrés y la depresión.

2.2. Depresión

La terapia cognitiva centrada en *mindfulness* para el tratamiento de la depresión crónica (MBCT) ha demostrado ser eficaz en aquellas personas que sufren más de dos recaídas. Segal, Teasdale y Williams (2002) publicaron un manual de aplicación del tratamiento (“Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena”). Además, se ha constatado que este tratamiento reduce la tendencia a sobre-generalizar determinados recuerdos en personas deprimidas (Williams, Teasdale, Segal y Soulsby, 2000) y mejora la prevención de suicidios (Williams y cols., 2006). Por último, es interesante mencionar los trabajos de Kumar y cols. (2008) en cuanto al descenso de la evitación, la rumiación y otros síntomas depresivos al aplicar un tratamiento inspirado en la MBCT a un grupo de personas con depresión.

Recientemente Galante y cols. (2012), en una revisión de 11 estudios en los que se aplicaba la MBCT, han señalado la utilidad de esta intervención en personas que han sufrido tres o más episodios depresivos.

2.3. Trastorno límite de personalidad

La utilidad de la terapia dialéctico-comportamental (DBT) para el Trastorno Límite de Personalidad ha sido ampliamente demostrada en lo que se refiere a la siguientes variables: la frecuencia y el riesgo médico de las conductas parasuicidas, el número de comportamientos autolesivos, el número de hospitalizaciones, el uso de urgencias, las conductas impulsivas, la ira, la hostilidad física y verbal, la ideación suicida, la desesperanza, la depresión, etc. (Linehan y cols., 1991, 1993, 1994, 1999, 2002, 2006; Koons y cols., 2001; Swenson y cols., 2002; Telch y cols., 2001; Verheul y cols., 2003; Van de Bosch y cols., 2005; y Kröger y cols., 2006).

2.4. Trastornos alimentarios

Para el estudio de los trastornos de la alimentación se han empleado cuatro enfoques terapéuticos innovadores basados en *mindfulness* y la teoría cognitiva-conductual tradicional: la terapia dialéctico-conductual (DBT) (Linehan, 1993a), la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes y cols., 1999), la terapia cognitiva basada en *mindfulness* (MBCT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002; Baer, Fisher y Huss, 2005) y la práctica de una alimentación consciente basada en *mindfulness* (MB-EAT) (Kristeller, Baer y Quillian-Wolever, 2006; Kristeller y Hallet, 1999; y Kristeller y Wolever, 2011).

Los resultados son prometedores para todos los programas, aunque destaca el MB-EAT, que ha sido becado por los institutos de salud nacionales (NIH) de Estados Unidos.

Recientemente Woolhouse y cols. (2012) han observado una mejoría en la sintomatología de los pacientes que presentaban bulimia, anorexia nerviosa, y trastorno por atracón.

2.5. Conductas adictivas

Marlatt (2005) es uno de los pioneros en este campo y ha creado un programa de prevención de recaídas basado en *mindfulness* que muestra resultados positivos (Marlatt, 2005; Marlatt, Pagano, Rose, Marques, 1984; Witkiewitz, Marlatt y Walker, 2005; y Chawla, Bowen y Marlatt, 2010).

En concreto, el MBSR se ha utilizado en el tabaquismo y ha conseguido mejorar los síntomas de la abstinencia, el estrés y el malestar afectivo (Davis y cols., 2007).

Por su parte, Chiesa y cols. (2013), en una revisión de 24 estudios en los que se utilizaban programas de habilidades en *mindfulness*, han observado

que se producía una reducción en el consumo de sustancias tóxicas: alcohol, anfetaminas, cocaína, marihuana, cigarrillos y opiáceos.

2.6. Hiperactividad y déficit de atención

El programa MAPs para el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDHA) ha sido desarrollado por los doctores Zylowska y cols. (2008). Se trata de una adaptación del MBSR y el MBCT que ha obtenido buenos resultados para la variable de atención, además de promover una mayor autocompasión y de que permite al paciente reconocer las dificultades de la vida como parte de la “condición humana” (Leary, Tate, Adams, Allen y Hancock, 2007a). En general, la práctica de la conciencia plena es un enfoque valioso en un tratamiento completo del TDAH.

2.7. Psicosis

Se han implementado también estrategias basadas en *mindfulness* para el tratamientos de pacientes psicóticos (Chadwick, 2006; García Montes y cols., 2004). Así, Chadwick ha observado que es eficaz a la hora de manejar “las voces” en este tipo de pacientes.

En España el grupo de Lannger y cols. (2012), en un estudio con pacientes afectados de psicosis, han observado reducciones de la sintomatología, así como una mayor aceptación y tolerancia a la enfermedad.

2.8. Dolor crónico

Como se ha dicho anteriormente, los primeros estudios sobre los efectos del programa MBSR se dedicaron al tratamiento del dolor crónico (Kabatt-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipwoth y Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipwoth y

Burney y Sellers, 1987; y Randolph y cols., 1999). Los resultados de estos estudios mostraron mejoras significativas en los niveles de dolor, en la interferencia del dolor con la vida diaria y en los síntomas médicos y psicológicos de los enfermos.

Por su parte, Pradham y cols. (2007) obtuvieron mejoras significativas en el malestar psicológico de este tipo de pacientes, aunque no consiguieron que se produjeran cambios significativos en los parámetros de la enfermedad ni en el dolor. También Morone y cols. (2008a) destacaron en su estudio sobre los efectos de la aplicación del MBSR que los pacientes desarrollaban una aceptación mejor de sus límites, una mayor actividad y una mejor función física. Asimismo, diversos estudios en los que participaban adolescentes con dolor crónico músculo-esquelético idiopático señalaron mejoras en la habilidad funcional, la intensidad e interferencia del dolor, el número de días con síntomas de enfermedad y el uso de medicamentos (Dahl y cols., 2004; y Wicksell y cols., 2007).

Un nuevo programa creado recientemente, *Mindfulness-Based Chronic Pain Management* (MBCPM), también ha obtenido buenos resultados gracias a la reducción de la intensidad del dolor y los pensamientos rumitativos (Gardner-Nix y cols., 2008).

Recientemente Reiner y cols. (2013), en una revisión de 16 estudios, han observado una reducción significativa en la intensidad del dolor.

2.9. Fibromialgia

Existen diversos estudios sobre la eficacia del programa MBSR en personas que padecen fibromialgia. Kaplan, Goldenberg y Galván-Nadeau (1993) encontraron mejorías en relación con el dolor, la calidad del sueño, el impacto de la enfermedad y otros síntomas.

En la misma línea, otras investigaciones han puesto de manifiesto que los pacientes tratados percibían la vida de modo más “manejable” y llena de sentido (Weissbecker, Salmon, Studts, Floyd, Dedert y Sephton, 2002).

En España, Parra (2011) ha estudiado la eficacia de un programa en habilidades *mindfulness* en una población de pacientes con fibromialgia y ha observado una mejora del impacto de la enfermedad, así como, una reducción de los niveles de depresión, ansiedad y percepción de la salud mental.

2.10. Cáncer

El programa MBSR se ha utilizado en pacientes con enfermedades oncológicas. Entre sus resultados se cuentan la mejora de su estado de ánimo, el alivio de los síntomas de estrés ocasionado por la enfermedad, y un aumento de la calidad de vida y del sueño (Specia y cols. 2000; y Carlson y cols., 2001, 2004, 2005).

Asimismo, un estudio realizado con enfermos de cáncer de mama y próstata (Carlson, Specia, Patel y Faris, 2007) señaló una mejoría de síntomas de estrés, calidad de vida y reducción de los niveles de cortisol.

2.11. Tercera edad

La práctica de *mindfulness* ofrece un alivio para las múltiples pérdidas que implica envejecer. Así, se han encontrado beneficios tanto en ancianos como en sus cuidadores (McBee, 2003, 2008; McBee, Westreich y Likourezos, 2004; y Smith, 2004, 2006).

Existen también diversos estudios que indican resultados positivos tras la práctica de *mindfulness* en cuidadores formales e informales de poblaciones múltiples con trastornos crónicos y de final de la vida (Bruce y

Davis, 2005; Minor, Carlson, Mackenzie, Zernicke, 2006; y Schenström, Rönnerberg, y Bodlund, 2006).

2.12. Otras aplicaciones

Se han desarrollado otras muchas aplicaciones de *mindfulness* y sus terapias afines con resultados satisfactorios. En España, por ejemplo, el grupo de Franco y cols. (2010, 2011) está investigando en diferentes áreas que abarcan desde el *burnout* hasta la enfermedad de Alzheimer.

Cada vez el abanico de posibilidades donde se intenta implementar los programas de habilidades en *mindfulness* es más grande y abarca áreas de investigación: colon irritable (Zernicke y cols., 2012), estrés postraumático (Lang y cols., 2012), autismo (Sequeira y cols., 2012) o asma (Pbert y cols., 2012).

Vamos a incluir en este apartado las contribuciones más importantes en el campo de la neurobiología, haciendo especial hincapié en los hallazgos descubiertos con las técnicas de neuroimagen.

Cuando se practica *mindfulness* nos damos cuenta de la naturaleza de la mente: cómo es, cómo se comporta, qué hace, etc. La mente siempre está operativa, conectada; es su naturaleza errante. Cuando los investigadores, utilizando los escáneres cerebrales, intentan analizar los diferentes estados de la mente mientras los sujetos practican *mindfulness*, les resulta muy difícil relacionar qué parte de la práctica está relacionada con determinadas activaciones de zonas cerebrales.

Los primeros trabajos llevados a cabo que utilizaban escáneres cerebrales datan de la década de los 60. Las técnicas de electroencefalografía sirven para analizar o medir los cambios en la actividad cerebral durante la práctica de *mindfulness*. Aunque los resultados no son muy consistentes (probablemente debido a la gran variedad de técnicas de *mindfulness* utilizadas), es interesante observar cómo su práctica está asociada a un

aumento de ondas alfa y beta 1 (Dunn, Hartigan y Mikulas, 1999). Más recientemente Lutz y cols. (2004) concluyeron que la meditación puede promover cambios a corto y largo plazo en el funcionamiento neuronal.

Con la aparición de las técnicas de neuroimagen, y especialmente la fMRI (imagen por resonancia magnética funcional) y la PET (tomografía por emisión de positrones), los estudios han mejorados considerablemente por dos motivos: muestran la resolución espacial de los distintos tipos de activación de las neuronas y permiten evaluar la actividad cerebral en una gran variedad de tareas.

La corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC) es el área del cerebro que está asociada a funciones ejecutivas como la toma de decisiones y la atención. Las investigaciones más significativas al respecto concluyeron que la DLPFC se activaba en 5 de los 14 estudios realizados cuando se practicaban diversos tipos de meditación (Lazar y cols., 2000): meditación *mindfulness* (Baerentsen, 2001), meditación de visualización budista tibetana (Newberg y cols., 2001), recitación de salmos (Azari y cols., 2001) y meditación Zen (Ritskes, Ritskes-Hoitinga, Stodkilde-Jorgensen, Baerentsen y Hartman, 2003).

Además de la activación de la corteza prefrontal dorsolateral, otro descubrimiento interesante fue que la práctica de la meditación producía también una mayor activación en la corteza cingulada anterior (ACC). Se sabe que la ACC desempeña un papel fundamental en la integración de la atención, la motivación y el control motor (Paus, 2001). Al respecto, Bush, Luu y Posner (2000) propusieron una subdivisión funcional de la ACC en un área dorsal y otra superior, en la que la porción superior se activaba más en tareas con carga emocional y la dorsal en tareas de tipo cognitivo. Los estudios realizados con meditadores experimentados versus meditadores menos entrenados confirmaron este hallazgo (Hölzel y cols., 2007).

Además, parece que la corteza insular o ínsula también se activa durante la meditación (Brefczynski-Lewis y cols., 2007). La activación de la ínsula se asocia a la interocepción o suma de sentimientos viscerales e instintivos

que experimentamos en un momento determinado. La ínsula es la principal región del cerebro implicada en el procesamiento de sensaciones físicas pasajeras y por ello contribuye a la experiencia del “sí mismo” (Craig, 2004). Por su parte, Lazar y cols. (2005) y Hölzel y cols. (2007) han demostrado en sus investigaciones con meditadores experimentados frente a meditadores menos experimentados un mayor engrosamiento de la corteza en la ínsula anterior, la corteza sensorial y la corteza prefrontal (así como una mayor densidad de materia gris en la ínsula anterior derecha, en el hipocampo y en el giro temporal izquierdo) en el grupo de los meditadores experimentados.

A su vez, se ha constatado que las anomalías en la función insular pueden desempeñar un papel esencial en varios trastornos psiquiátricos (Phillips, Drevets, Rauch y Lane, 2003). Para profundizar en la comprensión de la neurobiología de *mindfulness*, consultar Simón (2007 y 2010).

Recientemente Hölzel, Lazar y cols. (2011), en sus estudios con meditadores, descubrieron volúmenes significativamente mayores de materia gris en el córtex orbitofrontal, en el tálamo derecho, en el giro temporal izquierdo y en el hipocampo derecho. Todas estas estructuras estarían implicadas en la regulación emocional y en el control de las respuestas conductuales.

Por su parte, Tang y cols. (2012) han observado un aumento de la materia blanca en sujetos que practican la meditación y, en consecuencia, de la mielina, así como de cambios axonales. Este estudio indica que la práctica habitual de la meditación puede promover la neuroplasticidad cerebral en adultos en áreas cuyas funciones más destacadas son el procesamiento cognitivo y emocional. Este patrón incluiría el giro cingulado anterior, parte del cerebro relacionada con la autorregulación.

Después de analizar estos resultados, podemos concluir que son muchos los beneficios que obtenemos con la práctica de *mindfulness* y muchas las investigaciones que muestran la importancia que tienen determinadas estructuras cerebrales en zonas concretas del cerebro, pero a fecha de hoy

desconocemos a que se deben. En un futuro las investigaciones nos brindarán la posibilidad de conocer de forma más certera la relación entre estas estructuras cerebrales y los cambios que aparecen en sujetos que practican *mindfulness*.

3. Evaluación y diagnóstico de *mindfulness*

Los investigadores, desde un primer momento, han tratado de obtener herramientas fiables que les permitieran medir *mindfulness* a partir de una serie de variables que se han ido desarrollando a lo largo de los últimos años. Lamentablemente, las herramientas que se utilizan en la actualidad son muy diversas y se ven afectadas por los constantes avances que se producen en las investigaciones sobre el tema. Así, cada instrumento utiliza su propia terminología para describir y entender *mindfulness*. De hecho, todavía está en proceso de discusión el propio constructo; si se trata de una cuestión unifactorial o, por el contrario, multifactorial (Baer y cols., 2008). No obstante, algunas propuestas han conseguido resumir los aspectos esenciales a partir de dos factores: la conciencia y la aceptación (Cardaciotto y cols., 2008). Otras propuestas más reduccionistas se centran en un único factor: la conciencia (Brown y Ryan, 2004).

3.1 *Frieberg Mindfulness-Inventory*

El primer cuestionario que se desarrolló fue el *Frieberg Mindfulness Inventory* (FMI) (Buchheld, Grossman y Walach, 2001; Walach, Buchheld, Buttenmüller y cols, 2006). En un principio la escala constaba de 30 ítems estructurados en cuatro factores y se aplicaba a personas que acudían a retiros de meditación. Posteriormente, estos mismos autores diseñaron una versión reducida de 14 ítems con un solo factor que se aplicaba a población en general. Kohls, Sauer y Walach (2009) han propuesto más recientemente una versión de 8 ítems estructurada en dos factores: presencia y aceptación.

3.2 *Mindfulness Attention Awareness Scale*

La *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS) (Brown y Ryan, 2003) consta de 15 ítems estructurados en torno a un solo factor: la capacidad del individuo de estar atento y consciente en la experiencia presente en la vida cotidiana. Este instrumento se ha validado en población no clínica y en enfermos de cáncer, y puede asimismo ser utilizado en personas sin experiencia en meditación. Recientemente Soler y cols. (2012) han evaluado las propiedades psicométricas de la versión española.

3.3 *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*

La *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS) (Baer, Smith y Allen, 2004) se enmarca en la Terapia Dialéctico-Comportamental y sirve para medir la capacidad de “atención plena”. Consta de 39 ítems que se corresponden con la clasificación de las habilidades propuestas por este enfoque: las “qué”, que incluyen la capacidad de observar, describir y participar; y las “cómo”, que incluyen la capacidad de aceptar sin juzgar.

3.4 *Cognitive and Affective Mindfulness Scale*

La *Cognitive and Affective Mindfulness Scale* (CAMS) (Feldman y cols., 2004) consta de 18 ítems y su versión revisada (CAMS-R) (Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau, 2007) de 12. Está compuesta por cuatro factores: atención, darse cuenta de las experiencias internas y de los sucesos externos, y ser capaz de centrarse en el presente.

3.5 *Southampton Mindfulness Questionnaire*

El *Southampton Mindfulness Questionnaire* (SMQ) (Chadwick, Hember, Mead, Lilley y Dagnan, 2006, 2008) consta de 16 ítems que miden Mindfulness a partir de una aproximación consciente a los pensamientos e imágenes desagradables. Este instrumento tiene una estructura unifactorial, aunque los autores incluyen cuatro componentes dentro del

constructo “atención plena”: observación, dejar ir, ausencia de aversión y no enjuiciar la experiencia.

3.6 *Experiences Questionnaire*

El *Experiences Questionnaire* (EQ) (Fresco y cols., 2007) consta de 11 ítem y se diseñó para evaluar dos aspectos distintos, rumiación y descentramiento. El análisis psicométrico solo sustentó la última de las subescalas. La escala de descentramiento agrupa tres aspectos del descentramiento: la habilidad de no verse a uno mismo como sinónimo de sus pensamientos, la habilidad de no reaccionar a las experiencias negativas de uno y la capacidad para la autocompasión, aunque de ella solo se consigue una puntuación total. Validada al castellano con una muestra clínica psiquiátrica (Soler y cols. 2014).

3.7 *Philadelphia Mindfulness Scale*

La *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHLMS) (Cardaciotto y cols., 2007) consta de 20 ítems que miden la atención plena. Tiene dos factores: uno evalúa la capacidad de darse cuenta y el otro la de aceptar. El “darse cuenta” hace referencia a la habilidad de observar las experiencias internas y externas, mientras que “aceptar” mide la capacidad de no juzgar la propia experiencia. De estos dos factores surgen cuatro posibilidades de estado: atención plena, flujo, evitación o control de la experiencia que no consigue su objetivo, y evitación o control de la experiencia que sí consigue su objetivo.

3.8 *Toronto Mindfulness Scale*

Existe una primera versión de 10 ítems con un factor común (Bishop, 2002) de la *Toronto Mindfulness Scale* (TMS) (Lau, Bishop, Segal y cols., 2006). La

escala actual contempla los componentes de la definición del grupo de Bishop: autorregulación de la atención y actitud de curiosidad, apertura y aceptación. Inicialmente se propusieron 15 ítems que finalmente fueron reducidos a 13.

3.9 Five Facet Mindfulness Questionnaire

La *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) o Cuestionario de las Cinco Facetas *Mindfulness* (Baer y cols., 2006), desarrollado por los autores de la escala KIMS, está basado en los resultados de un análisis factorial de cinco de las escalas más importantes sobre *mindfulness*: la KIMS (Baer y cols., 2004), la FMI (Buchheld y cols., 2001), la MQ (Chadwick y cols., 2008), la MAAS (Brown y Ryan, 2003) y la CAMS (Feldman y cols., 2004).

Los autores concluyeron que tras el constructo “atención plena” existen 5 factores o componentes diferenciados. El primer factor sería el de “no reacción a la experiencia interna”; el segundo “la habilidad de observar o atender a las sensaciones, percepciones, pensamientos y sentimientos”; el tercero “la habilidad de actuar dándose cuenta, sin distracción”; el cuarto “la habilidad de etiquetar o poner en palabras los estados internos”; y el quinto y último “la habilidad de no juzgar la experiencia”.

Recientemente Cebolla y cols. (2012) han validado el cuestionario, utilizando una muestra de población española.

En el apartado “Investigación” se desarrolla más ampliamente el FFMQ, dado que este es uno de los cuestionarios que se han utilizado para la realización de la presente tesis.

4. Programas de intervención y terapias basadas en *mindfulness*

En los últimos años *mindfulness* está cobrando mucha importancia en su aplicación terapéutica como una de las herramientas fundamentales en los distintos enfoques clínicos. Algunos autores (Hayes, 2004; Baer, 2006; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006) han denominado a estas terapias basadas en la atención plena “terapias de tercera generación”.

Estas terapias incluyen habilidades de *mindfulness* y aceptación, conjuntamente con el establecimiento de compromiso y cambio de la conducta. En el contexto terapéutico, *mindfulness* está asociado a otros procedimientos clínicos, como es el caso de la terapia dialéctico-comportamental (Linehan, 1993a y b), la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002), y la terapia de prevención de recaídas para la depresión (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

La primera generación de terapias estaba centrada en la modificación de la conducta. Hacia especial hincapié en los principios teóricos y métodos clínicos derivados de una metodología empírica y experimental. Esta generación de terapias se alimentó de las aproximaciones terapéuticas humanistas y psicoanalíticas.

La segunda generación de terapias nació desde un enfoque cognitivista, que llevó consigo una renovación del interés en experiencias internas como los pensamientos, los sentimientos y las emociones. Desde este planteamiento cognitivista se identificaron patrones de comportamiento en la población clínica y se analizaron pensamientos irracionales. La intención de este enfoque era corregir los pensamientos irracionales y las consiguientes emociones y sentimientos, con la intención de cortar esa secuencia.

La denominada “tercera generación de terapias cognitivo-conductuales”, se ubica en los años 90 y su emergencia es posible gracias al desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical. Se centra en la búsqueda

de repertorios conductuales más amplios, flexibles y efectivos, basados en la reformulación y síntesis de las terapias cognitivas conductuales de las generaciones previas. Es más sutil y presenta un abordaje menos directo. Estas terapias ahondan en la importancia de relacionarnos con nuestra experiencia interna. Se pretende que el sujeto se haga amigo de su propia experiencia y no trate de eliminar o abortar lo que está sintiendo. El cambio de paradigma pasa por aceptar en lugar de rechazar o eliminar nuestro mundo interno (Vallejo, 2006). Estas terapias no se circunscriben a un entorno clínico sino que pueden emplearse en la población general.

En adelante, describiremos las cinco terapias fundamentales dentro del conjunto de las terapias centradas en *mindfulness*. Tres de ellas utilizan la meditación como base del entrenamiento. Estas son el programa de reducción del estrés basado en *mindfulness* (Kabat-Zinn, 1982, 1990), la terapia cognitiva en prevención de recaídas para la depresión basada en *mindfulness* (Segal, Williams y Teasdale, 2002) y el entrenamiento en prevención de recaídas para adicciones basado en *mindfulness* (Marlatt y Donovan, 2005). Además, existen otras dos terapias que incorporan el entrenamiento en *mindfulness* a su intervención como un ingrediente más, aunque no forme parte del núcleo central de la terapia. Estas son la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) y la terapia dialéctico comportamental (Linehan, 1993).

4.1 Terapia de aceptación y compromiso

La terapia de aceptación y compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) es una terapia conductual que se apoya en el funcionalismo contextual y que comparte el fondo filosófico del constructivismo y el constructivismo social (Hayes y cols., 2006). Postula un criterio de verdad basado en la utilidad y considera la psicopatología como una consecuencia de los procesos relacionados con el lenguaje. La ACT se basa en la teoría de los marcos relacionales (RFT), que considera imprescindible tener en cuenta los procesos cognitivos para

entender el comportamiento. Según este modelo, la conducta verbal de los seres humanos está determinada por la habilidad aprendida de relacionar eventos de forma arbitraria y de transformar las funciones de un estímulo en relación con otros.

Para la ACT exigir no sufrir o tener que sentirse bien para poder vivir no se ajusta a la realidad que la vida ofrece, y considera el malestar psicológico como parte consustancial de ella. De esta idea se deriva que tener una actitud de evitación en la vida es una elección restrictiva que puede resultar destructiva (Wilson y Luciano, 2002). La ACT considera el organismo como un todo indivisible de su contexto. Los pensamientos, sentimientos, respuestas fisiológicas, etc., activan conjuntamente una reacción frente a un contexto dado.

Así, la terapia ACT entiende el concepto de “salud psicológica” como el desarrollo y mantenimiento de patrones de comportamiento adecuados en las diferentes áreas de la vida. En la ACT se trabaja a partir de la asunción de que los problemas psicológicos no se producen por la presencia de pensamientos negativos recurrentes, sensaciones de ansiedad, tristeza, apatía, etc., sino cuando estos pensamientos adquieren un papel protagonista en el control del comportamiento.

Por ello, la ACT trabaja especialmente con la aceptación de la propia experiencia y parte de la premisa de que detrás de muchos trastornos psicológicos (fobias, depresión, ansiedad generalizada, adicciones, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.) hay un trastorno llamado “trastorno de evitación experiencial” (TEE). El TEE ocurre cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas y trata de controlar tanto la forma o frecuencia de tales experiencias como las condiciones que la generan (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). Es conocido que los intentos de evitar este tipo de experiencias pueden incluso incrementar la intensidad y frecuencia del sufrimiento, tal y como señala la literatura sobre el efecto paradójico que se produce cuando se quiere controlar o evitar una situación (Abramowitz, Tolin y Street, 2001).

El objetivo de la ACT es producir una mayor flexibilidad psicológica en situaciones donde la evitación no permite al individuo vivir con plenitud. La flexibilidad psicológica es la habilidad para contactar plena y conscientemente con el presente para cambiar o insistir en lo que se está haciendo, siempre y cuando sirva a los fines deseados (Hayes, 2004). Para alcanzar esa flexibilidad cognitiva existen seis procesos que están conectados con la alteración de las funciones del lenguaje:

- 1) Enseñar habilidades de aceptación psicológica
- 2) Establecer habilidades de “defusión cognitiva”
- 3) Distinguir el “sí mismo” como objeto de la conceptualización del “sí mismo”
- 4) Contactar con el momento presente y establecer el “sí mismo” como un proceso
- 5) Distinguir entre la capacidad de decidir y la acción razonada
- 6) Enseñar a persistir y a cambiar a través de estrategias conectadas con el cambio de valores.

Estos seis procesos se pueden subdividir en dos grupos: el primero de ellos formado por las cuatro primeras habilidades (que coinciden con las habilidades de atención plena y aceptación), y las dos últimas, propias de la ACT (Hayes, 2005).

4.2 Terapia dialéctica comportamental

Desarrollada por Linehan (1993) y su equipo de la Universidad de Washington es conocida como la *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT). En un principio fue diseñada para el tratamiento de personas con alto riesgo de suicidio, aunque más adelante se convirtió en la principal aplicación en el tratamiento de personas diagnosticadas con Trastorno Límite de Personalidad (TLP). La DBT presenta componentes de las terapias cognitivas conductuales (TCC) (estrategias basadas en la exposición, entrenamiento en habilidades, procedimientos de reestructuración cognitiva y manejo de contingencias) y de *mindfulness* y aceptación.

Linehan formula una teoría biopsicosocial del TLP aludiendo a un entramado de factores que se originan en un ambiente inicial que incapacita a la persona para regular sus emociones, desarrollar su identidad y relacionarse con los demás. Este ambiente invalidante entronca con un patrón de crianza no adaptativo, donde se responde inapropiadamente (o no se responde) a los problemas emocionales del niño. A medida que la personalidad del individuo se configura, los factores interaccionan entre sí dando lugar a un patrón de inestabilidad emocional.

La aplicación de la DBT contempla varias fases: pre-tratamiento, tratamiento y post-tratamiento. En la primera fase se determinan los límites de la terapia, se orienta al cliente hacia la terapia y se establece la relación terapéutica. La segunda fase contempla cuatro modos de terapia: habilidades de entrenamiento en grupo, psicoterapia individual, encuentros de supervisión con el terapeuta y consulta telefónica (Linehan, 1993a). Esta segunda fase se prolonga un año con una frecuencia semanal de las sesiones grupales e individuales. Además, existe un manual de entrenamiento estructurado que especifica los distintos módulos y el grupo de terapia se compone de entre seis a ocho clientes y dos terapeutas. Las principales habilidades que se entrenan son *mindfulness*, tolerancia al malestar, regulación emocional y eficacia interpersonal. La tercera fase del programa (sin una duración determinada) tiene como objetivo potenciar el respeto por uno mismo. De este modo, se trabaja fundamentalmente el establecimiento y consecución de metas vitales, y el afianzamiento de los logros conseguidos durante la terapia para prevenir posibles recaídas.

Linehan (1993a, 1993b) define la práctica de *mindfulness* como una serie de habilidades comportamentales que pueden ser aprendidas. En la DBT las habilidades *mindfulness* ponen el foco en el momento presente, en tomar conciencia sin juzgar y en la flexibilidad atencional. Su objetivo fundamental es procurar a la persona un estilo participativo con conciencia, de forma que pueda controlar su mente. La autora promueve el desarrollo de una “mente sabia”, es decir, de un estado de conocimiento (y de estar centrados) en el que las emociones y la razón se

integren en un estado de la mente cuya suma es mayor que la suma de sus partes. Además, Linehan diferencia entre mente emocional y mente racional, y hace ver que ambas son polos opuestos de una misma realidad. Las personas con TLP se suelen identificar con la mente emocional, el estado en que las emociones controlan el comportamiento. La mente racional, por su parte, es la más lógica, la que conoce los hechos, hace planes y soluciona los problemas. En este polo la razón es la que controla las emociones y las conductas. La “mente sabia”, como cita la autora, es la que integra esa dicotomía y se puede desarrollar con la práctica de habilidades *mindfulness*.

Asimismo, la DBT enseña seis habilidades comportamentales. Tres de ellas se centran en el “qué hacemos” y otras tres en “cómo lo hacemos”. Estas habilidades “qué” y “cómo” están diseñadas para emplearse conjuntamente.

Las habilidades “qué” se refieren a la capacidad de participar con conciencia de la realidad:

- Observar: implica notar y atender las experiencias internas y externas tal y como ocurren en el momento presente. Observar en este caso significa tener conciencia de la experiencia tal y como surge, sin etiquetarla, categorizarla o conceptualizarla, atendiendo con ecuanimidad y sin tratar de intervenir.
- Describir: implica etiquetar lo que está siendo observado, poniendo palabras a la propia experiencia, sin interpretaciones o asunciones. Se trata de no tomarse de forma literal las emociones o pensamientos que uno experimenta.
- Participar: implica adentrarse plenamente y llegar a ser uno mismo con la propia experiencia que se está viviendo. En esta actividad la acción debe ser espontánea.

Las habilidades “cómo” hacen referencia a cómo se atiende, describe y participa:

- Sin juzgar: se refiere a la importancia de adquirir una actitud no evaluativa ni enjuiciadora. No se trata de sustituir los juicios negativos por positivos, sino sustituir los juicios por descripciones.
- De una en una, con atención consciente: implica aprender a focalizar la atención en lo que se está haciendo en el momento presente centrándose en esa única actividad con plena conciencia y sin dividir la atención.
- Con eficacia: implica actuar con destreza y aprender habilidades de afrontamiento y manejo según los objetivos personales y las demandas situacionales.

4.3 Programa de reducción de estrés basado en *mindfulness*

El programa *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) (Kabat-Zinn, 1982, 1990) fue implantado en 1979 en la Universidad de Massachussets con dos objetivos fundamentales (Kabat-Zinn, 2003): que el programa lograra ser un vehículo efectivo de entrenamiento en *mindfulness* y yoga consciente con el propósito de reducir el estrés y mejorar la salud de las personas, y que el programa pudiese adaptarse a distintos contextos de cuidado de la salud (estrés, dolor, enfermedad, etc.).

El MBSR goza de una gran popularidad y se imparte en numerosos hospitales de Estados Unidos. En los últimos años está empezando a implantarse en muchos centros de salud europeos y españoles.

Además de los pacientes con estrés y dolor crónico, el programa se ha ofrecido a otras personas que padecían enfermedades en las que el estrés era considerado un agravante, y también a deportistas de élite, presos, etc. Aunque los ámbitos fundamentales de aplicación han sido el estrés y el dolor, también se ha sido utilizado en casos de psoriasis (Kabat-Zinn y cols., 1998), sida (Robinson, Mathews y Witek-Janusek, 2003), cáncer (Kabat-Zinn, 2003; Carlson, Ursuliak y Goodey y cols., 2001; Carlson, Specia

y Patel, Goodey, 2003), enfermedades del corazón (Tacon, McComb, Caldera y Randolph, 2003) y relaciones de pareja (Carson y cols., 2004).

Este programa no pretende desarrollar ningún estado especial o particular en las personas. Su intención es que permanezcan conscientes y atentas en lo que está ocurriendo en el presente, estando tan plenamente conscientes y despiertas como sea posible en cada momento. El MBSR no es un tratamiento médico o psiquiátrico, sino una aproximación psicoeducacional que enseña *mindfulness* en el contexto de la medicina mente-cuerpo para reducir el estrés y mejorar la salud (Kabat-Zinn, 1990; Santorelli, 1999). Por ello, ha sido siempre entendido como un complemento y no como una alternativa a la terapia.

Según el MBSR, existen siete actitudes clave para la práctica de *mindfulness*:

- No enjuiciar: reconocer la corriente mental de etiquetas y juicios sobre la experiencia y abandonarla tanto como sea posible.
- Paciencia: tener la disposición de permitir que las cosas ocurran a su tiempo, teniendo la voluntad de estar en cualquier proceso que esté ocurriendo en el momento.
- Mente de principiante: mantener una actitud de novedad hacia cada experiencia en el momento presente, como si estuviera ocurriendo por primera vez.
- Confianza: promover el aprendizaje de uno mismo a través de la atención consciente hacia la mente y el cuerpo.
- No luchar ni competir: desprenderse del hábito de intentar cambiar las cosas que son advertidas durante la meditación.
- Aceptación: tener la intención de ver las cosas tal como son en este momento.

- Dejar pasar: cultivar la actitud de desapego; permitir que la experiencia ocurra, sea cual sea, y simplemente poner atención en ella sin suprimirla, darle importancia o adherirse.

La estructura de un programa MBSR es de una clase semanal de dos a dos horas y media de duración durante 8 semanas. Las actividades en las sesiones incluyen la instrucción y práctica de una variedad de habilidades *mindfulness*, las discusiones para fortalecer la práctica de la meditación y superar los obstáculos, la exposición de ejemplos de aplicación de *mindfulness* a situaciones específicas y la vinculación de los principios de salud mente-cuerpo y de estrés a la práctica de *mindfulness*. También se realizan lecturas de poemas a modo de comprensión de los principios *mindfulness*. Las sesiones tienen formato grupal y no deben superar nunca las 15 personas por instructor. Además de las 8 sesiones, existe un día de práctica intensiva a modo de retiro de silencio.

En este programa se hace una distinción entre la práctica de meditación formal y la práctica informal *mindfulness*. Meditación formal es el tiempo dedicado cada día a la práctica de uno o más de las habilidades aprendidas en el curso. A los participantes se les solicita que se comprometan a practicar meditación formal todos los días del programa (entre 45 minutos y una hora). La práctica informal se refiere a llevar *mindfulness* a la vida cotidiana. En cualquier caso, los participantes son alentados a involucrarse más plena y conscientemente con la vida tal y como se desarrolla. La meta de este compromiso es cultivar la continuidad de la conciencia en todas las actividades y desafíos de la vida diaria (Kabat-Zinn, 2003).

El MBSR es un entrenamiento diseñado por un biólogo. Por ello, no elabora una explicación psicológica de sus efectos, sino que se centra en los principios y las prácticas de la psicología budista. Su mérito reside en ser pionero en la búsqueda de una aproximación científica, sistemática y rigurosa a la meditación desde una perspectiva médica y psicosomática (Cebolla y Miró, 2007).

Recientemente se ha presentado la primera tesis doctoral en España en la que se aplicaba un programa MBSR a una muestra de profesionales de la salud (Martín, 2012). Tras la aplicación del programa se registró una reducción significativa del *burnout*, una disminución de la alteración emocional, una mejora de la empatía y un mejor desarrollo *mindfulness* o conciencia plena entre los profesionales de la muestra.

La presente investigación, por su parte, es pionera en la aplicación de un programa específico a una muestra de personas en proceso de duelo.

4.4 Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* para la depresión

Conocido como *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002), el programa proviene del modelo cognitivo *Interacting Cognitive Subsystems* (ICS) (Teasdale y Barnard, 1993), destinado a prevenir las recaídas en casos de depresión. Para obtener una explicación detallada del modelo se puede consultar a Cebolla y Miró (2007).

Desde el ICS se asume que la vulnerabilidad a la depresión crónica está relacionada con la facilidad con la que el engranaje depresivo se pone en marcha en momentos de ánimo disfórico. Según Teasdale (1999), el objetivo del tratamiento de las recaídas en procesos de depresión no debe ser tanto evitar los estados de tristeza o infelicidad, como reducir la probabilidad de que los ciclos rumiativos aparezcan cuando se incrementa la disforia, reactivando así el engranaje depresivo. El propósito fundamental de Teasdale es lograr la des-automatización del engranaje depresivo para que cuando surja un estado de ánimo bajo no se reactive el proceso de recaída.

El principal cambio respecto a la Terapia Cognitiva clásica es que se deja de atender al contenido de la cognición y se pasa a centrarse en cómo se

procesa la experiencia. Teasdale (1999) propone el término “insight metacognitivo” para subrayar el objetivo terapéutico de percibir los pensamientos como tales y no como reflejos de la realidad. Para alcanzar el “insight metacognitivo”, Segal, Williams y Teasdale (2002) sistematizaron un tratamiento para la prevención de recaídas en depresión (MBCT) en el que combinaban el programa MBSR de Kabat-Zinn (1990) con los principios de la Terapia Cognitiva clásica.

Se trata de un programa de intervención grupal diseñado para entrenar a desconectarse de los patrones de pensamiento depresógenos e impedir así las recaídas. Al igual que el MBSR, este programa consta de 8 semanas con una sesión semanal de 2 horas de duración, con planificación de tareas para casa y generalización de la práctica a la vida cotidiana. A diferencia del MBSR, no se lleva a cabo una jornada de retiro en silencio.

Además de los ejercicios ya expuestos en el MBSR, el MBCT incorpora algunas novedades:

- Registros de actividades: durante las primeras sesiones se realiza un registro de momentos agradables, describiendo tanto el suceso como las sensaciones, pensamientos y emociones asociadas. Posteriormente se efectúa el registro de sucesos desagradables.
- Mini-meditación de tres minutos en la respiración: se intenta incorporar en la cotidianidad espacios de tres minutos para establecer contacto con uno mismo y tratar de salir del piloto automático por medio de una mini-meditación en la respiración. Al principio el ejercicio se realiza en momentos específicos del día y después según la necesidad. Este ejercicio se plantea como una oportunidad para reconocer la diferencia entre actuar en piloto automático y actuar con atención consciente.
- Enfocar la mente hacia las dificultades durante la meditación sentada: se trata de traer a la mente una situación problemática de manera intencionada durante la meditación. Los participantes reciben la instrucción de notar las sensaciones que se producen al

hacerlo, observándolas con una actitud de apertura, amabilidad, cariño y sin enjuiciamiento. Se les sugiere que respiren con esa dificultad, como si estuvieran navegando en ella.

- Ejercicios de terapia cognitiva clásica: Se utiliza el modelo A-B-C. Se comienza proponiendo un escenario fácil de imaginar, planteando una situación o interacción (A) y después se muestra cómo, según sea la interpretación (B) de la situación, aparece una emoción u otra (C). Es decir, se pone de manifiesto que diferentes pensamientos o interpretaciones (B) conducen a diferentes consecuencias (C) ante la misma situación (A).
- Actividades agradables y de destreza: en las últimas sesiones del programa cada participante elabora una lista de cosas que le gusta hacer y se les invita a que realicen alguna de estas tareas cuando su estado de ánimo sea bajo.
- Detección de señales y planes de acción para la prevención de recaídas: cada participante confecciona una lista de las señales que le avisan de que está en riesgo de recaída.

Segal, Williams y Teasdale (2002) distinguen, además, dos modos de pensamiento: uno de ellos es el “modo hacer”, en el que el pensamiento está asociado a un estado de insatisfacción hasta que consigue una meta; y el otro, el “modo ser”, en el que los pensamientos están centrados en el presente, relacionándose con él de forma directa e inmediata. Asimismo, en este modo existe aceptación y ausencia de enjuiciamiento. El objetivo del programa MBCT es entrenar a los participantes en habilidades que les permitan pasar del “modo hacer” al “modo ser”.

En España, Cebolla y Miró (2008) realizaron una revisión de los aspectos cualitativos de un estudio donde se analizaban los resultados de la intervención de un programa MBCT en una muestra de una población clínica. Los resultados fueron positivos.

4.5 Programa de prevención de recaídas en conductas adictivas basado en *mindfulness*

Alan Marlatt es uno de los pioneros en los estudios científicos sobre la aplicación psicoterapéutica de la meditación. Así, Marlatt y cols. (1984 y 1985) obtuvieron resultados positivos con la meditación en dos estudios realizados en el ámbito de las conductas adictivas.

Según el modelo teórico de prevención de recaídas, *Relapse Prevention* (RP), propuesto por Marlatt y Gordon (1980, 1985), la recaída tiene lugar cuando el individuo se expone a una situación de riesgo y es incapaz de poner en marcha estrategias de afrontamiento adecuadas que garanticen su abstinencia. La RP puede describirse como una estrategia de prevención terciaria con dos objetivos específicos: el primero, prevenir una recaída inicial y mantener la abstinencia; y el segundo, proveer de habilidades de afrontamiento para las recaídas.

En los últimos años Marlatt (Marlatt y Donovan, 2005) ha realizado una reconceptualización del proceso de recaída proponiendo un nuevo modelo dinámico. En este modelo la recaída se considera un sistema complejo multidimensional en el que existe una interacción entre diversos elementos: riesgos distales, procesos cognitivos, conducta/afrontamiento, estado afectivo y conducta uso sustancia.

Así, su nuevo programa combina técnicas *mindfulness* y los principios y prácticas establecidos en el RP. El programa se llama *Mindfulness-Based Relapse Prevention* (MBRP) (Chawla, Bowen y Marlatt, 2010) y se centra en cambiar la relación de uno mismo con sus pensamientos. El objetivo fundamental es desarrollar la conciencia de pensamientos, sentimientos y sensaciones a través del desarrollo de habilidades *mindfulness* que pueden ser aplicadas en situaciones de alto riesgo para las recaídas.

El encuadre teórico y conceptual del manual MBRP está basado en el programa MBSR de Kabat-Zinn y cols. (1982) y también en el programa MBCT de Segal y cols. (2002). Consta de ocho sesiones semanales de dos horas de duración de entrenamiento grupal en las que se tratan y

desarrollan los siguientes temas: piloto automático y *craving*, disparadores, pensamientos y emociones, *mindfulness* en la vida cotidiana, permaneciendo presentes y conscientes en las situaciones de riesgo, equilibrando aceptación y cambio, pensamientos no son hechos, cómo puedo cuidar mejor de mí mismo y vivir equilibradamente, y utilizar lo que se ha aprendido.

5. Compasión

Aunque en los últimos años muchas personas han abordado el concepto de “compasión”, su práctica se introdujo en occidente de la mano de Salzberg en la década de los ochenta. Así, Salzberg (2011), para referirse a la meditación *mindfulness* en occidente, enumeró tres habilidades o procesos mentales que debían confluír: conciencia focalizada en un solo punto (concentración), conciencia de campo abierto (*mindfulness*) y bondad amorosa o compasión. Ni la atención focalizada ni la conciencia de campo abierto alivian por sí solas el sufrimiento; se necesita la tercera habilidad (bondad amorosa o compasión) para ello.

Armstrong (2011), por su parte, describe una serie de pasos para poder llevar una vida compasiva: aprende sobre la compasión, mira tu propio mundo, compasión hacia ti mismo, empatía, *mindfulness*, acción, qué poco sabemos, ¿cómo deberíamos hablarnos unos a otros?, interés por el mundo, conocimiento, reconocimiento y ama a tus enemigos.

Habitualmente empleamos otros conceptos que se solapan con el de compasión, aunque no sean sinónimos: empatía, simpatía, amor, altruismo y lástima (Simón y Germer, 2011). Por su parte, Germer (2011) describe el término en contraposición con lo que no es: egoísmo, complacencia, autoinstrucción positiva, solo un mantra, disimulo de la realidad, un paño de lágrimas, buenos sentimientos, fatiga y exigencia.

Otros investigadores sugieren que la compasión es una cualidad emergente de la mente que se desarrolla con la práctica consciente. Así, *mindfulness*

nos ayuda a experimentar introspecciones o *insights* y sensaciones que nos indican que todo forma parte integrante de una conciencia única. Otros investigadores abundan en la idea anterior y sugieren que es importante cultivar específicamente el desarrollo de una “mente compasiva”. Para ello han desarrollado una serie de conceptos sobre la naturaleza y las ventajas de la compasión, y unas meditaciones centradas en la compasión y en los ejercicios de visualización (Leighton, 2003).

En algunas formas de práctica *mindfulness*, las meditaciones de amor incondicional (compasión) se añaden a los procedimientos estándar y pueden ser uno de los ingredientes clave del cambio (Shapiro, Astin, Bishop y Cordova, 2005).

La autocompasión es una herramienta muy poderosa para enfrentarse a las emociones difíciles. De hecho, uno de los descubrimientos más claros al respecto es que las personas con más autocompasión sufren menos ansiedad y depresión (Neff, 2009). La autocrítica y los sentimientos de aislamiento están relacionados con la depresión y la ansiedad; verlo todo negro contribuye a un estado mental negativo e influye en todas nuestras experiencias. Este proceso es natural. Las investigaciones demuestran que nuestro cerebro tiene tendencia a la negatividad, lo que significa que somos más sensibles a la información negativa que a la positiva (Ito y cols., 1998). En el entorno natural, la información negativa suele indicar una amenaza. De ahí que nuestro cerebro evolucionara para ser altamente sensible a la información negativa y así poder desencadenar la respuesta de lucha o huida de manera rápida y fácil, maximizando nuestras posibilidades de sobrevivir. La información positiva no es tan crucial para la supervivencia inmediata, y sí a largo plazo.

La forma de librarse de esta tendencia natural del ser humano a verlo todo de forma negativa es aplicar la compasión. Diversas investigaciones muestran que las personas autocompasivas tienden a experimentar menos emociones negativas (miedo, irritabilidad, hostilidad, angustia, etc.) que las que no sienten autocompasión (Neff y cols., 2007). Ello se debe en parte a

que las personas que sienten compasión hacia sí mismas rumian mucho menos que las que no lo son (Neff, 2003).

Otra tendencia natural del ser humano es intentar eliminar lo negativo. Se trata de la capacidad de suprimir de manera consciente los pensamientos y las emociones no deseadas. Las investigaciones muestran que las personas con mayores niveles de autocompasión son menos propensas a suprimir los pensamientos y emociones no deseados que aquellas que carecen de autocompasión (Neff, 2011).

Las terapias centradas en la compasión comentadas más arriba están haciendo resurgir la necesidad de desarrollar la compasión hacia uno mismo y hacia los demás como un proceso terapéutico (Gilbert, 2000; Gilbert y Procter; 2006; Leary, Tate, Adams, Allen y Hancock, 2007). Estas terapias presentan dos vertientes: la primera de ellas está relacionada con las tradiciones budistas (Neff, 2003a, Leary y cols., 2007) y la segunda con la psicología evolutiva (teoría del apego), la neurociencia social y la regulación afectiva (Gilbert, 2005, 2007).

La mayoría de los teóricos ven la compasión como un proceso múltiple. Por ejemplo, McKay y Fanning (1991) entienden la compasión como algo que implica el desarrollo de la comprensión, la aceptación y el perdón.

5.1. Modelos teóricos

5.1.1 Modelo de Neff

La compasión hacia uno mismo abarca tres elementos fundamentales (Neff, 2003). En primer lugar, requiere bondad (ser amable y comprensivo con uno mismo en lugar de crítico). En segundo lugar, precisa reconocer nuestra humanidad común, es decir, sentirse conectados con los demás y no alienados por el sufrimiento. En tercer lugar, requiere atención plena o *mindfulness* (vivir nuestra experiencia conscientemente y no ignorar el

dolor ni tampoco exagerarlo). El modelo se centra en los siguientes elementos:

- Bondad hacia uno mismo: consiste en dejar de juzgarse y de emitir comentarios internos negativos. Requiere entender nuestros puntos débiles y fracasos en lugar de condenarlos. La bondad, no obstante, implica algo más que dejar de juzgarnos; consiste en consolarnos activamente, tal y como lo haríamos con un buen amigo.

Así, la bondad está relacionada con la capacidad innata que posee el cerebro y el cuerpo para dar y recibir cuidados. Esta cualidad forma parte de nuestra herencia genética. La supervivencia no depende solo del instinto de lucha o huida, sino también de cuidar y fraternizar (Taylor, 2002). Este primer elemento del modelo de Neff está íntimamente relacionado con la teoría del apego de Bowlby.

Las investigaciones muestran que las personas con vínculos inseguros tienen menos compasión hacia sí mismas (Neff y McGehee, 2010). Sin embargo, otros estudios indican que si en la edad adulta logran encontrar una pareja cariñosa y atenta pueden acabar desarrollando un vínculo seguro (Hazan y Shaver, 1990).

En cuanto a la neurobiología, hay pruebas que señalan que la bondad hacia uno mismo y la autocrítica actúan de manera muy distinta en el cerebro. Ser bueno y amable con uno mismo se asocia con la activación del polo temporal izquierdo y la ínsula (áreas asociadas con las emociones positivas y la compasión) (Longe y cols., 2009).

- Humanidad común o humanidad compartida: implica reconocer que nuestras vidas están interconectadas por la naturaleza, lo que nos ayuda a distinguir la autocompasión de la simple aceptación o del amor hacia uno mismo. La compasión, por definición, tiene que

ver con las relaciones. Literalmente compasión significa “sufrir con”, lo que implica una reciprocidad básica en la experiencia del sufrimiento. El sentimiento de compasión surge del reconocimiento de que la experiencia humana es imperfecta. Cuando nos encerramos en el espacio limitado de la aversión hacia nosotros mismos es como si el resto de la humanidad no existiese (Brach, 2003). De hecho, una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de integración y la percepción de estar aislado de nuestros semejantes (Kohut, 1971).

Las investigaciones indican además que el aislamiento social duplica (e incluso triplica) el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (Berkman, 1995). Por el contrario, la participación en un grupo de apoyo reduce la ansiedad y la depresión en los enfermos de cáncer, al tiempo que incrementa sus expectativas de supervivencia (Spiegel y cols., 1989).

Otras investigaciones señalan que existen dos conceptos que forman parte de la humanidad compartida: la comparación y la perfección. El primero hace referencia a cómo nos distanciamos de las personas cuyo éxito nos hace sentir mal con nosotros mismos (Pleban y Tesser, 1981) y el segundo se define como la necesidad compulsiva de conseguir unos objetivos respetando a rajatabla las propias ideas. Así, los perfeccionistas experimentan estrés y ansiedad cuando persiguen que las cosas salgan bien, y se sienten desolados cuando no es así. Y por eso mismo corren más riesgo de sufrir trastornos alimentarios, ansiedad, depresión y otros problemas psicológicos (Gordon y cols., 2002).

- *Mindfulness*: hace referencia a la visión clara y la aceptación sin críticas de lo que ocurre en el momento presente. Se trata de afrontar la realidad tal y como es con el fin de responder a nuestra situación actual de la manera más compasiva posible.

5.1.2. Modelo de Gilbert

El modelo evolutivo de Gilbert (1989, 2005, 2007 a, b) señala que la capacidad de sentir compasión hacia los demás evolucionó a la vez que la necesidad de cuidarse uno mismo, característica inherente al sistema de apego. Así pues, recibir compasión tiene los mismos efectos que cuando nos cuidan, es decir, estimula los sistemas de relajación de la persona que recibe la compasión y la ayuda a sentirse segura y en calma. En este modelo la compasión humana surge a través del entrenamiento en habilidades específicas tales como la motivación, la emoción y la cognición.

Los seis componentes de la compasión son los siguientes:

- Desarrollar una motivación para cuidar del bienestar de uno mismo y de los demás.
- Desarrollar la sensibilidad hacia el propio malestar, nuestras necesidades y las de los demás, y reconocer cómo algunas emociones (ira, ansiedad, etc.) pueden bloquear esa sensibilidad.
- Desarrollar la compasión, lo que facilita abrirse emocionalmente y conmoverse con los sentimientos, el malestar y las necesidades de los demás.
- Desarrollar la capacidad de tolerar el malestar y las emociones, o lo que es lo mismo, de “estar con” las emociones dolorosas y las adversas, sin evitarlas ni intentar atenuarlas. Esta capacidad está conectada con la aceptación.
- Desarrollar la empatía, es decir, las habilidades cognitivas que nos permiten ponernos “en la piel del otro”, así como la introspección o *insight* para entender cómo se sienten los otros y por qué actúan del modo en que lo hacen. Esta idea también está relacionada con la llamada “mentalización” o teoría de la mente.

- Desarrollar el no juzgar es una manera de no condenar ni acusar y permite ahondar en la empatía y profundizar en el conocimiento de la condición humana.

El entrenamiento en la compasión implica desarrollar unas cualidades “para uno mismo” que más tarde utilizaremos cuando nos sintamos estresados. A diferencia de *mindfulness*, que no está planteado para estimular ningún sistema afectivo en particular (sino más bien para desarrollar el yo observador), trabajar la compasión nos permite estimular el sistema de relajación relacionado con el apego.

Existen muchos ejercicios y procesos que pueden utilizarse para estimular la compasión hacia los demás y hacia uno mismo. Todos ellos están presentes en la relación terapéutica (Gilbert, 2007b) y permiten desarrollar la atención, el pensamiento, el comportamiento y el sentimiento compasivos. Centrarse en el cuerpo y en la respiración, las técnicas de método-actuación, las visualizaciones y escribir cartas compasivas son prácticas que pueden utilizarse para avanzar en estas capacidades (Gilbert 2007a; Gilbert y Irons, 2005).

Así, la terapia centrada en la compasión, aunque utiliza *mindfulness*, difiere de él tanto en la formulación como en el proceso. La idea central de la práctica de la compasión es que todo lo que uno emprende para facilitar el cambio lo hace a partir de sentimientos positivos que se generan en uno mismo. Por otra parte, aunque los estudios presentan limitaciones, existen pruebas que indican que el desarrollo de la compasión es útil (Gilbert y Procter, 2006; Mayhew y Gilbert, 2008).

Desde un punto de vista neurológico, la investigación de Gilbert ha mostrado que se activan diferentes áreas cerebrales cuando somos autocríticos y cuando somos compasivos con nosotros mismos (Longe y cols., 2010).

En los últimos años psicólogos como Seligman y Csikzentmihalyi (2000) se han interesado cada vez más por la manera en que emociones positivas

como el amor, la alegría, la curiosidad y la esperanza pueden ayudarnos a mejorar la salud y el bienestar.

Diversas investigaciones ponen de manifiesto además que las personas autocompasivas experimentan más emociones positivas (entusiasmo, interés, inspiración y emoción) que las personas autocríticas (Neff y cols., 2007) y también afirman ser mucho más felices.

Otro dato interesante es que, aunque la autocompasión surja tras vivir una experiencia dolorosa, tiende a crear estados mentales alegres. En el estudio citado anteriormente se ha observado que las personas autocompasivas suelen saber que si surge un problema podrán solucionarlo. También se observó que muestran más curiosidad por la vida.

Para finalizar, un estudio realizado con personas de oriente y occidente concluye que las personas autocompasivas tienden a estar más satisfechas con su vida (Neff y cols., 2008).

5.1.3. Principales conceptos relacionados con la compasión

En este apartado se expondrán cuatro conceptos que están íntimamente relacionados con la autocompasión: inteligencia emocional, autoestima, motivación y crecimiento personal.

a) Inteligencia emocional

La compasión hacia uno mismo es también una poderosa herramienta de inteligencia emocional. La inteligencia emocional implica la capacidad de controlar las propias emociones y utilizar esa información para guiar el pensamiento y las acciones, es decir, ser conscientes de los propios sentimientos sin que estos nos dominen, y así poder tomar decisiones acertadas (Goleman, 1996).

Diversas investigaciones muestran que las personas más autocompasivas gozan de mayor inteligencia emocional, lo que significa que tienen más

capacidad de mantener el equilibrio emocional cuando surge un problema (Leary y cols., 2007).

Existen también datos fisiológicos que apoyan la afirmación de que las personas autocompasivas gozan de mayor fortaleza emocional. Al respecto, los investigadores midieron los niveles de cortisol y el ritmo cardíaco de un grupo de personas entrenadas para tener más autocompasión. El cortisol es una hormona relacionada con el estrés, mientras que la variabilidad del ritmo cardíaco es un indicador de la capacidad de adaptarse al estrés con eficacia. Los resultados señalaron que, cuanto más autocompasiva y menos autocrítica era la persona, menores eran los niveles de cortisol y mayor la variabilidad del ritmo cardíaco (Rockliff y cols., 2008). Esto sugiere que eran capaces de enfrentarse a los retos de la vida con mayor equilibrio emocional.

Asimismo, existen pruebas de que la autocompasión también ayuda a las personas con Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). En un estudio con universitarios con TEPT, se observó que aquellos con más autocompasión tenían síntomas menos graves que los que carecían de ella. En particular, mostraron menos señales de evitación emocional y se sentían más cómodos enfrentándose a los pensamientos, los sentimientos y las sensaciones desencadenados por el suceso traumático (Thompson y Waltz, 2008).

b) Autoestima

William James (1994) afirmó que la autoestima es producto de la “competencia percibida en términos de importancia”.

Al respecto, las investigaciones muestran que nuestra autoestima se ve más influida por los juicios de los desconocidos que por los de los amigos y familiares (Harter, 1999). En otros estudios se ha observado que cuanto más depende la autoestima del éxito en determinadas áreas de la vida, peor se siente uno cuando fracasa en esas áreas (Crocker y cols., 2002). Al

respecto, la compasión se centra en la idea de que todos los seres humanos tenemos puntos fuertes y débiles. Así, los éxitos y los fracasos vienen y van; no nos definen ni determinan nuestra valía. A diferencia de la autoestima, la autocompasión no depende de ser superior a la media ni de alcanzar unos objetivos ideales.

Sin embargo, la autocompasión y la autoestima suelen ir de la mano. Las personas autocompasivas tienden a tener una autoestima más alta. Como ocurre con una autoestima alta, la autocompasión también se asocia con una mayor felicidad, optimismo y emociones positivas, y con una menor ansiedad y depresión (Neff, 2011).

En una investigación realizada con estudiantes universitarios, los niveles de compasión hacia sí mismos fueron un indicador del grado de ansiedad que sentían. Los alumnos autocompasivos afirmaron sentirse menos cohibidos y nerviosos que los que carecían de autocompasión (Neff y cols., 2007). En otro estudio se pedía a unos sujetos que se imaginasen en situaciones embarazosas. Los participantes autocompasivos se sintieron menos humillados y no se tomaron los fallos como algo personal. Sin embargo, tener la autoestima alta, apenas suponía una diferencia en este aspecto (Leary y cols., 2007).

Recientemente Vonk y Neff (2009) investigaron los beneficios de la autocompasión frente a la autoestima con una muestra de más de trescientas personas. Los resultados fueron que la autocompasión se relacionaba directamente con sentimientos de valía más constantes que la autoestima, y que la autocompasión no dependía tanto como la autoestima de resultados concretos como la aprobación social, el éxito o el atractivo personal. Otras conclusiones destacables del estudio fueron que, en comparación con la autoestima, la compasión hacia uno mismo no estaba tan relacionada con la aprobación social ni con la necesidad de tomar medidas ante los fallos personales y tampoco con la “necesidad de cierre cognitivo” (necesidad de tener razón y que nadie nos cuestione).

Finalmente, otro hallazgo sorprendente del estudio fue que las personas con una autoestima alta eran mucho más narcisistas que las que manifestaron una autoestima baja. Por el contrario, la compasión hacia uno mismo quedaba totalmente al margen del narcisismo.

c) Motivación y crecimiento personal

La principal razón que dan las personas para no ser más compasivas consigo mismas es el temor a que aparezca la pereza y la autocomplacencia. Se trata del viejo planteamiento de la “mano blanda frente a la mano dura”, donde la autocrítica es la mano dura y la autoestima, la blanda. Decenas de estudios confirman que nuestras creencias acerca de nuestras capacidades están directamente relacionadas con nuestra capacidad para alcanzar nuestros sueños (Bandura, 1999). La autocrítica, además, está directamente relacionada con la depresión y, aunque es en cierta forma efectiva como fuente motivadora, si funciona es solo por un motivo: el miedo. De hecho, las investigaciones indican que los autocríticos tienen menos probabilidades de lograr sus objetivos debido a ese tipo de estrategias de obstaculización (Powers y cols., 2007). También se observa que las personas compasivas están más orientadas al crecimiento personal que las que se critican constantemente (Neff y cols., 2007).

Así, como ya se ha dicho, mientras que el motor de la autocrítica es el miedo, el de la autocompasión es el amor. La autocompasión conecta con el deseo interior de estar sano y feliz y, sin embargo, muchas personas temen no ser suficientemente ambiciosas si son compasivas consigo mismas. Las investigaciones sugieren lo contrario. Las personas autocompasivas tienen las mismas probabilidades de lograr sus objetivos, pero son menos autocríticas cuando no los alcanzan.

Asimismo, se ha observado que las personas autocompasivas suelen tener objetivos más orientados al aprendizaje que al rendimiento. Dado que la motivación surge del deseo de aprender y crecer, y no del de escapar de la

autocrítica, asumen riesgos con mayor facilidad. Ello se debe en gran parte a que no temen tanto el fracaso (Neff y cols., 2005).

Otro rasgo interesante observado en las personas compasivas es que, cuando se ven obligadas a renunciar a un objetivo importante, suelen dirigir su energía hacia un nuevo objetivo (Neely y cols., 2009). Por tanto, la compasión hacia uno mismo no conduce a la complacencia y la inercia, como se decía al principio de este apartado, sino que permite tener una mentalidad más positiva, mayor curiosidad y ser más resiliente.

Además, la autocompasión no solo proporciona un poderoso motor motivador para cambiar, sino que aporta la claridad necesaria para saber qué hay que cambiar en primer lugar. Las investigaciones indican que las personas que sienten vergüenza y se critican a sí mismas son más propensas a culpar a los demás de sus errores (Tangney, 1992) y, al culpar a los demás, se sienten víctimas, lo que a su vez justifica que crean que es justo su enfado. La autocompasión proporciona la seguridad emocional necesaria para asumir la responsabilidad de nuestros actos, considerar su impacto en los demás y disculparnos sinceramente por nuestra conducta.

d) Compasión hacia los demás

Ser autocompasivo hace que sientas también más compasión por los demás. Diversas investigaciones señalan al respecto que las personas poco autocompasivas dicen ser más amables con los demás que con ellas mismas, mientras que las más autocompasivas afirman ser igualmente amables con los demás y con ellos mismos (Neff, 2003). Es decir, todo el mundo dijo ser amable con los demás, pero solo las personas autocompasivas también lo eran consigo mismas.

Otro estudio de Neff y Pommier (2012) puso de manifiesto que las personas autocompasivas obtenían puntuaciones similares a las no autocompasivas en “amor compasivo, empatía y altruismo” hacia los demás. Esto se debe a que los individuos que carecen de autocompasión y se juzgan constantemente suelen ser muy atentos con los demás.

El mismo autor (Neff, 2012) indicó que las mujeres suelen mostrar niveles de autocompasión ligeramente más bajos que los hombres, principalmente porque se juzgan y critican con más frecuencia. Al mismo tiempo, existen numerosas pruebas que muestran que las mujeres son más cariñosas, empáticas y generosas con los demás (Eisenberg, 2000).

También existen pruebas de que la autocompasión se relaciona con la compasión hacia los demás en determinados contextos. Así, un estudio (Crocker y Canevello, 2008) desveló que los individuos autocompasivos esperan de sus amistades cosas diferentes que las personas que carecen de autocompasión. Las personas autocompasivas, según este estudio, son más propensas a ayudar y apoyar a sus amigos, y se muestran más comprensivos con sus errores y debilidades. Además, admiten más sus propios errores y sus debilidades entre sus amistades.

Por otra parte, adoptar la perspectiva del otro tiene un inconveniente: puede llegar a ser agotador, sobre todo cuando el dolor ajeno es muy intenso. Sin embargo, muchas investigaciones muestran que esta idea no es del todo cierta. Por ejemplo, los cuidadores que realizan cursos de autocompasión tienen menos probabilidades de sufrir el síndrome de “estrés traumático secundario”, que afecta a un número importante de profesionales de la salud dedicados a ayudar a los demás (Shapiro y cols., 2005). Por su parte, Neff y Pommier (2012) señalan que la autocompasión nos permite sentir el dolor ajeno sin que llegue a abrumarnos.

Estos mismos autores señalan además que las personas autocompasivas suelen perdonar con más facilidad porque, tener compasión por los demás, no solo implica responder a su sufrimiento, sino también perdonar a los que nos hacen daño. Y el perdón se produce cuando dejamos de albergar rencor y nos desprendemos del “derecho” al resentimiento.

En lo que respecta a la neurobiología, diversas investigaciones en las que se realizaban escáneres cerebrales a participantes de un curso de meditación de la autocompasión versus un grupo de participantes en formación de cambios de patrones de pensamiento pusieron de manifiesto

que los individuos del primer grupo mostraban un mayor nivel de activación de la ínsula. Este hecho confirma la tesis de que la autocompasión incrementa la capacidad de tomar perspectiva. Al final del experimento los investigadores preguntaron a los participantes si querían donar sus honorarios a una causa benéfica o quedarse el dinero. Los del grupo de autocompasión fueron más caritativos (Davidson, 2007).

Más recientemente Davidson y cols. (2011) han demostrado que la meditación compasiva activa tres áreas cerebrales: la ínsula, la amígdala y la unión témporo-parietal derecha. Como ya se ha dicho en este trabajo, la  nsula se relaciona con las emociones sociales y la empatía. La amígdala se activa cuando vemos sufrir a otra persona (que es un requisito para la compasión). Y la unión témporo-parietal derecha nos permite adoptar la perspectiva de otros, como sucede cuando un adulto mira las cosas a través de los ojos de un niño.

En adelante se expondrán dos tipos de relaciones que est n conectadas estrechamente con la compasión hacia los demás.

e) Relaciones paterno filiales

La autocompas n también es esencial para ser buenos padres. Si somos compasivos con nosotros mismos, podemos manejar mejor las frustraciones y las dificultades de la paternidad. Practicar la compasión hacia uno mismo delante de los hijos es una de las maneras más eficaces de ayudarles a desarrollar esa capacidad.

Las investigaciones demuestran que la crítica continua de los padres puede provocar problemas serios: los hijos de padres críticos son más propensos a la falta de autocompas n, y a sufrir ansiedad y depresión de adultos (Neff y McGhee, 2010).

Recientemente se ha desarrollado un programa que enseña *mindfulness* y autocompas n a los padres de niños menores de cinco años. El programa se conoce como MAP (*Mindful Awareness Parenting*) y ha sido elaborado

por la doctora Coleman (2009). El objetivo del programa consiste en ayudar a los padres a mejorar su capacidad de tomar decisiones sabias en situaciones difíciles con sus hijos. El MAP fomenta la sensibilidad paterna enseñando a los padres a tener empatía hacia sus hijos, incrementando su capacidad de ser conscientes de las necesidades relacionales de los niños para así satisfacerlas.

Uno de los avances cognitivos de los adolescentes es al aumento de la capacidad para tomar perspectiva, lo que significa que pueden verse desde el punto de vista de los demás. Este proceso ocurre al tiempo que intentan establecer su identidad y su lugar en la jerarquía social. La introspección de los adolescentes normalmente conduce a lo que se conoce como “la fábula personal”, una falacia cognitiva que les lleva a pensar que sus experiencias son únicas y que los demás no pueden entender por lo que están pasando (Lapsley y cols., 1989).

Las investigaciones demuestran que los adolescentes que están bajo los efectos de “la fábula personal” tienden a ser menos compasivos consigo mismos porque no reconocen que sus dificultades y sus fracasos son solo una parte normal de lo que significa el hecho de “ser humano” (Neff y McGehee, 2010).

f) Relaciones de pareja

La compasión hacia uno mismo no solo nos ayuda a ser mejores padres y cuidadores, sino que además mejora nuestra vida amorosa y sexual, “suaviza el corazón” y hace más fácil entrar en contacto con el afecto que sentimos por nuestra pareja y expresar las emociones positivas durante los conflictos (Neff y cols., 2012).

Las investigaciones de Neff y Beretvas (2012) ponen de manifiesto que los participantes autocompasivos eran descritos por sus parejas como más tolerantes e imparciales (quizás porque la autocompasión hace que se respete la opinión del otro y te acerca a sus puntos de vista). Sin embargo,

en este mismo estudio la autoestima no se asociaba a relaciones más felices y sanas. De ahí que los participantes con la autoestima alta no fueran descritos por sus parejas como personas más tolerantes, cariñosas y atentas, en comparación con las que carecían de autoestima.

Aunque se trata de un nuevo campo de investigación, algunos estudios sugieren que las mujeres autocompasivas están más en contacto con sus cuerpos. Al respecto, los resultados de la investigación desarrollada por Silverstein y Britton (2010) mostraron que la autocompasión en ellas estaba asociada a un reconocimiento más rápido de los sentimientos sexuales.

g) Evaluación de la compasión y programas de intervención

La escala más utilizada para medir la compasión es la *Self-Compassion Scale* que detallamos a continuación:

La *Self-Compassion Scale* (SCS) (Neff, 2003) consta de 26 ítems que analizan la “autocompasión”, tal y como lo define la autora. Este constructo está formado por las siguientes variables: autocompasión, autojuicio, humanidad compartida, aislamiento, *mindfulness* y sobreidentificación. Su versión corta, compuesta por 12 ítems, se utiliza para medir la autocompasión en su totalidad. Ambas escalas presentan una buena fiabilidad y consistencia interna.

En el apartado “Investigación” se desarrolla más ampliamente la SCS, dado que esta es una de las escalas que se han utilizado para la realización de la presente tesis.

Existe también la escala de compasión hacia los demás (Pommier, 2011) que consta de 24 ítems y está basada en la anterior, a excepción del hecho de que sustituye las variables autojuicio y sobreidentificación por indiferencia y desvinculación. A pesar de todo, esta escala se utiliza de forma minoritaria.

El interés constante por cultivar estados emocionales positivos y, en especial, el de la compasión, se está traduciendo en la aparición de diversos protocolos de entrenamiento que aspiran a que los participantes puedan desarrollar la capacidad compasiva en sus diversos aspectos, de manera que, tras la realización del programa de formación, sus sentimientos y su conducta compasiva se vean incrementados en la vida cotidiana.

Son cuatro los programas creados hasta la fecha cuyo interés primordial radica en desarrollar la compasión. A continuación pasamos a exponerlos:

a) Entrenamiento en compasión de base cognitiva (*Cognitive-Based Compassion Training: CBCT*)

Diseñado por el Lama tibetano Lobsang Tenzin Negi, en el contexto de la colaboración existente entre la Universidad de Emory y la Biblioteca de Obras y Archivos Tibetanos, que ha generado a su vez la Iniciativa Científica Emory-Tibet, un diálogo entre ciencia y espiritualidad. El programa incluye desde prácticas para el desarrollo básico de la atención y de la estabilidad mental, hasta una progresiva profundización en las prácticas generadoras de compasión, yendo de lo más fácil a lo más difícil. Está estructurado en pasos sucesivos que se extienden a lo largo de ocho semanas. Para profundizar en el conocimiento de este protocolo, pueden consultarse las publicaciones de Pace y cols. (2009), Ozawa-de Silva y Dodson-Lavelle (2011) y Ozawa-de Silva y cols. (2012).

b) Entrenamiento en el cultivo de la compasión (*Compassion Cultivation Training: CCT*)

Creado por Tupten Jinpa y también es fruto de una colaboración, esta vez con el Centro para la Investigación y la Educación en Compasión y Altruismo de la Universidad de Stanford. Es un programa también basado en el entrenamiento de la mente y emplea, como el anterior, un desarrollo

progresivo de la compasión. Utiliza un enfoque multidimensional, en el que se trabajan los diversos aspectos de la compasión (cognitivo, afectivo, intencional y motivacional). Consta de seis pasos distribuidos en sesiones semanales de dos horas, a lo largo de ocho semanas. El programa se ha mostrado efectivo para incrementar la compasión en sus tres modalidades; compasión hacia otros, recibir compasión y autocompasión (Jazaieri y cols. 2012).

c) Terapia focalizada en la compasión (Compassion-Focused Therapy: CFT)

La terapia focalizada en la compasión, desarrollada por Paul Gilbert, se trata, sobre todo de una técnica terapéutica, concebida específicamente para pacientes y, en ese sentido, se diferencia del resto de protocolos, los cuales no necesariamente han sido diseñados para ser utilizados en la clínica.

Esta terapia se basa en el modelo neurofisiológico de los tres sistemas (amenaza, logro y satisfacción). El modelo teórico de esta terapia se encuentra en el apartado anterior bajo el epígrafe de “Modelo de Gilbert”.

d) *Mindfulness* y autocompasión (Mindful Self-Compassion: MSC)

El programa Mindful Self-Compassion (MSC) ha sido diseñado recientemente por Neff y Germer (2013) con el objetivo principal de ayudar a desarrollar la autocompasión. Está considerado un programa de crecimiento personal y no una terapia de grupo. El modelo teórico lo encontramos en el apartado anterior con el nombre de “Modelo de Neff”.

En cuanto a su estructura, se trata de un programa híbrido, aplicable tanto a la población clínica como al público en general, similar al MBSR y al MBCT: los participantes se reúnen dos horas y media una vez a la semana durante ocho semanas; se realiza una jornada de retiro-meditación de cuatro horas; se proponen ejercicios y periodos de discusión en grupo; y se

asignan tareas para casa con una duración diaria de 40 minutos. Los grupos están formados por 10-25 participantes, y hay un instructor por cada 10 de ellos.

Aunque este programa incluye las enseñanzas de la meditación *mindfulness*, lo hace de forma secundaria a través de una única sesión dedicada al aprendizaje de sus técnicas y habilidades.

Además, el MSC se centra en ambas formas de meditación: formal (meditación del amor incondicional y meditación de la respiración afectuosa) e informal (caricias reconfortantes y escrituras de cartas de autocompasión).

A continuación se expone el contenido de cada sesión.

Sesión 1: Descubriendo la autocompasión

Sesión 2: Practicando *mindfulness*

Sesión 3: Practicando la meditación de la compasión

Sesión 4: Buscando la voz interna de la compasión

Sesión 5: Viviendo profundamente acuerdo con nuestros valores

Sesión 6: Aprendiendo a manejar las emociones difíciles

Sesión 7: Transformando nuestras relaciones interpersonales

Sesión 8: Acogiendo y aceptando nuestra vida

A pesar de su corta vida, Neff y Germer (2013) ya han publicado un estudio en el que, aplicando este programa, los participantes mostraron una mejora significativa de autocompasión, *mindfulness*, compasión por otras personas y satisfacción con la vida en general. En el estudio también se observa una reducción de los niveles de depresión, ansiedad, estrés y evitación emocional. Otro resultado interesante es que todas estas

variables se mantenían a los seis meses e incluso al año de finalizar el programa.

No existen todavía estudios que comparen directamente el MSC con el MBSR y el MBCT. Sin embargo, si se analizan por separado los resultados de cada uno de ellos, se puede observar que el MSC incrementa la autocompasión de los participantes un 43%, frente al 19% del MBSR (resultado que se extrae de la revisión de cinco estudios en los que se aplicaba el programa: Neff, 2003a; Birnie y cols., 2010; Robins, Keng, Ekblad y Brantley, 2012; Shapiro y cols., 2005; Shapiro y cols., 2007; Shapiro, Brown, Thoresen y Plante, 2011). En cuanto a los resultados obtenidos por el MBCT en relación con la autocompasión, tres estudios obtuvieron un incremento de solo 9% (Kuyken y cols., 2010; Lee y Bang, 2010; Rimes y Wingrove, 2011).

Parte II: *Aproximación teórica al duelo*

1. **Introducción**

El duelo es la reacción psicológica normal y universal que se experimenta tras la muerte de un ser querido. La palabra “duelo” proviene del término latino “dolus”, que significa dolor. Así, cuando hablamos de “duelo”, solemos referirnos a un momento de pérdida y lo relacionamos con los términos “pena” y “aflicción”.

En ocasiones también se habla de duelo tras la pérdida de un trabajo, una separación, etc. Esta investigación, sin embargo, se centrará únicamente en el duelo tras la pérdida de un ser querido.

El duelo tiene una duración aproximada de entre dos y tres años desde la muerte del ser querido (Worden, 1997). Por ello, uno de los requisitos para participar en el presente programa ha sido que la pérdida no se hubiera producido tres años después de su inicio.

La mayoría de veces su resolución es natural y no requiere ningún tipo de intervención psicológica o psiquiátrica. Sin embargo, cuando el duelo no se resuelve de forma favorable y natural, se le denomina “duelo patológico”.

La muerte de un ser querido se considera uno de los acontecimientos vitales más estresantes que puede vivir el ser humano, de ahí la repercusión e importancia de la investigación científica sobre el duelo. De hecho, diversos estudios indican que un tercio de las consultas realizadas en atención primaria tiene orígenes psicológicos y que de ellas una cuarta parte se produce como resultado de algún tipo de pérdida (Bayés, 2001).

El siguiente cuadro detalla las manifestaciones más habituales del duelo en adultos.

Tabla 1. Manifestaciones normales del duelo en adultos (Lacasta y cols., 2009).

COGNITIVAS

- Incredulidad/irrealidad
- Confusión
- Alucinaciones visuales y/o auditivas fugaces y breves
- Dificultades de atención, concentración y memoria
- Preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes
- Obsesión por recuperar la pérdida o evitar recuerdos
- Distorsiones cognitivas

AFECTIVAS

- Impotencia/indefensión
- Insensibilidad
- Anhelo
- Tristeza, apatía, abatimiento, angustia
- Ira, frustración y enfado
- Culpa y auto reproche
- Soledad, abandono, emancipación y/o alivio
- Extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual

FISIOLÓGICAS

- Aumento de la morbimortalidad
- Vacío en el estómago y/o boca seca
- Opresión tórax/garganta, falta de aire y/o palpitaciones
- Dolor de cabeza
- Falta de energía/debilidad
- Alteraciones del sueño y/o la alimentación

CONDUCTUALES

- Conducta distraída
- Aislamiento social
- Llorar y/o suspirar
- Llevar o atesorar objetos
- Visitar lugares que frecuentaba el fallecido
- Llamar y/o hablar del difunto o con él
- Hiper-hipo actividad
- Descontrol u olvidos en las actividades de la vida diaria

Como se puede observar, las reacciones más habituales suelen producirse en los primeros meses tras el fallecimiento del ser querido y van bajando en intensidad hasta el segundo año. Sin embargo, no se puede generalizar ya que cada persona experimenta el duelo de manera distinta y no existe, por tanto, un proceso único y lineal; su duración e intensidad varía dependiendo de la personalidad de cada sujeto y sus circunstancias. La cultura en la que se inserta ese sujeto también es determinante.

Así, por citar algún ejemplo, las manifestaciones del duelo en los adolescentes, aunque son similares a las de los adultos, tienden a estar más relacionadas con el malestar fisiológico (dolor de cabeza o estómago, etc.). Los adultos, por su parte, padecen más malestar psicológico que los adolescentes (por ejemplo, baja autoestima) (Barreto y Soler, 2007).

Los autores más representativos que abordan el proceso del duelo, aunque partan de modelos conceptuales diferentes, están de acuerdo en que es un proceso complejo y multidimensional, influido por factores físicos, psicológicos, sociales y culturales.

2. Teorías explicativas del duelo

La literatura científica sobre el duelo recoge diversas teorías y modelos explicativos. Sin embargo, la vertiente cognitivo-conductual es la más utilizada y estudiada en la actualidad.

A continuación se expondrán las principales teorías sobre el duelo:

2.1 Teoría psicodinámica

Los planteamientos preliminares de la Teoría psicodinámica pertenecen a Freud (1917), quien entendió el duelo como “la retirada de la libido invertida en el objeto perdido para su posterior reinversión en otro objeto

de una forma saludable”. Freud señalaba que las personas tienen que realizar un esfuerzo para aceptar un hecho que sucede en el mundo externo y, en consecuencia, incorporar cambios en su mundo interno. Asimismo, el autor indica que existe una vinculación “entre el objeto de deseo perdido y la carga emocional que lleva adscrita. Se considera un proceso normal y predecible que tiende a evolucionar favorablemente en circunstancias normales, no siendo necesaria la intervención terapéutica”.

2.2 Teoría Cognitiva del Duelo o Teoría del apego de Bowlby

Otros autores retoman la teoría psicodinámica y la adaptan al cognitivismo al considerar que los sujetos construyen su realidad y su significado idiosincrásico en relación con los acontecimientos de la vida (Parkes y 1970). Esta concepción del mundo está basada en los primeros trabajos de Bowlby, 1977) y hace referencia a las expectativas y asunciones del mundo en el cual vive el doliente, que no solo incluye la figura de apego y las relaciones con la persona fallecida, sino que añade otros aspectos como las posesiones, la realidad de su yo interno, y las creencias y expectativas sobre el futuro. De esta forma, el autor se aparta de la tradición estrictamente psicoanalítica y reconoce la influencia de disciplinas y enfoques como la psicología cognitiva y la etología.

Bowlby también considera que los vínculos se desarrollan instintivamente en muchas especies. Esta sería la tendencia natural; desarrollar vínculos afectivos y establecer lazos emocionales intensos con otras personas. El fin de la conducta de apego es mantener el vínculo afectivo y cuando este se ve amenazado o roto aparecen reacciones emocionales intensas. Los defensores del modelo señalan que los apegos se producen por necesidad de protección y seguridad, se desarrollan mayoritariamente a edades tempranas y se dirigen hacia pocas personas. Estos vínculos tienden a perdurar a lo largo de la vida.

Bowlby propone un sentido más amplio para hablar de “duelo”, que incluye todos los procesos psicológicos, conscientes o inconscientes, que una pérdida pone en marcha, y reserva el término “aflicción” para la expresión del dolor por la pérdida.

2.3 Teoría de la perspectiva funcional-social

Bonanno y Keltner (1997) protagonizan otro acercamiento interesante al concepto de “duelo”. Estos autores consideran que las emociones juegan un papel primordial en el mantenimiento de las relaciones sociales y el ajuste a los acontecimientos vitales importantes, y señalan la importancia de la expresión de las emociones (negativas o positivas) en el proceso de duelo. Así, en el duelo se produce una amplia gama de emociones negativas (tristeza, rabia, menosprecio, hostilidad, miedo y culpa) y positivas (distracción, satisfacción por el deber cumplido y orgullo).

En contraposición con las consideraciones tradicionales que basan la recuperación del duelo en el análisis y la expresión de las emociones negativas, estos autores sugieren que la resolución adecuada se producirá en mayor medida cuando aumenten las emociones positivas y se regulen o minimicen las negativas.

2.4 Teoría de los constructos

Neimeyer (1998) apuntó que la muerte de un ser querido causa una ruptura de los constructos personales acerca del mundo, del fallecido y de su relación con él, y que este proceso exige desarrollar un nuevo esquema acorde a las circunstancias vitales del momento.

Ante la dislocación de constructos personales, Woodfield y Viney (1984) diferencian dos modos de actuación. El primero de ellos (la asimilación) intenta mantener el sistema de constructos intacto, negando la existencia

de los acontecimientos incongruentes. El segundo (la adaptación) cambia el sistema de constructos personales ajustándolo a la realidad presente mediante un proceso activo y gradual.

2.5 Teoría del estrés

Tedeschi y Calhoun (2004) propusieron una teoría complementaria a las anteriores. En ella se señalaba que el crecimiento frente a la pérdida emerge como un proceso cognitivo que da sentido al estresor (por ejemplo, el duelo), especialmente si es traumático. Estos autores hacen también hincapié en la importancia de los recursos personales para hacer frente al duelo. Así, el éxito dependerá del sentido que le dé a la pérdida; si le otorga un sentido positivo se verá reforzado tras el trauma.

2.6 Teoría médica

Esta teoría plantea el proceso del duelo como una enfermedad o una posible disfunción psiquiátrica, es decir, una desviación del estado de salud. El máximo exponente de esta teoría es Engel (1961), quien argumenta que el duelo es una enfermedad puesto que promueve un cambio de estado. Por su parte, la revisión realizada por Forte y cols. (2004) concluye que hay evidencia de que el tratamiento farmacológico es útil en la depresión por duelo.

2.7 Teoría dual del duelo

Esta teoría, también conocida como “Modelo de proceso dual” (Stroebe y Schut, 1999, 2005), considera que la habituación a la pérdida es fluctuante y dinámica, siendo necesaria una continua oscilación entre dos procesos diferentes de funcionamiento. En el primero de estos procesos (“orientado

a la pérdida”) el doliente realiza un intenso trabajo en relación con el duelo y experimenta, explora y expresa sus sentimientos en un intento de entender el sentido que tienen en su vida. En el segundo proceso (“orientado a la reconstrucción”) el superviviente se centra en los múltiples ajustes externos que tiene que realizar tras la pérdida y se concentra en las responsabilidades domésticas y laborales, en el establecimiento y mantenimiento de relaciones, y en todo aquello que favorezca la reorganización de su vida.

Este modelo señala que cada persona atraviesa el duelo de forma distinta ya que se trata de un proceso alternativo y oscilante. El modelo incluye también la reestructuración cognitiva, está alineado con las teorías más dinámicas de trabajo de duelo e implica una actitud más participativa por parte de los dolientes.

3. Teorías descriptivas: etapas o fases del duelo

Algunos investigadores describen el proceso del duelo a partir de las fases por las que atraviesa el individuo. Sin embargo, las personas que han perdido a un ser querido, no pasan por estas fases siguiendo un orden determinado; la naturaleza humana lleva consigo una hoja de ruta personal e intransferible.

Por todo ello los modelos de etapas o fases no están exentos de críticas. Se argumenta también que carecen de modelos explicativos sobre cómo la pérdida influye en la salud física y mental, dada la enorme variabilidad emocional y respuesta encontrada ante la pérdida.

A continuación se exponen los modelos de fases más representativos:

3.1 Modelo de Lindemann

Lindemann (1944) consideró el duelo como una reacción normal ante una situación estresante y lo definió como un síndrome con sintomatología psicológica y somática. Además, distinguió tres etapas: conmoción e

incredulidad, duelo agudo y resolución del proceso de duelo. El autor centra su modelo en el psicoanálisis y el desapego; lo que significa “emanciparse” del lazo que le unía al fallecido.

3.2 Modelo de Engel

Engel (1961) plantea el duelo como un proceso curativo que se desarrolla en seis fases: conmoción e incredulidad, desarrollo de la conciencia, restitución, resolución de la pérdida, idealización y resolución. Además, considera el duelo como una enfermedad. Las fases antes mencionadas actúan como camino a seguir para la curación.

3.3 Modelo Kübler-Ross

El modelo de Kübler-Ross (1969), comúnmente conocido como el de “las cinco etapas” (negación, ira, negociación, depresión y aceptación), describe un proceso por el que las personas lidian con la tragedia, especialmente cuando son diagnosticadas con una enfermedad terminal o una pérdida catastrófica.

La autora señala que estas etapas ni suceden siguiendo un orden establecido, ni son experimentadas por todas las personas. Sin embargo, Kübler-Ross observó que al menos pasarían por dos de estas etapas. En general, se suele producir un efecto “montaña rusa” que hace que pasen entre dos o más etapas, y vuelvan a hacerlo una o varias veces antes de finalizar su vida.

3.4 Modelo de Parkes

Parkes (1970) describe el proceso del duelo a través de cuatro fases: aturdimiento; anhelo y búsqueda de la pérdida; desorganización y

desesperación; y reorganización. El autor define la pérdida como una transición psicosocial donde nuestras viejas identidades y vías de entendimiento con el mundo se van abandonando gradualmente y reemplazando por otras nuevas que nos permiten entenderlo. El modelo se aparta de la tradición estrictamente psicoanalítica y reconoce la influencia de disciplinas y enfoques como la psicología cognitiva y la etología.

3.5 Modelo de Sanders

Sanders (1999) utiliza la noción de fases en el proceso de duelo y distingue cinco de ellas: choque o impresión, conciencia de la pérdida, conservación-retirada, sanación y renovación. Asimismo, considera que el duelo es un estado de progresión hacia la resolución y homeostasis; un proceso adaptativo. La resolución del duelo desde este enfoque comporta la integración de todos aquellos cambios que sean necesarios, de forma que el individuo se irá convirtiendo en una persona con una vida nueva.

3.6 Modelo de Neimeyer

Desde una perspectiva constructivista, Neimeyer (2002) distingue tres fases en el duelo: evitación, asimilación y acomodación. Este modelo permite integrar aportaciones que se han realizado recientemente, desde la antropología y la sociología, al estudio del duelo. La propuesta de Neimeyer permite una mayor amplitud en los procesos que llevan la elaboración del duelo. En ocasiones el propio autor hace referencia a “desafíos”, de tareas: evitativas, de confrontación y de restablecimiento. Su idea es vincular cada una de las fases o momentos del duelo con una tarea o tareas (psicológicas) que la persona en duelo debe realizar para progresar en el camino.

A continuación se expondrán los modelos de tareas más representativos:

3.7 Modelo de Rando

Worden y Rando (1984) coinciden en que el duelo es un proceso más activo y reemplazan las fases que hay que atravesar para superarlo por la realización que se debe tener en cuenta la idiosincrasia de cada duelo, que estaría determinada por una combinación única de factores psicológicos, sociales y fisiológicos.

3.8 Modelo de Worden

Worden (1982) define el duelo como un proceso más dinámico y por ello aporta una serie de tareas que hay que realizar: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor, adaptarse al medio con la persona querida ausente y situar de nuevo al fallecido, y seguir viviendo.

El modelo de Worden presenta una sólida argumentación científica y se considera el más completo. Por ello, el programa utilizado para la realización de la presente tesis se ha basado en este modelo y ha tenido en cuenta estas tareas, así como los mediadores que se desarrollan más adelante. El motivo es que el programa es el más dinámico y encaja con los objetivos planteados, como son aumentar la compasión, reducir la sintomatología del duelo (contando con la directa implicación de los participantes), y hacerlo dentro de un enfoque cognitivista que permita desarrollar el proceso de duelo con serenidad, utilizando las habilidades *mindfulness*.

A continuación se expondrán, siguiendo el orden del autor, las diferentes tareas del duelo. Estas tareas no tienen por qué seguir un orden determinado, aunque normalmente estén estructuradas cronológicamente:

TAREA 1: Aceptar la realidad de la pérdida

La aceptación de la realidad de la pérdida tiene un componente intelectual y otro emocional. Habitualmente a las personas en duelo les resulta sencilla la aceptación intelectual, mientras que la aceptación emocional requiere trabajar con las emociones y exponerse a ellas. Por ello, la primera tarea del duelo es afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta y no volverá. Parte de la aceptación de esta realidad es asumir que el reencuentro es imposible.

La negación de la pérdida, la mayoría de las veces, implica negar su realidad, su significado y su irreversibilidad (Dorpat, 1973). Esta negación tiene un carácter defensivo e impide que la persona en duelo se abra a la experiencia que tiene que vivir en el presente. Una de las negaciones más habituales es lo que el psiquiatra Gorer (1965) denominó “momificación”, es decir, la persona superviviente guarda las cosas del fallecido en un estado momificado, preparadas para ser usadas cuando regrese. Esta actitud da seguridad al doliente y actúa como colchón frente a la aceptación de la realidad de la pérdida.

Otra forma de protegerse de la realidad es negar su significado. En este caso, la pérdida se puede ver menos significativa de lo que realmente es. Esta es una estrategia de no aceptación que el doliente utiliza a modo de anestésico para no vivir la realidad. Estos casos pueden derivar en duelos complicados.

Otra forma de negación es, justamente, el escenario contrario: acabar con todos los recuerdos del fallecido. También se trata de una forma de evitación que practica el doliente como mecanismo de defensa. Lo puede realizar de manera total, en cuyo caso no se permite vivir la pérdida de forma real; o de manera parcial, practicando una especie de olvido selectivo.

TAREA 2: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

En segundo lugar, es necesario reconocer y trabajar el dolor de la pérdida o se acabará manifestando a través de conductas disfuncionales. El dolor que causan las emociones no inhibidas hace al doliente vulnerable, y el trabajo de exposición a sus emociones le permite acercarse poco a poco a ese dolor.

La defensa más importante que impide resolver esta tarea es no querer convivir con las emociones, bloquear los sentimientos y, en definitiva, negar el dolor. Hay personas que idealizan al fallecido. Otras utilizan el alcohol y las drogas para evadirse. Se dan incluso casos en los que el superviviente tiene una reacción eufórica (inconsistente y efímera) ante la muerte de un ser querido (Parkes, 1972). En estos casos no se resuelve esta segunda tarea y el doliente queda atrapado.

Bowlby (1980) explica que “antes o después, aquellos que evitan todo duelo conscientemente sufren un colapso, habitualmente con alguna forma de depresión”. Por ello, si esta segunda tarea no se completa el doliente puede necesitar algún tipo de intervención terapéutica.

Además de la tristeza y la disforia en el duelo, existen otros sentimientos asociados (angustia, ira, culpa y soledad) que se deben atender, procesar y evaluar de forma adecuada para poder seguir avanzando en el proceso.

TAREA 3: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente

Existen tres áreas de adaptación que se deben abordar tras la pérdida de un ser querido: adaptaciones externas, adaptaciones internas y adaptaciones espirituales.

Adaptaciones externas

Adaptarse a un nuevo medio no tiene el mismo significado para todas las personas, depende de cómo fuera la relación con el fallecido y de los distintos roles que desempeñaba cada uno en esa relación. Según Worden,

el doliente empieza a darse cuenta de las repercusiones de la pérdida (vivir y educar a los hijos en soledad, enfrentarse a una casa vacía, etc.) a los tres o cuatro meses. El superviviente no es consciente de todos los roles que desempeñaba el fallecido y esa adaptación externa le enfrenta con la realidad y hace que tenga que adaptarse a través de estrategias activas de afrontamiento.

Adaptaciones internas

La muerte hace que el doliente se replantee su sentido del “yo” como persona. Para adaptarse a esta nueva situación tendrá que creer en sí misma y actuar eficazmente para seguir viviendo de forma saludable.

En las relaciones donde el apego con el fallecido era de tipo dependiente la situación se agrava, sobre todo si este compensaba algún déficit grave del superviviente. El duelo puede suponer una regresión intensa en la que se acabe percibiendo como inútil, incapaz e infantil (Horowitz y cols., 1980). En otros casos, estas adaptaciones pueden dar lugar a una evolución positiva y permitir a la persona alcanzar un estado de mayor madurez.

Adaptaciones espirituales

En la tercera de las adaptaciones, la espiritual, el superviviente tiene que hacer un ajuste de su sentido del mundo. Según Neimeyer (1998), la muerte puede sacudir sus cimientos y hacer que se cuestione los valores fundamentales de la vida, la familia, la educación, la religión, etc. Pero no todas las muertes desafían nuestras creencias básicas; en ocasiones se ven fortalecidas y dan sentido a la pérdida. El doliente suele amarrarse a aquellas concepciones internas que le dan valor y le permiten vivir con más serenidad y sentido.

Bowlby (1980) concluyó que la adaptación espiritual era de vital importancia para la superación del duelo.

TAREA 4: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

La cuarta tarea del duelo consiste en encontrar un lugar al difunto que le permita seguir vinculado a él, pero estar a la vez abierto a la vida. Para cada persona será distinta la relación que quiera mantener con el fallecido. En cualquier caso, el superviviente fijará un tipo de relación que le dé más seguridad, sentido y valor.

Klass (1999) ha trabajado muchos años con padres que han perdido un hijo. En sus investigaciones afirma que los padres necesitan seguir estando vinculados a sus hijos fallecidos. Estos vínculos dan seguridad, calor y sentido a sus vidas y a la de sus familiares.

Muchos autores señalan que la consecución de esta tarea es lo más difícil del proceso.

A continuación, y siguiendo con el modelo de Worden (2002), se expondrán lo que él denomina “mediadores del duelo”.

Los mediadores del duelo nos permiten entender por qué cada caso de duelo se desarrolla de forma distinta (duración, comienzo, etc.).

MEDIADOR 1: Naturaleza del parentesco o relación

La elaboración del duelo es distinta según sea la relación de parentesco. Estas relaciones pueden ser de primer o segundo grado, y sus consecuencias serán diferentes en el transcurso del proceso por parte del doliente.

MEDIADOR 2: Naturaleza del apego

El segundo mediador es la naturaleza del apego que mantenía el superviviente con el fallecido. Por ello, es importante conocer la fuerza y

seguridad de ese apego, las posibles ambivalencias en la relación, los conflictos con el fallecido y las relaciones de dependencia.

MEDIADOR 3: Forma en que tuvo lugar el fallecimiento

La forma de la muerte puede ayudarnos a entender cómo afronta el proceso de duelo el superviviente. Respecto a ello, Worden (2002) realiza la siguiente clasificación: proximidad del fallecimiento respecto al doliente, muerte imprevista o esperada, muerte violenta o traumática, pérdidas múltiples, muertes evitables, muertes ambiguas y muertes estigmatizadas.

MEDIADOR 4: Experiencia con duelos anteriores

Para predecir cómo va a afrontar el superviviente el proceso de duelo es interesante saber cómo lo ha hecho en ocasiones anteriores, si es que las ha habido. Asimismo, es importante conocer su historial de salud mental. Según Byrne y Raphael (1999), una depresión mayor anterior al fallecimiento predice un riesgo más elevado de depresión mayor después del duelo por el fallecimiento del cónyuge.

Asimismo, un duelo sin resolver del pasado puede abarcar varias generaciones e influir en el proceso de duelo actual (Walsh y McGoldrick, 1991; Paul, 1965).

MEDIADOR 5: Variables personales

Bowlby (1980) defendió que se tuviera en cuenta la estructura de personalidad del doliente cuando se intentara entender su respuesta ante la pérdida. Según el autor, entre las variables a tener en cuenta están las siguientes: edad y sexo de la persona, estilo de afrontamiento, estilos de

apego, estilo cognitivo, fuerza personal (autoestima y eficacia personal) y mundo de supuestos (creencias y valores).ç

MEDIADOR 6: Apoyo social

El apoyo social viene caracterizado por cuatro variables: la disponibilidad del apoyo, tipo de apoyo, desempeño de los roles sociales, y recursos religiosos y expectativas éticas del doliente. Estas variables son determinantes en la elaboración del duelo.

MEDIADOR 7: Estrés concurrente

Otros factores que afectan al duelo son los importantes cambios que se dan simultáneamente tras la muerte de un ser querido. Aunque algunos cambios son inevitables, a veces se produce una gran desorganización familiar y personal, y graves problemas económicos.

4. Evaluación y diagnóstico

La naturaleza del duelo es compleja y, por tanto, también lo es su evaluación. Como se ha dicho anteriormente, en el duelo confluyen toda una serie de manifestaciones cognitivas, motoras y fisiológicas que hay que tener en cuenta a la hora de evaluar al doliente. Para realizar un diagnóstico preciso es necesario recopilar y analizar todos los datos que tengamos al alcance, especialmente los de carácter familiar.

Sin embargo, la obtención de datos requiere de grandes habilidades de escucha y comunicación, y exige utilizar fuentes diversas como la entrevista, la observación directa, los cuestionarios o los registros e historia de vida (Barreto, Molero y Pérez, 2000).

Se trata de un proceso multidisciplinar en el que participan los dolientes y los profesionales de la salud que los atienden: enfermeras, médicos, psicólogos; y, en caso de catástrofes, policía, bomberos y cualquier grupo de trabajadores que estén en contacto con las personas afectadas.

Existen diversas áreas de evaluación que actúan como sistemas que deben ser observados, analizados y registrados: la estructura y el funcionamiento familiar, la historia del fallecido, las necesidades individuales y familiares, las conductas problemáticas y las peticiones de intervención (Barreto y Soler, 2007).

La evaluación se debe realizar con una actitud empática, ya que esta primera toma de contacto constituye para el doliente el primer paso en la terapia. A partir de ahí se establecerá un compromiso de trabajo por parte del doliente que irá afianzándose a través de la comunicación abierta, asertiva y empática.

A continuación se expondrán esquemáticamente los principales instrumentos que se utilizan en la práctica clínica. En primer lugar, cabe señalar que se diferencia de la entrevista, más o menos estructurada; y de los cuestionarios, más o menos específicos, que nos permiten obtener información sobre el tipo de duelo (normal o patológico) por el que atraviesa la persona. Esto sirve para orientar o reorientar las siguientes sesiones de ayuda.

Al respecto, los instrumentos más utilizados son los siguientes: la entrevista personal, el genograma, los autoinformes (historia personal y cuestionarios), la autoobservación (autorregistros), la observación directa y las medidas psicofisiológicas.

Por su parte, los cuestionarios generales más significativos para la evaluación del duelo son los siguientes:

- Inventario de Experiencias en Duelo (IED).

(*The Grief Experience Inventory*, Sanders, Mauger y Strong, 1985).
García-García, Landa, Trigueros y Gaminde (2001) lo han adaptado

al castellano, y su validez y fiabilidad resulta equivalente al de la prueba original.

- Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD)

(*The Texas Revised Inventory of Grief*, Faschingbauer, Zisook y De Vaul, 1987). García-García, Landa, Treigueros, Calvo y Graminde (1995), y García-García y Landa (2001) lo han adaptado al castellano y validado, siendo la fiabilidad de las dos partes prácticamente idénticas a la original.

- Inventario de Duelo Complicado (IDC)

(*The Inventory of Complicated Grief*, Prigerson y Jacobs, 2001). Procede de una versión anterior (Prigerson, Maciejewski, Newson, Reynolds, Bierhals, Hiller, Fasiczka, Doman y Houck, 1995). La adaptación al castellano del IDC ha sido llevada a cabo por Limonero y cols (2009).

En el apartado “Investigación” se desarrolla más ampliamente el IDC, dado que es uno de los cuestionarios que se han utilizado para la realización de la presente tesis dada su eficacia en la diferenciación entre duelo complicado y duelo normal.

- Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (CRDC)

(*The Risk Index*, Parkes y Weiss, 1983). García-García, Landa, Grandes, Mauriz y Andollo (2002) lo han traducido y está en fase de validación.

- Valoración del Riesgo de Complicaciones en la Resolución del Duelo (VRCRD) (Soler, Barreto y Yi, 2002). Diseñado para ser cumplimentado por los profesionales de los cuidados paliativos de cualquier nivel asistencial.

- *Grief Reaction Checklist* (GRC) (Remondet y Hansson, 1987). Dirigido a evaluar la aceptación, el encierro y la reintegración social. Las puntuaciones se relacionan con medidas a largo plazo de ajuste social y emocional, y del estado de salud.

- Escala Emocional de las Caras (EEC)

(*Facial Affective Scale*, McGrath, De Veber y Hearn, 1985; Neimeyer y Hogan, 2001). Es una escala representada por siete caras que expresan la situación emocional en la que se evaluará cómo se siente la persona en ese momento.

Existen otros cuestionarios más específicos que evalúan situaciones particulares en relación con la pérdida como puede ser el duelo de hermanos o un suicidio. A continuación se exponen los más importantes:

- *Perinatal Grief Scale* (PGS) (Toedter, Lasker y Alhadeff, 1988). Se construyó para evaluar las reacciones de mujeres y sus compañeros tras experimentar un aborto espontáneo, un embarazo ectópico, una muerte fetal o una pérdida neonatal, dando por sentado que este tipo de pérdidas, por la ausencia de objeto de duelo y la mayor probabilidad de culpabilidad materna, suponían una mayor dificultad.
- *Hogan Sibling Inventory of Bereavement* (HSIB) (Hogan y Greenfield, 1991). Dirigido a evaluar la pérdida de hermanos durante la niñez o la adolescencia.
- *Grief Experience Questionnaire* (GEQ) (Barret y Scott, 1989). Elaborado para la evaluación del suicidio y las reacciones somáticas, pérdida de apoyo social, estigmatización, culpa, responsabilidad, vergüenza, rechazo, conducta autodestructiva y reacciones particulares como son el ocultamiento de la causa de la muerte.

Además de los cuestionarios señalados, existen otros instrumentos de medida (inventarios, escalas, etc.), que podrían valorar la presencia o no de indicadores de duelo complicado. No es intención de este trabajo enumerarlos todos. Para encontrar información detallada al respecto, consultar Barreto y cols. (2012).

Los cuestionarios que más se utilizan en la práctica clínica debido a su alta fiabilidad y validez son el IDC y su adaptación española (Limonero y cols.,

2009), y el CRDC (Parkes y Weiss, 1983). De hecho, es uno de los cuestionarios que se han utilizado en la presente investigación.

5. Duelo normal y duelo complicado

Como se ha dicho anteriormente, el duelo es una respuesta normal a la pérdida de un ser querido. Habitualmente el malestar suele desaparecer con el paso del tiempo, pero en ocasiones el superviviente experimenta reacciones que interfieren en su vida cotidiana hasta el punto de necesitar ayuda especializada. Estas reacciones o estados de ánimo constituyen lo que se ha venido en llamar duelo “anómalo” “complicado” o “traumático/patológico”. Sabemos además que el duelo puede aumentar el riesgo de sufrir enfermedades psicosomáticas, cardiovasculares y de derivar en suicidio, y que una cuarta parte de los viudos o viudas sufren depresión o ansiedad en el primer año tras la pérdida (Olmeda, García Olmos y Basuarte, 2002).

Resulta complejo diferenciar entre duelo patológico y duelo normal. No obstante, a la hora de evaluarlos, se deben tener en cuenta diversos factores: la intensidad y duración de los sentimientos y conductas, la incapacidad para mostrar cualquier signo que tenga que ver con el duelo, las prácticas de luto culturalmente determinadas, cualquier otro factor que pueda hacer el duelo más duradero y la personalidad del doliente (fundamentalmente, su estilo expresivo).

Como se comentará en el apartado “Investigación”, el primer cuestionario de la presente tesis doctoral (IDC) se empleaba, precisamente, para saber si se trataba de un duelo complicado o no.

En el DSM-IV se considera el duelo bajo el epígrafe de “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” y señala que la categoría de duelo debe utilizarse cuando se trate de una reacción a la muerte de una persona querida. Este manual no utiliza la etiqueta de “duelo complicado” ni cualquier otra de significado equivalente, sin embargo, sí describe los

síntomas comunes a un episodio depresivo grave, advirtiendo de la importancia de no diagnosticar este trastorno antes de dos meses tras la pérdida.

Muchos investigadores y clínicos utilizan el término “duelo complicado” para nombrar formas de duelo que pueden considerarse patológicas. Recientemente, Prigerson y cols. (2001) han cambiado el término “duelo complicado” por “trastorno de duelo prolongado”. Sin embargo, estos autores hacen hincapié en que esta nueva denominación no debería llevar implícita la duración como único indicador del proceso.

Prigerson y cols., además de definir el concepto de “duelo prolongado”, establecen una diferencia entre la “pena traumática”, con presencia de síntomas de malestar por la pérdida (pensamientos intrusivos, añoranza, búsqueda del fallecido y soledad), de los síntomas de “malestar traumático” (falta de metas y sensación de inutilidad respecto al futuro, sensación de indiferencia o ausencia de respuesta emocional, dificultades para aceptar la muerte, excesiva irritabilidad, amargura y enfado, etc.). Según estos autores, el concepto de “duelo prolongado” cubre más rango o subtipos de diferentes patologías, dentro del duelo o asociadas a este. Esta nueva terminología ha sido propuesta para la próxima edición del DSM-V.

Weiss (2001), por su parte, señala que hay que tener en cuenta las diferencias entre duelo normal y duelo patológico, y que el concepto de “duelo complicado” es solo un camino que termina tras un proceso continuo. El autor hace otra consideración al respecto: “Es posible que la etiqueta de ‘duelo complicado’ englobe tanto elementos característicos del trauma, como elementos inherentes a la pérdida”.

Bonanno y cols. (2005) cambian la consideración patológica de duelo y sugieren que la ausencia de reacciones habituales de duelo complicado puede indicar resiliencia. Así, cuando los dolientes experimentan este tipo de reacciones por un breve periodo de tiempo puede no tratarse de algo atípico o patológico. Por tanto, según este investigador, en el caso de

ausencia de duelo no sería apropiado realizar ningún tipo de intervención psicológica.

Parkes (2005, 2006), en las jornadas científicas *Omega: The Journal of Death and Dying*, indica que la solución más sencilla sería crear una entidad patológica con características individuales que le den consistencia y pueda formar parte de un constructo independiente dentro del nuevo DSM-V.

Mikulincer y Shaver (2007) también consideran que hay que ser cautos haciendo interpretaciones patológicas si hay ausencia de pena o dolor. Asimismo, hay que tener cuidado a la hora de evaluar al pequeño porcentaje de personas que aparentemente son más resilientes, y estudiar y analizar los resultados en profundidad.

En definitiva, los investigadores actualmente prefieren dotar al duelo de una entidad sólida que permita elaborar intervenciones específicas, ya que existen diferencias entre duelo patológico y la depresión crónica. Es posible que las personas que sufren duelo patológico se beneficien más tratando de elaborar el duelo desde una perspectiva terapéutica centrada en la pérdida que desde una perspectiva basada en la depresión. Del mismo modo, las personas que sufren depresión crónica se verán más beneficiadas de un planteamiento orientado a la gestión de habilidades de tipo emocional, autorregulación y apoyo a las relaciones sociales (Bonano, 2005).

El nuevo DSM-V, publicado en mayo de 2013, excluye el duelo del diagnóstico de depresión. Si bien el DSM-IV excluía dentro de la depresión a las personas que mostraban dichos síntomas tras la pérdida de un ser querido en los dos meses anteriores, el DSM-V omite esta exclusión. Según los autores, cuando el duelo y la depresión se dan a la vez, este es más prolongado y severo respecto a un proceso de duelo sin trastorno por depresión. El nuevo DSM-V pone en manos de los clínicos diferentes estrategias que les permite diferenciar entre la depresión mayor, el duelo normal y el duelo patológico o complicado. En el DSM-V aparece una nueva

categoría diagnóstica para el duelo patológico o complicado llamado trastorno relacionado con el duelo complicado persistente y crónico.

6. Intervenciones en duelo

Se han realizado diferentes tipos de intervenciones en duelo. Mientras que los resultados son favorables para las personas que sufren un duelo complicado, son contraproducentes para aquellos sujetos que atraviesan un duelo normal. El duelo es un fenómeno natural e incluso contribuye positivamente al crecimiento personal, y por ello, no está justificada la intervención psicoterapéutica o farmacológica de forma rutinaria (Raphael, Minkov y Dobson, 2001).

Raphael y cols. (2001) adaptaron las intervenciones planteadas por Mrazek y Haggerty (1994) para los problemas de salud mental. El autor distingue entre intervenciones preventivas, terapéuticas y de mantenimiento.

6.2 Intervenciones preventivas

Están diseñadas para mitigar la sintomatología en duelos normales y, por lo tanto, destinadas a la población en general. También son conocidas como “intervención preventiva primaria”.

Respecto a la eficacia de la prevención primaria o universal, hay investigaciones citadas por Schut, Stroebe, Bout, Terheggen (2001) que muestran resultados decepcionantes y a veces negativos en adultos: programas de intervención en crisis (Polak, Egan, Vandenberg y Williams, 1973,1975; Williams, Lee y Polak, 1976, Williams y Polak, 1979; y Constantino, 1981); ayuda mutua (Lund y Caserta, 1992; Caserta, Lund y Dimond, 1993); y, por último, la psicoterapia breve en grupo (Yalom, 1990).

Otros trabajos sobre las intervenciones preventivas primarias ponen también de manifiesto su carácter provisional: intervención en grupo (Barret, 1978); información, expresión de emociones y ayuda mutua (Stroebe y Stroebe, 1983); programa psicoeducativo (Sabatini, 1988 y 1989); reestructuración cognitiva, destrezas conductuales y autoayuda (Walls y Meyers, 1985); y por último, cuatro sesiones dirigidas a incrementar la percepción del control (Zautra, 1989).

Afortunadamente, no ocurre lo mismo en niños, donde la efectividad de la prevención primaria tiene resultados prometedores. Sin embargo, Currier, Holland y Neimeyer (2007) señalan que hay que tener en cuenta que los estudios en poblaciones infantiles presentan deficiencias metodológicas y consideraciones éticas que dificultan la generalización e interpretación de los resultados. En cualquier caso, es manifiesta la necesidad de abordajes específicos por edad (Shut y cols., 2001).

En líneas generales, Shut y cols. (2001) señalan que la intervención precoz puede interferir en el curso normal del duelo y el apoyo social, dificultando la búsqueda por parte del doliente de sus propios caminos y soluciones para conducirse en los problemas ocasionados por la pérdida.

Jordan y Neimeyer (2003), centrándose en las principales revisiones y meta-análisis existentes en la literatura sobre intervención en duelo, sugieren que la intervención no debería presuponerse necesaria y eficaz en todos los casos.

Por su parte, Schut y Stroebe (2006), en una revisión bibliográfica de estudios sobre intervenciones en pacientes dolientes, alcanzaron las siguientes conclusiones: a) las intervenciones tempranas en duelo interfieren en el proceso natural del mismo y son desaconsejables; y b) las intervenciones son más efectivas cuando se aplican a duelos patológicos, siendo imprescindible identificar los posibles factores de riesgo para estar alerta.

Flenady y Wilson (2009) llevaron a cabo una revisión para la biblioteca Cochrane. Este estudio perseguía evaluar los efectos de proporcionar cualquier forma de apoyo médico, social, psicológico, etc. a la madre, el padre y las familias después de una muerte perinatal. Debido a los insuficientes estudios de calidad, la revisión no pudo plantear conclusiones destacadas. Si bien el apoyo a los padres y a las familias después de una muerte perinatal está justificado, no hay suficientes pruebas que confirmen o desmientan los beneficios de los diferentes tipos de intervención.

Por su parte, Wittouck y cols. (2011) incluyeron un total de 14 estudios (n=1.655 sujetos), donde 910 pacientes recibieron la intervención y el grupo control estaba formado por 745 personas. Se encontró que las intervenciones preventivas no mostraron resultados significativos. En cambio, las intervenciones terapéuticas parecían ser eficaces en el alivio a corto y largo plazo de los síntomas del duelo complicado, aumentando su efecto significativamente con el tiempo.

La intervención preventiva secundaria o selectiva ideada para dolientes más vulnerables a los riesgos del duelo tienen resultados más prometedores, aunque también sean modestos.

Allumbaugh y Hoyt (1999) incluyeron 35 estudios en su investigación (13 sin grupo control y 22 con grupo control y asignación aleatoria), para 2.284 sujetos. En este estudio se concluye que las intervenciones en duelo dirigidas a personas que deciden pedir ayuda profesional y comienzan pocos meses después de la pérdida son las que obtenían mejores resultados.

En un estudio realizado con viudas, la intervención en crisis centrada en el *counselling* (desarrollado en apartado siguiente) en la que se potenciaba la expresión emocional, la mejora del apoyo social y el reconocimiento de la pérdida mostró resultados positivos (Raphael, 1977).

Por su parte, los grupos de autoayuda en dolientes ancianos aumentan el sentido de control y se asocian con un descenso del malestar psicológico, ya que sirven para prevenir la depresión en este grupo.

6.2 Intervenciones terapéuticas

Se utilizan en aquellas personas que desarrollan un duelo patológico o complicado. Se conoce también conocida como “intervención preventiva terciaria”.

Las intervenciones terapéuticas han mostrado tener resultados beneficiosos para los supervivientes. Sin embargo, se observan diferencias de sexo y, en general, se ha puesto de manifiesto que los distintos sujetos reaccionan de forma diferente a las intervenciones (por ejemplo, los hombres se benefician del tratamiento centrado en las emociones y las mujeres del centrado en los problemas).

El modelo de Ramsay (1979) de desensibilización conductual a la pérdida, basado en la inundación, resulta adecuado en las reacciones de duelo fóbicas (Raphael y cols., 1999).

Por su parte, el programa de “luto guiado”, de una duración de seis a diez sesiones, consiste en la exposición a estímulos dolorosos, a situaciones y recuerdos (mediante desensibilización sistemática y la escritura de, al menos, una página diaria sobre el fallecido). Este programa obtuvo mejorías en algunos aspectos en comparación con el grupo control. Sin embargo, se observó que varias semanas después del tratamiento los sujetos volvían a niveles basales (Mawson, Marks, Ramm y Stern, 1981; y Sireling, Cohen y Marks, 1988).

Kleber y Brom (1992) y Brom, Kleber y Defares (1986) compararon la hipnoterapia, la terapia dinámica y el enfoque comportamental en sus trabajos y descubrieron que las tres intervenciones producían una notable

reducción de la sintomatología evitativa. En cambio, la disminución de la intrusión fue menor en la intervención de orientación psicoanalítica.

Schut, De Keijser, Van der Bout y Stroebe (1996) estudiaron los efectos de la denominada “terapia del duelo modalidad cruzada”, que consiste en una intervención que integra técnicas artísticas y conductuales en grupo, y obtuvieron buenos resultados en el área de ansiedad, insomnio y problemas de funcionamiento diario. Sin embargo, la muestra era demasiado pequeña y por ello recomiendan ser cautos a la hora de generalizar los resultados.

Los procesos de duelo complicado y los trastornos relacionados con la pérdida son los que más se benefician y obtienen resultados más positivos en la intervención, especialmente si es el doliente el que inicia el contacto, probablemente porque refleja una mayor motivación, confianza en el terapeuta y sufrimiento personal (Videka-Sherman y Lieberman, 1985; Caserta y Lund, 1992; y Rynearson, 1995).

Así, Von Fortner (1999) analizó 23 estudios con asignación aleatoria y grupo control, con un total de 1.600 sujetos. Este meta-análisis concluye que resulta muy difícil justificar el asesoramiento psicoemocional (*counselling*) o la terapia de duelo en personas con duelo normal. Sin embargo, y como se decía anteriormente, parece ser de ayuda en personas con duelo de riesgo o complicado.

Shear y cols. (2005), en un estudio cuasi experimental, reclutaron a un total de 83 mujeres y 12 hombres, de entre 18 y 85 años, para comprobar dos intervenciones (intervención psicoterapéutica y terapia de duelo complicado). Ambas intervenciones fueron administradas en 16 sesiones durante 19 semanas y constaban de tres fases. Una vez más, se vio que tanto la intervención psicoterapéutica como la terapia de duelo complicado produjeron una mejoría de los síntomas. Cabe destacar que la tasa y el tiempo de respuesta fueron mejores para el tratamiento de duelo complicado que para la psicoterapéutica.

De los estudios que analizan la eficacia de los grupos de terapia destaca también el meta-análisis realizado por Kato y Mann (1999). De los 8 trabajos revisados solo uno de los estudios refleja resultados positivos, en 6 de ellos la intervención grupal no tiene ningún efecto y en el otro solo se encuentran resultados levemente positivos. Quizás la pobreza de resultados se deba a que los miembros de dichos grupos no son población clínica con un diagnóstico claro de duelo complicado y constituyen más grupos de apoyo que promueven actividades de índole social sin cambios cognitivos ni reestructurantes de la sintomatología asociada al duelo complicado. Otra de las conclusiones que obtuvieron fue que la intervención psicológica para la depresión debida al duelo tampoco resulta eficaz para aliviar el sufrimiento experimentado por la persona doliente.

Currier, Neimeyer y Berman (2008) revisaron 61 estudios controlados y realizaron posteriormente un meta-análisis. En general, los análisis mostraron que las intervenciones presentan un efecto pequeño a corto plazo, pero ningún beneficio estadísticamente significativo a largo plazo. Sin embargo, una vez más, las intervenciones dirigidas a personas dolientes con dificultades para adaptarse a la pérdida habían obtenido resultados favorables comparables a las intervenciones psicoterapéuticas para otras dificultades. De este estudio se desprende que es importante atender a las personas en duelo, pero que es necesario seguir investigando sobre el tipo de intervención más conveniente.

Dos años después, estos mismos autores incluyeron un total de 11 estudios (n=1.113 personas), 10 de ellos con asignación aleatoria. Se encontró que quienes recibieron la intervención cognitivo-conductual (TCC) obtuvieron mejores resultados a corto y largo plazo. Cabe destacar que intervenciones no centradas en la TCC obtuvieron mejores resultados a corto plazo que no realizar ninguna intervención, pero estas diferencias desaparecían a largo plazo.

6.3 Intervenciones de mantenimiento

Estas intervenciones sirven para mejorar la evolución y prevenir la emergencia de complicaciones en duelos de riesgo. Se las conoce también con el nombre de “intervención preventiva secundaria”.

Por su parte, las intervenciones de mantenimiento resultan útiles y pretenden rehabilitar al doliente, aumentar su calidad de vida, ayudarle a vivir lo mejor posible con cualquier trastorno residual y disminuir la morbilidad y la discapacidad. Este tipo de intervención no se puede recomendar a la ligera ya que, aunque tiene un gran valor para el que la necesita, puede producir daños en el que no la precisa.

Tanto el *counselling* como el tratamiento especializado son instrumentos útiles en el manejo del duelo complicado, aunque el primero suele asociarse a la prevención (Barreto y Soler, 2003). A pesar de ello, debido a su uso extendido, vamos a considerarlo como una entidad propia y se tratará de manera independiente en el siguiente apartado.

6.4 *Counselling* y duelo

El *counselling* o asesoramiento psicológico es una terapia procedente de la psicología humanista que explica cómo afrontar la pérdida de un ser querido y la mejor manera de ayudar a quienes la sufren. Se trata de un método muy conocido en los países anglosajones y que se ha ido introduciendo en España en los últimos años.

El *counselling* es el marco de intervención idóneo ante el fenómeno del duelo. La actuación ante este proceso ha de hacerse mediante la colaboración de un equipo multidisciplinar. Además, requiere de una actitud que determina el modo de vincularse a la persona en duelo.

Rogers (1942), uno de los indudables promotores del *counselling*, señala como actitudes básicas la empatía, la veracidad y la aceptación incondicional. La primera (empatía) hace referencia a la disposición y habilidad para comprender y transmitir comprensión a la persona que se acompaña, es decir, entender la situación vital en que se encuentra respetando su punto de vista. La segunda (congruencia y veracidad) consiste en expresar con sinceridad que se siente solidaridad hacia el sufrimiento del otro, y que de verdad se pretende ayudar con todas las herramientas que están a su alcance. Requiere además de un sólido asentamiento en valores por parte del profesional que presta la ayuda. Evidentemente, este proceso implica un riesgo pues el compromiso con el sufrimiento produce a su vez dolor. Sin embargo, permite una praxis profesional que genera mayor satisfacción personal que la mera aplicación técnica de conocimientos. Finalmente, la tercera actitud (aceptación incondicional) resalta la importancia de aceptar, sin juicios de valor y sin reservas, la biografía de la otra persona, su estilo de vida y sus comportamientos. Esta actitud promueve también la fortaleza de la relación terapéutica e impide procesos de reactividad y contracontrol innecesarios que generan sufrimiento en ambas partes de la relación.

El *counselling* se sustenta en habilidades relacionales, fundamentalmente las de comunicación asertiva, la provisión de soporte emocional, el planteamiento de solución de problemas y la capacidad de control de las emociones. Los investigadores consideran importante motivar el cambio desde la persuasión (no la imposición). También resulta inoportuno proporcionar consejos no pedidos que habitualmente son disonantes con el estado de ánimo de la persona.

En esta línea de trabajo, Arranz y cols. (2003) se plantearon algunos puntos básicos en la provisión de soporte emocional: reconocer por parte del profesional las propias emociones; fomentar la reflexión antes de actuar; detener las reacciones inmediatas; entender y contener las reacciones emocionales de las personas; ayudar a que la persona se entienda; confrontar las emociones desde la empatía; ayudar a descubrir sus propias estrategias adaptativas y potenciar sus recursos; buscar y activar apoyos

familiares y sociales en su entorno próximo; y, en caso de que el estado de ánimo presente acusadas características ansiosas o depresivas, derivarlo a un especialista para un tratamiento específico psicológico y/o farmacológico.

PARTE III: *Mindfulness, compasión y duelo*

Como ya se ha comentado en apartados anteriores, la pérdida de un ser querido lleva implícito el inicio de un proceso de duelo. Su duración y forma vendrá determinada por muchos factores, siendo uno de los más importantes la relación de parentesco con el fallecido.

El duelo, entendido como un proceso, suele tener una resolución satisfactoria; lo que conocemos como “duelo normal”. Sin embargo, en algunas ocasiones su resolución no es tan favorable y lleva consigo la aparición de lo que se conoce en la literatura científica como “duelo complicado”. En esta investigación se ha aplicado un programa de habilidades *mindfulness* y compasión a una población en la que algunos sujetos se encontraban en proceso de duelo normal, y otros de duelo complicado.

En cuanto a la relación duelo y *mindfulness* en la literatura científica, después de realizar una búsqueda exhaustiva en las principales bases de datos (Psicodoc, Medline, Pubmed, Psycinfo, etc.), solo se ha encontrado una docena de artículos en los que se mencionara el proceso de duelo relacionado con algún tipo de práctica de meditación o programas de habilidades *mindfulness*.

El primer trabajo que encontramos es de Edwars (1997), quien escribió un artículo en el que hacía referencia al hecho de estar presente con conciencia plena en el proceso de duelo y sus beneficios. El autor distingue varios aspectos en los que se debe estar presente con conciencia plena: conciencia de la experiencia, importancia del diálogo entre terapeuta y doliente y transformación que se produce en el proceso entre ambos,

focalizarse en el proceso en contraposición a querer eliminarlo, la importancia de realizar una revisión vital, confrontación con la ausencia versus el vacío de la pérdida y, finalmente, estar presente con lo que se está experimentando sin tener la necesidad de cambiarlo.

Otro investigador que trabaja en situaciones de duelo utilizando técnicas *mindfulness* es Kumar (2005). Este autor elabora un listado con una serie de tareas a realizar durante el proceso de duelo basado en su experiencia clínica:

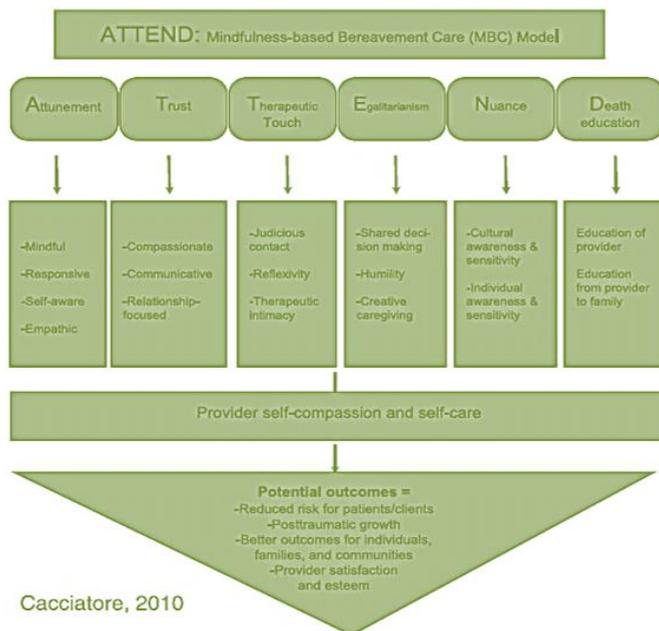
- Practicar meditación *mindfulness*
- Prepararse para los altibajos emocionales
- Gestionar el tiempo y tareas tras la pérdida
- Comer con conciencia plena (*mindfulness*)
- Realizar ejercicio con regularidad
- Mantener un vínculo afectivo con el fallecido a través de pequeños rituales
- Mantener el contacto con familiares y amigos; no aislarse
- Marcarse objetivos dentro del proceso de duelo

Kumar no tiene publicaciones en las que analice el impacto de todas sus tareas y la manera de relacionarlas con variables psicológicas. Su listado de tareas es fruto de su experiencia como especialistas que acompaña a personas en proceso de duelo. El autor insiste en el beneficio que obtienen los dolientes cuando trabajan con sus tareas y en la resolución satisfactoria del duelo.

Desde este mismo planteamiento, Wada y Park (2009) integran la psicología budista en el marco del proceso de *counselling* para personas en duelo. Los autores señalan que el duelo forma parte de la vida y que este debe experimentarse como un proceso, no como algo aislado. Además, añaden que tiene que darse un balance entre hacer y ser, y consideran el duelo como una tarea a realizar, sin dejar de lado la parte existencial de la experiencia. Finalmente, los autores plantean la posibilidad de trabajar

tanto de forma individual como grupal. Estos tres trabajos son muy teóricos y no analizan ningún tipo de variables.

Cacciatore y Flint (2010), por su parte, han propuesto un modelo teórico interdisciplinario conocido como “ATTEND”, que obedece a las siglas *attunement, trust, touch, egalitarianism, nuance and death education*. Este modelo representa un paradigma para el cuidado de personas y terapeutas que trabajan con experiencias de muerte. Su aplicación es compleja ya que aglutina conceptos y prácticas del programa MBSR y MBCT.



En el gráfico se observa la importancia de trabajar con todos los componentes del modelo para llegar a desarrollar el autocuidado y la autocompasión. Es el primer modelo donde aparece la autocompasión como elemento a generar o desarrollar.

Otros trabajos que utilizan un programa estructurado de habilidades *mindfulness* son el de Tacon (2011) y el de O’Flanagan, Bates, Sarma y Guire (2011). El primero de ellos aplica el programa MBSR a una población de pacientes con cáncer de mama. Se trata del primer estudio en el que se analizan variables relacionadas con la pérdida y el duelo. Su interés reside en que, tras someterse al programa, los sujetos mejoraron en las puntuaciones de factores de duelo, pérdida y ansiedad anticipatoria. Además, los efectos permanecieron después de 6 meses.

En esta misma línea, la investigación llevada a cabo por O’Flanagan y cols. (2011) empleó el programa MBCT para tratar a sujetos con duelo prolongado. Después de la intervención los participantes también mejoraron en las variables de duelo y depresión.

Kumar, en su libro *Mindfulness for Prolonged Grief* (2013), elabora un nuevo listado de tareas a realizar en el caso de duelo complicado:

- Identificar el duelo
- Meditación *mindfulness*
- *Mindfulness* del cuerpo
- Durmiendo con atención plena
- *Mindfulness* en movimiento
- Alimentación *mindfulness*
- *Mindfulness* en limpieza y tareas domésticas
- Transformando el dolor: compasión y autocompasión
- Creatividad
- Resiliencia *mindfulness*

Muchas de las tareas ya se planteaban en su trabajo anterior. Como novedad, añade a estos conceptos los de “creatividad”, “resiliencia” y “compasión”. Con ello, Kumar aporta una perspectiva positiva a la experiencia del duelo; no solo se puede salir de él con éxito —dice el autor— sino que puede ayudarnos a crecer como personas. De los tres conceptos nuevos, es posiblemente la compasión y la autocompasión la que otorga más protagonismo al doliente y lo sitúa en una perspectiva de

autocuidado y participación en el proceso de resolución. Se da cierta sinergia entre el modelo de Cacciatore y la propuesta de Kumar. Al igual que su libro anterior, *Grieving Mindfully* (2005), este nuevo trabajo también está basado en su experiencia clínica y, aunque no sea un programa estructurado en sesiones, sí que describe con precisión las tareas a realizar utilizando muchos ejemplos que incluyen prácticas de meditación *mindfulness* y compasión.

Tres años después de la publicación del *Mindfulness-based Bereavement Care (MBC) Model*, Cacciatore, Thieleman, Osborn y Orlowski (2013) han publicado un artículo de un caso de un paciente con duelo complicado que es sometido a una intervención terapéutica donde se utiliza el modelo propuesto por los autores. Pese a ser un caso aislado, los investigadores señalan los beneficios del uso de las técnicas *mindfulness* y compasión para las personas que pasan por una situación de duelo complicado. Todavía está pendiente de ser utilizarlo en futuras investigaciones con una muestra más amplia.

Thieleman, Cacciatore y Hill (2014) han publicado un artículo en el cual describen los beneficios de la puesta en práctica de su modelo que hemos descrito anteriormente a una población de sujetos que estaban experimentando un duelo traumático. Tras la intervención los sujetos disminuyen sus síntomas de ansiedad y depresión, a la vez que presentan puntuaciones más bajas para la escala de medida por estrés postraumático.

O'Connor, Piet y Hougaard (2014) también han realizado un trabajo sobre duelo aplicando habilidades *mindfulness* y, en concreto, el programa MBCT a personas mayores con pérdidas recientes y sintomatología depresiva. Tras su aplicación se advirtió que disminuyeron los síntomas depresivos y las puntuaciones para la variable de duelo.

Más recientemente, Stang (2014), en su libro *Mindfulness y Grief*, ha desarrollado un programa de habilidades en *mindfulness* en el que incluye las meditaciones de compasión como uno de las sesiones clave de su propuesta. El programa de Stang presenta la estructura clásica de ocho

semanas, con sesiones semanales de dos horas y media de duración. Como novedad Stang añade un día de retiro en silencio, tal y como lo hacía Kabat-Zinn en el MBSR. El programa consta de las siguientes sesiones:

1. Conciencia plena o *mindfulness*
2. Relajación consciente
3. Compasión y perdón
4. Habilidades para afrontar el duelo
5. Aprender a vivir tras la pérdida
6. El sentido de la reconstrucción
7. Permitir la reconstrucción
8. Incorporar *mindfulness* a la vida diaria

Este programa todavía debe de ser utilizado para demostrar su validez en el contexto del duelo. Tanto las técnicas de habilidades en *mindfulness*, como la compasión constituyen el grueso de la intervención. Este es el primer modelo teórico-práctico que está diseñado para intervenciones en duelo. Contiene la estructura clásica de los programas de habilidades en *mindfulness*, además de incluir sesiones dirigidas a trabajar el sentido de la reconstrucción y las habilidades para afrontar el duelo. Estas sesiones contienen un marco teórico tras ahondar en el estudio de los autores clásicos que han trabajado en el campo del duelo.

Por último, Roberts y Montgomery (2015) han realizado un estudio piloto en cual han aplicado el programa de habilidades en *mindfulness* MBSR para personas en duelo perinatal. Los resultados reflejan reducciones en los niveles de duelo y el aumento de puntuación para las variables de habilidades en *mindfulness*.

A la vez que se ponía en marcha esta investigación, se estaba gestando el programa MSC que, como se ha explicado en la parte primera de este trabajo, utiliza la compasión como principio motor. El programa *Mindful Self-Compassion* (MSC) ha sido diseñado recientemente por Neff y Germer (2013), y también mostrará su validez para abordar su posible implementación en el duelo.

Como se ha visto, no son muchos los trabajos que aglutinan *mindfulness*, compasión y duelo. Sin embargo, teniendo en cuenta las limitaciones de los estudios y la muestra, podemos concluir que los resultados son prometedores. Además, todos comparten un denominador común: la práctica de la compasión y el uso de *mindfulness* en el día a día.

Estas distintas propuestas teóricas y sus modelos tienen que servir para dar sentido a la experiencia del duelo. Lo novedoso de las técnicas de habilidades en *mindfulness* y compasión es que quieren utilizar el mismo marco teórico, pero dándole sentido a cada una de las etapas que atraviesan los dolientes y a cada una de las tareas que van realizando. En definitiva, *mindfulness* y compasión no están fuera del duelo, ni son herramientas auxiliares; forman parte del mismo proceso, pero su finalidad es integrar la experiencia y vivirla con más conciencia. Todos los programas descritos tienen un objetivo común que es descubrir y poner en práctica estas habilidades. El desarrollarlas en el tiempo ayuda a integrar la ausencia. Por ello, estos programas persiguen varios fines: desde reducir el aislamiento de los dolientes, pasando por el control y regulación de sus emociones, hasta cultivar la compasión hacia ellos y hacia los demás. Por ejemplo, el programa de Stang (2014), en una de sus sesiones se centra en cultivar el perdón. Quizás el fin último sea, que una vez integrado y resuelto el duelo, los dolientes sean más resilientes para posibles experiencias de duelo futuras.

De manera simultánea las investigaciones nos muestran que el duelo tiene un componente implícito de soledad y sufrimiento tras la pérdida, y es aquí donde posiblemente la compasión pueda ser beneficiosa.

Además, aunque la compasión la podemos encontrar bajo el nombre de “autocuidado” en los programas de habilidades en *mindfulness* MBSR y MBCT, no es hasta la aparición del programa MSC donde tiene entidad propia. Por ello, en esta investigación *mindfulness* y compasión van de la mano, ya que ambos constructos pueden ayudar en el proceso del duelo a tomar conciencia de lo que se está viviendo y cómo se está viviendo. Esta

forma de afrontar el duelo puede proporcionar a los supervivientes la capacidad de relacionarse con sus emociones de una forma diferente.

Para finalizar el capítulo, no es intención de esta tesis emplear un programa de habilidades en *mindfulness* para personas en duelo desde un enfoque clínico. Tampoco se ha diferenciado entre personas que están pasando un proceso de duelo normal o de duelo complicado, sino que se ha aplicado a todas ellas. En nuestra opinión, este programa de habilidades en *mindfulness* y compasión pretende que las personas sean más conscientes de su experiencia. Se trata, en definitiva, de ayudarles a transitar por ese estadio vital de sus vidas que es el duelo, y que las habilidades aprendidas durante la intervención les puedan servir para crecer personalmente y, así, ser más resilientes ante posibles situaciones futuras que la vida les pueda poner en su camino.

PARTE IV: Investigación

1. Objetivos e hipótesis

1.1 Objetivos

Como se ha señalado anteriormente, el objetivo general de esta investigación es comprobar la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades *mindfulness* como herramienta eficaz para gestionar los procesos emocionales.

Para materializar ese objetivo, y con la finalidad de profundizar en el estudio del fenómeno del duelo, se eligió este ámbito para explorar la eficacia de las técnicas *mindfulness* para la autorregulación emocional en casos de duelo causado por la muerte de un familiar. Por otra parte, hay un interés subyacente a otro constructo que coexiste con la atención plena y que es la compasión, por lo que se decidió incorporarlo en la investigación.

Por su parte, los objetivos específicos son los siguientes:

- a) Comprobar la eficacia del Programa *Mindfulness*, Duelo y Compasión (MDC) sobre los síntomas de duelo en una muestra de personas que han vivido la defunción de un familiar recientemente.
- b) Comprobar la eficacia del programa MDC sobre los síntomas de depresión, ansiedad y estrés que se pueden manifestar en una muestra de personas en duelo.

- c) Comprobar la eficacia del programa MDC para la mejora en las facetas de atención plena de una muestra de personas en un proceso de duelo.
- d) Comprobar la eficacia del programa MDC para la mejora de la capacidad de compasión de una muestra de personas en duelo.
- e) Comprobar la eficacia del programa MDC para aumentar los niveles de felicidad de una muestra de personas en duelo.
- f) Estudiar la eficacia del programa MDC en una muestra de personas que han vivido la muerte de un familiar recientemente y se encuentran en una situación de duelo complicado.
- g) Estudiar las causas o mediadores del duelo que pueden afectar a la eficacia del programa diseñado.
- h) Explorar las relaciones que se pueden establecer entre la capacidad de compasión y las demás variables analizadas en la investigación.

1.2 Hipótesis

Según los objetivos fijados, para explorar los efectos del programa MDC centrado en habilidades de *mindfulness* con meditaciones de compasión en personas que están viviendo un proceso de duelo por la muerte de un familiar, se han definido las siguientes hipótesis:

- Para el objetivo a):
 - i. Se espera que, como consecuencia de la aplicación del programa MDC, los participantes hayan mejorado su proceso de duelo, atemperando sus reacciones emocionales.
 - ii. Se espera que la mejoría en la sintomatología de duelo que se produzca como resultado del entrenamiento en *mindfulness* sea mayor que la que se pueda producir en

sujetos sin ningún tratamiento por el transcurso del tiempo.

- Para el objetivo b):
 - i. Se espera que, como consecuencia de la aplicación del programa MDC, los participantes reduzcan los estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés que se manifiestan en sujetos que están en duelo.
 - ii. Se espera que la mejora en su estado emocional como resultado del entrenamiento en *mindfulness* sea mayor que la que se pueda producir en sujetos sin ningún tratamiento por el transcurso del tiempo.
- Para el objetivo c):
 - i. Se espera que, como consecuencia de la aplicación del programa MDC, mejoren las facetas de *mindfulness* (observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de reactividad y ausencia de juicio) de los sujetos que están en duelo.
 - ii. Se espera que la mejora en las facetas de *mindfulness* (observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de reactividad y ausencia de juicio) en personas en duelo sea resultado del entrenamiento recibido y que esta mejoría sea mayor que la que se pueda producir en sujetos sin ningún tratamiento.
- Para el objetivo d):
 - ii. Se espera que, como consecuencia de la aplicación del programa MDC, los participantes mejoren la capacidad de compasión que tienen ya que esto puede ayudarles a afrontar sus sufrimientos con más conciencia.

- ii. Se espera que el desarrollo de una mente compasiva en personas en duelo se produzca como resultado del entrenamiento recibido, y que su capacidad de compasión sea mayor que la que se pueda producir en sujetos sin ningún tratamiento.
- Para el objetivo e):
 - i. Se espera que, como consecuencia de la aplicación del programa MDC, aumente el nivel de bienestar subjetivo de las personas en proceso de duelo.
 - ii. Se espera que la mejora del nivel de bienestar subjetivo como resultado del entrenamiento en *mindfulness* sea mayor que la que se pueda producir en sujetos sin tratamiento por el transcurso del tiempo.
 - Para el objetivo f):
 - i. Se espera que como, consecuencia de la aplicación del programa MDC, los participantes que están en un proceso de duelo complicado suavicen sus reacciones emocionales, reduzcan sus estados emocionales negativos y mejoren sus facetas *mindfulness*, de compasión y de bienestar subjetivo.
 - ii. Se espera que la mejoría en la sintomatología de duelo, en el estado emocional, en las habilidades *mindfulness*, en el desarrollo de una mente compasiva y en el nivel de bienestar subjetivo sea resultado del entrenamiento en *mindfulness*, y mayor que la que se pueda producir en sujetos sin tratamiento por el transcurso del tiempo.
 - Para el objetivo g):
 - i. Se espera que los sujetos que han desarrollado una mayor adherencia con el programa mejoren significativamente sus

indicadores más que los que han tenido una adherencia menor.

- ii. Se espera que los participantes que tienen vínculos de apego o parentesco menos próximo con el fallecido mejoren más en sus indicadores que los de relaciones más cercanas.
 - iii. Se espera que los participantes que están inmersos en una fase del duelo más avanzada mejoren en sus indicadores más que los que están en una fase más cercana.
 - iv. Se espera que los participantes en los que el duelo no va acompañado de trauma mejoren más en sus indicadores que aquellos en los que el trauma acompaña al duelo.
- Para el objetivo h): se espera que, en las personas que están en un proceso de duelo, exista una asociación negativa entre el indicador de compasión y los indicadores de estrés, depresión, ansiedad y duelo; y positiva con los indicadores de felicidad y las habilidades de atención plena.

2. Método

2.1 Participantes

En el estudio participaron 74 sujetos sumidos en un proceso de duelo por la pérdida de un familiar. El grupo de intervención estaba formado por 41 personas que recibieron un tratamiento basado en habilidades *mindfulness* y compasión, y el grupo de control por 33 **participantes** que no recibieron ningún tipo de tratamiento. La asignación de los sujetos a cada grupo se realizó al azar.

Para seleccionar la muestra se organizó una conferencia en el MICOV (Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia), contando con su colaboración y con la de la Asociación Viktor E. Frankl de Valencia

(Asociación para la ayuda en el sufrimiento, en la enfermedad y ante la muerte), la Asociación Caminar (Asociación Valenciana de Apoyo en el Duelo) y la Universitat de València. El encuentro tuvo dos partes: una primera intervención del catedrático de Psicobiología Vicente Simón, en la que impartió una ponencia sobre *Mindfulness y su aplicación en procesos de duelo*; y una segunda de la profesora Josefa Pérez Blasco, quien presentó el programa *Introducción a la práctica de mindfulness*, como parte del proyecto de investigación *Efecto de un programa de intervención basado en mindfulness y compasión para personas en duelo* del Programa de Doctorado de la Facultad de Psicología (departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación). A los asistentes que estuvieran interesados en este programa se les ofreció la posibilidad de incorporarse a él voluntaria y gratuitamente. Asimismo, también se les informó de la publicación que se realizaría de los resultados y de su utilización en la investigación de la presente tesis doctoral.

De los 41 participantes del grupo de intervención, 12 se descartaron por haber asistido a menos de 6 sesiones de tratamiento (se estableció como límite necesario para medir la eficacia del tratamiento el haber asistido, al menos, al 75% de las sesiones) y 2 porque la defunción de su familiar se había producido hacía más de 40 meses (ya que se considera que el duelo es un proceso que dura entre dos y tres años aproximadamente, como se indica en la segunda parte de la presente tesis doctoral). Se decidió mantener 3 casos en los que, aunque el familiar aún no había fallecido al inicio del programa, su muerte era inminente y aceptada por el sujeto de tal forma que este ya estaba sumido en el proceso de duelo, lo que en la literatura científica se conoce como “duelo anticipado”. De los 33 participantes del grupo de control, 2 se descartaron por no haber cumplimentado los cuestionarios y 1 por exceder el tiempo de duelo establecido en el estudio.

Los grupos finales estaban formados por 27 participantes en el grupo de intervención y 30 en el grupo de control.

2.2 Diseño

En este estudio se realizó un diseño factorial mixto 2x2 no equilibrado, siendo el primer factor de dos grupos independientes (intervención y control) y el segundo factor de medidas repetidas con dos niveles (pre y post).

El grupo de intervención recibió un tratamiento de ocho sesiones de *mindfulness* desarrolladas en ocho semanas, mientras que al grupo de control no se le suministró ningún tipo de tratamiento.

Las medidas a los grupos se realizaron a través de seis escalas autoaplicadas en dos momentos temporales, antes de empezar el tratamiento (evaluación pre) y a la finalización del mismo (evaluación post).

2.3 Procedimiento

El grupo de intervención se dividió en dos subgrupos que recibieron el mismo entrenamiento en meditación y habilidades *mindfulness*. La instrucción se llevó a cabo en sesiones semanales de dos horas de duración durante ocho semanas en una sala acondicionada de la Facultad de Psicología de la Universitat de València entre mayo y junio de 2012. Además, se organizaron dos reuniones adicionales: una previa al inicio del entrenamiento para clarificar conceptos y cumplimentar los cuestionarios pre, y otra posterior al tratamiento para cumplimentar los cuestionarios post y de despedida del grupo.

En la primera sesión se entregó a cada uno de los participantes un CD con las meditaciones guiadas que se iban a desarrollar durante el entrenamiento grabadas por el doctorando. Además, cada semana se les entregaba un resumen con el contenido de la sesión y unas plantillas que recogían el cumplimiento de las tareas que tenían que realizar en casa y que debían ser entregadas al inicio de la sesión siguiente.

Las sesiones que se desarrollaron durante el entrenamiento están basadas en el programa MBCT (Segal, Williams y Teasdale, 2002) al que se han incorporado meditaciones de compasión y autocompasión (Germer, 2011).

El grupo de control realizó las dos reuniones de cumplimentación de cuestionarios con un intervalo de tiempo de dos meses entre ellas. Tras concluir la recopilación de los datos a los sujetos del grupo de control se les invito a aplicarles el mismo tratamiento que al grupo de intervención, pero declinaron la invitación.

El contenido de las sesiones impartidas fue el siguiente (para más información consultar anexos):

SESIÓN 1: El piloto automático

Se presenta el programa a cada uno de los sujetos que van a participar en el tratamiento. Se explica el concepto de “piloto automático”. Se realiza el ejercicio de la uva pasa y se desarrolla una discusión sobre la ejecución del ejercicio. Se explica y practica la exploración corporal y la meditación de la compasión con uno mismo.

Las tareas para casa que se fijan son las siguientes: 1) Practicar diariamente la exploración corporal cumplimentando un registro de incidencias y 2) elegir una actividad rutinaria a diario y realizarla con atención plena.

SESIÓN 2: Enfrentando los obstáculos

Se practica yoga mindful y la meditación de la autocompasión. Se revisan las tareas planteadas en la sesión anterior. Se realiza la meditación del cuerpo y la de compasión con benefactor.

Las tareas que se fijan para casa son las siguientes: 1) Practicar diariamente la exploración corporal durante, al menos, 15 minutos; 2) practicar

diariamente la meditación del cuerpo durante, al menos, 15 minutos; 3) elegir una actividad rutinaria a diario y realizarla con atención plena y 4) rellenar un calendario de los acontecimientos agradables del día.

SESIÓN 3: Consciencia plena de la respiración

Se practica yoga mindful y la meditación de la autocompasión. Se revisan las tareas planteadas en la sesión anterior. Se realiza el ejercicio de ver o escuchar. Se explica y practica la meditación de 3 minutos, la meditación de la respiración y la meditación de la compasión con un amigo.

Las tareas que se fijan para casa son las siguientes: 1) Practicar diariamente durante, al menos, 15 minutos la exploración corporal y/o la meditación de la respiración; 2) practicar la meditación de 3 minutos/3 veces al día y 3) rellenar diariamente un calendario de los acontecimientos desagradables del día.

SESIÓN 4: Permaneciendo presentes

Se practica yoga mindful y la meditación de la autocompasión. Se revisan las tareas planteadas en la sesión anterior. Se lee el poema “Los gansos salvajes” de Mary Oliver. Se explica y practica la meditación del sonido y el silencio, la meditación andando y la meditación de la compasión con persona neutral.

Las tareas que se fijan para casa son las siguientes: 1) Practicar diariamente durante, al menos, 15 minutos la exploración corporal y/o la meditación del sonido y el silencio y 2) practicar la meditación de 3 minutos/3 veces al día.

SESIÓN 5: Aceptar, permitir y dejar ser

Se practica yoga mindful y la meditación de la autocompasión. Se revisan las tareas planteadas en la sesión anterior. Se lee el poema “La casa de los huéspedes” de Barks y Moyne. Se explica y practica la meditación de las emociones y la meditación de la compasión con grupos.

Las tareas que se fijan para casa son las siguientes: 1) Practicar diariamente la meditación de las emociones durante, al menos, 15 minutos y 2) practicar la meditación de 3 minutos/3 veces al día.

SESIÓN 6: Los pensamientos no son los hechos

Se practica yoga mindful y la meditación de la autocompasión. Se revisan las tareas planteadas en la sesión anterior. Se lee el texto “Olas mentales” de Suzuki. Se explica y practica la meditación de los sonidos y los pensamientos y la meditación de la compasión con una persona con la que se mantenga una relación “difícil”.

Las tareas que se fijan para casa son las siguientes: 1) Practicar diariamente la meditación de los sonidos y los pensamientos durante, al menos, 15 minutos y 2) practicar la meditación de 3 minutos/3 veces al día.

SESIÓN 7: Autocuidado

Se practica yoga mindful y la meditación de la autocompasión. Se revisan las tareas planteadas en la sesión anterior. Se realiza un listado de las actividades que resultan placenteras y no placenteras. Se lee el poema “Día de verano” de Mary Oliver. Se explica y practica la meditación de la compasión y autocompasión, y la meditación de la compasión con uno mismo.

Las tareas que se fijan para casa son las siguientes: 1) Practicar diariamente la meditación de la compasión y la autocompasión durante, al menos, 15 minutos; 2) practicar la meditación de 3 minutos/3 veces al día y 3) realizar una actividad agradable 2 o 3 días de la semana.

SESIÓN 8: Autocuidado consciente

Se practica yoga mindful y la meditación de la autocompasión. Se revisan las tareas planteadas en la sesión anterior. Se explica y practica la

meditación del perdón, la exploración corporal o meditación corporal y la meditación de la compasión con uno mismo.

Las tareas que se fijan para casa son las siguientes: 1) Practicar diariamente la meditación del perdón durante, al menos, 15 minutos y 2) practicar la meditación de 3 minutos/3 veces al día.

2.4 Variables dependientes

En este estudio se han seleccionado cinco tipos de variables dependientes: el indicador de los procesos de duelo, los indicadores de síntomas (ansiedad, depresión y estrés), los indicadores de *mindfulness* (observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de reactividad y ausencia de juicio), el indicador de compasión y los indicadores de bienestar subjetivo o de felicidad (satisfacción con la vida y felicidad subjetiva).

2.5 Instrumentos

Los cuestionarios que se han utilizado para recoger los efectos que la terapia de *mindfulness* ha tenido sobre los indicadores son los siguientes:

- Para evaluar el proceso de duelo se ha utilizado el Inventario de Duelo Complicado (IDC)
- Para las variables sintomáticas se usó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés de 21 ítems (DASS-21)
- Para las variables *mindfulness* se utilizó el Cuestionario de las Cinco Facetas de *mindfulness* (FFMQ)
- Para evaluar la compasión se usó la Escala de Autocompasión (SCS)
- Para valorar la felicidad se utilizaron la Escala de Satisfacción con la Vida (ESV) y la Escala de Felicidad Subjetiva (SHS).

Inventario de Duelo Complicado (IDC) (*The Inventory of Complicated Grief*), Prigerson y Jacobs, 2001, adaptado al castellano por Limonero, Lacasta, García, Maté y Prigerson (2009). Para más información consultar el apartado 5. de la parte II de este estudio, dedicado al duelo. Es un instrumento de evaluación que permite diferenciar las reacciones normales de duelo de las complicadas. Está compuesto por 19 ítems que el sujeto ha de valorar en una escala de 0 a 4 (0=Nunca a 4=Siempre). La puntuación en la escala fluctúa entre 0 y 76, teniendo las puntuaciones más altas una mayor probabilidad de padecer duelo complicado. En concreto, se consideran en duelo complicado a aquellos sujetos cuya puntuación total es mayor de 25. La consistencia interna del cuestionario (alfa de Cronbach) es de 0,88.

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS-21 (*Depression Anxiety Stress Scales-21*, Antony y cols., 1998, adaptado por Bados, Solanas y Andrés (2005).

La escala DASS-21 es la versión abreviada de la *Depression Anxiety Stress Scales-42*, desarrollada para la valoración de los estados emocionales negativos (Lovibond y Lovibond, 1995). La subescala de depresión evalúa disforia, desesperanza, desvalorización de la vida, autodesaprobación, falta de interés o implicación, anhedonia e inacción. Por su parte, la subescala de ansiedad enfatiza los síntomas somáticos y subjetivos de miedo y, en concreto, evalúa la activación autónoma, los efectos musculares esqueléticos, la ansiedad situacional y la experiencia subjetiva de ansiedad. Por último, la subescala de estrés mide la activación y tensión persistentes no específicas con un bajo umbral para llegar a estar alterado o frustrado y, en concreto, evalúa la dificultad para relajarse, la activación nerviosa y la facilidad para ponerse perturbado/agitado, irritable/hiper-reactivo e impaciente. El sujeto ha de valorar con qué intensidad ha experimentado durante la semana anterior los 21 ítems que se le presentan (7 por cada subescala) según una escala de 0 a 3 (0=Nada aplicable a mí a 3=Muy aplicable a mí o aplicable la mayor parte del tiempo). Los niveles de consistencia interna de las subescalas de depresión, ansiedad y estrés son de 0,84, 0,70 y 0,82, respectivamente.

Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness, FFMQ (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*, Baer y cols. 2006), adaptado por Cebolla, García-Palacios, Soler, Guillen, Baños y Botella (2012). Para más información, consultar el apartado 6.8 de la parte dedicada a *mindfulness*.

Este cuestionario mide *mindfulness* como un rasgo a partir de cinco factores que se denominan facetas *mindfulness*: observación (observar, notar o atender a las experiencias internas y externas como sensaciones corporales, cogniciones, emociones, visiones, sonidos y olores), descripción (nombrar y describir las experiencias observadas con palabras pero sin establecer juicios ni análisis conceptuales sobre ellas), actuar con conciencia (focalizar la atención conscientemente sobre la actividad que se realiza en cada momento), ausencia de juicio (tomar una posición no evaluativa frente a las experiencias del momento presente, de modo que estas sean aceptadas y permitidas en la conciencia, sin intentar evitarlas, cambiarlas o escaparse de ellas) y ausencia de reactividad ante las experiencias internas (permitir que los sentimientos y emociones fluyan sin dejarse atrapar o llevar por ellos). El sujeto ha de valorar su nivel de conformidad con 39 ítems según una escala de 1 a 5 (1=Nunca o muy raramente verdad a 5=Muy a menudo o siempre verdad). Los niveles de consistencia interna de las habilidades de *mindfulness* oscilan entre 0,80 y 0,91.

Escala de Autocompasión, SCS (*Self-Compassion Scale*, Neff, 2003). Para más información, consultar apartado 6.9 de la parte dedicada a *mindfulness*.

Como se ha explicado en el apartado de este estudio dedicado a analizar las escalas de medida *mindfulness*, la *Self-Compassion Scale* (SCS) (Neff, 2003) consta de 26 ítems que analizan la “autocompasión”, tal y como la define la autora. Este constructo está formado por las siguientes variables: autocompasión, autojuicio, humanidad compartida, aislamiento, *mindfulness* y sobreidentificación.

A través de esos 26 ítems el sujeto ha de valorar la frecuencia de sus comportamientos en una escala de 1 a 5 (1=Nunca o muy raramente verdad a 5=Muy a menudo o siempre verdad).

Escala de Satisfacción con la Vida (*Satisfaction With Life Scale*, Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985), adaptado al castellano por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000).

Este cuestionario es una medida del constructo “satisfacción con la vida”, considerado este como un juicio global en el que el sujeto utiliza sus propios criterios para sopesar los distintos aspectos de su vida. El sujeto ha de valorar su nivel de conformidad con 5 ítems según una escala de puntuación de 1 a 4. La puntuación de la escala fluctúa entre 5 y 20. Recientemente ha sido validada en una muestra de adultos para la población española (Vázquez y cols., 2013).

Escala de Felicidad Subjetiva, SHS (*Subjective Happiness Scale*, Lyubomirski y Lepper, 1999).

Esta escala es una medida de felicidad subjetiva que evalúa una categoría molar de bienestar como fenómeno psicológico global, considerando la definición de felicidad desde la perspectiva de quien responde. Está compuesta por 4 ítems que el sujeto ha de valorar en una escala de 1 a 7.

Esta investigación es pionera porque, además de incorporar variables relacionadas con *mindfulness*, duelo y compasión a las sesiones, ha incluido aspectos como la depresión, la ansiedad o la felicidad subjetiva.

2.6 Análisis de datos

En primer lugar se ha realizado un análisis descriptivo de las muestras para conocer las características de las poblaciones estudiadas. A continuación se ha analizado la adherencia que los participantes han tenido con el programa MDC.

Sobre la muestra general, y para explorar los efectos del entrenamiento, se ha aplicado a cada uno de los indicadores la prueba t para muestras relacionadas para analizar la evolución que ha tenido cada uno de los grupos y un análisis de varianza mixto 2x2 con un factor intersujetos "Grupo" (grupo de intervención y grupo control) y un factor intrasujetos "Tiempo de medida" (evaluación pre y evaluación post) para analizar la eficacia de las técnicas *mindfulness*. Sobre la muestra de sujetos en duelo complicado se han replicado los análisis realizados a la muestra total. A la muestra de sujetos que han recibido entrenamiento se han aplicado análisis de varianza mixtos con los aspectos o mediadores que han podido afectar a la eficacia del tratamiento. Para analizar el papel de la variable compasión en el tratamiento, se han realizado correlaciones de Pearson entre las diferencias (post-pre) de esa variable y de los demás indicadores.

El valor de significación establecido es $<,05$.

El análisis de los datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS, versión 20.0.

3. Descripción de la muestra

En el estudio han participado 57 sujetos de los cuales 27 estaban en el grupo de intervención y 30 en el grupo de control.

La edad media de los participantes es de 47,82 años, siendo la edad mínima de 18 años y la máxima de 74 años. Los sujetos del grupo de intervención tienen una edad media de 50,81 mientras que en el grupo control la edad media es de 45,13 (Tabla 2).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la variable edad

Total			Intervención			Control		
Media (DT)	Mín.	Máx.	Media (DT)	Mín.	Máx.	Media (DT)	Mín.	Máx.
47,82 (12,61)	22	74	50,81 (10,22)	27	69	45,13 (14,05)	22	74

En el programa hay una mayor participación de mujeres: el 77,19% de los participantes son mujeres y el 22,81% son hombres (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencias por sexo

	Total		Intervención		Control	
	N	%	N	%	n	%
Mujer	44	77,19	21	77,78	23	76,67
Hombre	13	22,81	6	22,22	7	23,33

En cuanto el tiempo que ha transcurrido desde el inicio del proceso del duelo (Tabla 4), en casi la mitad de los casos los participantes están en los seis primeros meses del duelo.

Tabla 4. Frecuencias de tiempo transcurrido (en meses) desde el óbito causante del duelo

	Total		Intervención		Control	
	N	%	N	%	N	%
0 a 6 meses	27	47,37	12	44,44	15	50,00
> 6 y hasta 24 meses	20	35,09	12	44,44	8	26,67
> 24 meses	10	17,54	3	11,12	7	23,33

Respecto a la vinculación que tenían los participantes con el familiar fallecido (Tabla 5), en el grupo de intervención es la defunción del cónyuge la que en mayor número de casos origina el inicio del proceso (44,45%), seguido por el deceso de alguno de los padres (33,33%); en el grupo de control se invierte ese orden, los padres son los familiares causantes del duelo mayoritariamente (36,67%), seguidos de los cónyuges (26,67%).

Tabla 5. Frecuencias de tipos de vinculación de los participantes con sus familiares fallecidos

	Total		Intervención		Control	
	N	%	n	%	N	%
Cónyuge	20	35,09	12	44,45	8	26,67
Padres	20	35,09	9	33,33	11	36,67
Hijos	9	15,78	5	18,52	4	13,33
Hermanos	4	7,02	0	0,00	4	13,33
Otros familiares	4	7,02	1	3,70	3	10,00

En relación con la causa del fallecimiento del familiar, en ambos grupos las enfermedades son la primera causa (Tabla 6). En algunas defunciones, el duelo va acompañado de trauma. En esta investigación, alrededor del 30% de las muertes son traumáticas (Tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia de motivos de la muerte del causante del duelo

		Total		Intervención		Control	
		n	%	N	%	n	%
Decesos no traumáticos	Enfermedad	37	64,91	17	62,97	20	66,67
	Duelo anticipado	3	5,26	3	11,11	0	0,00
	<i>Total</i>	40	70,18	20	74,07	20	66,67

Decesos Traumáticos	Muerte súbita	7 12,28	3 11,11	4 13,33
	Suicidio	5 8,77	2 7,41	3 10,00
	Accidente	3 5,26	1 3,70	2 6,67
	Muerte natural	1 1,76	0 0,00	1 3,33
	Abortos	1 1,76	1 3,70	0 0,00
	<i>Total</i>	17 29,82	7 25,93	10 33,33

4. Adherencia al tratamiento

4.1 Asistencia

En este estudio se estableció como requisito para formar parte de la investigación el haber asistido, al menos, al 75% de las sesiones (6). La media de sesiones a las que han asistido los sujetos es de 7,04 (Tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia de la asistencia a las sesiones

Nº de sesiones	n	%
6	8	29,63
7	10	37,04
8	9	33,33
Media (DT)	7,04 (0,81)	

4.2 Realización de las tareas

Cada semana de entrenamiento, al término de la sesión, se establecían a los asistentes unas tareas para realizar en casa durante los seis días que mediaban con la siguiente sesión. Las tareas consistían en practicar la meditación y en otras actividades complementarias (como el autorregistro de acontecimientos en calendarios o las meditaciones cortas de 3 minutos).

a) *Meditaciones*

El programa trata de implantar el hábito de la meditación diaria entre los participantes. Los niveles de práctica que han adquirido son bastantes altos ya que, de los 48 días en que tenían la tarea de meditar, los participantes lo han hecho una media de 30,67 días (el 64% de los días que dura el tratamiento) (Tabla 8).

Tabla 8. Niveles de práctica de las meditaciones

Días que los participantes han meditado	Total	
	n	%
0 a 9	1	3,71
10 a 19	4	14,81
20 a 29	4	14,81
30 a 39	13	48,15
40 a 48	5	18,52
Media (DT)	30,67 (11,60)	

b) *Otras actividades complementarias*

El entrenamiento incluye la práctica de otras actividades complementarias a las meditaciones como son: realizar alguna actividad rutinaria con atención plena, llevar un autorregistro diario de los acontecimientos agradables (o desagradables) ocurridos durante la semana, hacer alguna actividad agradable con atención plena y practicar meditaciones cortas de 3 minutos (estas meditaciones, por su corta duración, se consideran como una actividad complementaria). Los participantes han realizado las tareas complementarias del entrenamiento una media de 31,63 días (el 66% de los días del tratamiento) (Tabla 9).

Tabla 9. Niveles de práctica de las tareas complementarias

Días que los participantes realizan las tareas complementarias	Total	
	N	%
0 a 9	2	7,41
10 a 19	4	14,82
20 a 29	3	11,11
30 a 39	9	33,33
40 a 48	9	33,33
Media (DT)	31,63 (13,06)	

5. Resultados

En primer lugar se exponen los resultados de los análisis realizados al total de la muestra de sujetos participantes en el estudio en cada una de las variables dependientes. Después se presentan los análisis practicados en la muestra de los sujetos que se encuentran en una situación de duelo complicado. Por último, se analizan las relaciones que la variable compasión tiene con las demás variables dependientes del estudio.

5.1 Resultados del tratamiento de *mindfulness*

5.1.1 Indicador del proceso de duelo

La evolución de cada uno de los grupos definidos en la investigación respecto al estado de duelo a través del análisis con pruebas t de *Student* en el cuestionario IDC, muestran que, en el grupo de intervención, se ha reducido de forma significativa el indicador de duelo ($t(26)=5,992$), mientras que en el grupo control la diferencia de las medias en los dos momentos de evaluación del duelo no es significativa (10).

Tabla 10. Medias (y desviaciones típicas) y pruebas t de las puntuaciones pre-post de cada grupo en el cuestionario IDC

		Pre		Post		t	P
		N	Media (DT)	N	Media (DT)		
IDC	Interv.	27	29,74 (11,77)	27	20,81(12,20)	5,992	,000*
	Control	30	30,50 (17,46)	30	28,30(18,86)	1,954	,060

*Significación estadística

En el análisis de la eficacia de la terapia *mindfulness* en el grupo de intervención frente al grupo de control, los resultados del ANOVA 2x2 (Tabla 11) reflejan que no se producen diferencias entre el grupo experimental y el de control, como evidencia la falta de significatividad de la prueba F entre sujetos. En cambio, hay un efecto significativo del factor intrasujetos Pre_Post ($F(1,55)=36,363$; $p<,001$), es decir, la puntuación de ambos grupos tomada en conjunto cambia significativamente de la primera evaluación (evaluación pre) a la segunda (evaluación post). Para saber si el cambio se produce por igual en ambos grupos o en alguno de ellos de forma diferente al otro analizamos el efecto de la interacción. Como la interacción Pre_Post x Grupo es significativa ($F(1,55)=13,289$; $p=,001$), el cambio no se produce del mismo modo en el grupo experimental y en el grupo de control. Este hecho pone en evidencia que el indicador del proceso de duelo muestra un cambio en el grupo experimental mayor que en el grupo control desde el inicio al final del tratamiento. Además, aplicando la regla de Cohen, el tamaño del efecto de la interacción es grande ($\eta^2_p=,195$).

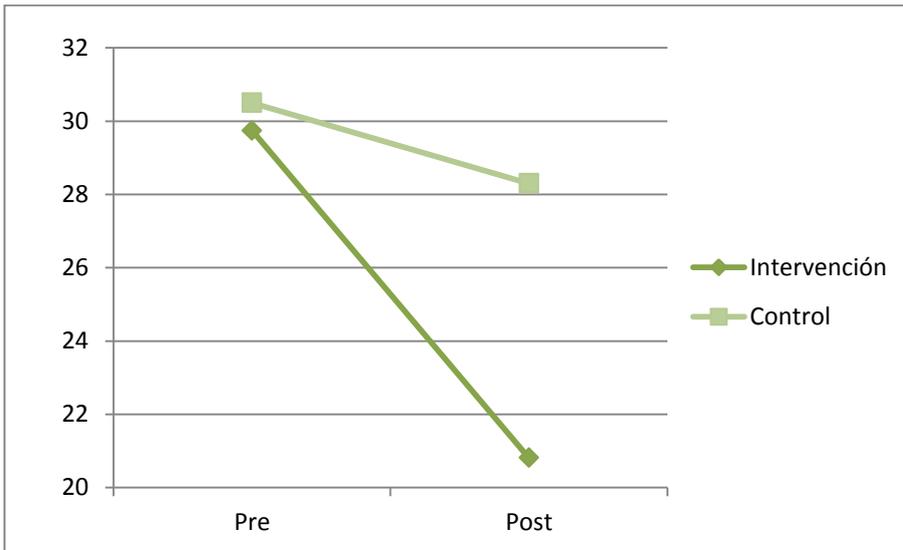
Tabla 11. ANOVA 2x2 del indicador del proceso de duelo

Grupo			Pre_Post			Pre_Post x Grupo		
F	P	η^2_p	F	P	η^2_p	F	P	η^2_p
1,050	,310	,019	36,363	,000*	,398	13,289	,001*	,195

*Significación estadística

La representación gráfica de las puntuaciones en IDC muestra la reducción de los niveles de duelo, que ha resultado significativa, únicamente, en el grupo de intervención. También se refleja que, al ser el efecto de la interacción significativo, el descenso en las puntuaciones del inventario de duelo es mayor en el grupo de intervención que en el grupo de control.

Gráfico 2. Evolución de las puntuaciones medias de cada grupo en IDC



En conclusión, el indicador de duelo se reduce significativamente en los sujetos que reciben terapia *mindfulness*, pero además, y esencialmente, el

entrenamiento en *mindfulness* es más eficaz para reducir el indicador de duelo que la no aplicación de ningún tratamiento.

5.1.2 Indicadores sintomáticos

El análisis de la evolución que ha tenido cada grupo respecto a los indicadores de síntomas medidos con la escala DASS-21 muestra que, en el grupo de intervención, se ha producido una reducción de las medias significativa en los indicadores de depresión ($t(26)=3,190$), de ansiedad ($t(26)=4,147$) y de estrés ($t(26)=3,726$); mientras que, en el grupo de control, también son significativas las diferencias de medias en los indicadores de depresión y estrés, pero no en el indicador de ansiedad (Tabla 12).

Tabla 12. Medias (y desviaciones típicas) y pruebas t de las puntuaciones pre-post de cada grupo en las subescalas del cuestionario DASS-21

		Pre		Post		t	p
		N	Media (DT)	N	Media (DT)		
DASS_D	Interv.	27	15,19 (9,27)	27	11,19 (8,88)	3,190	,004*
	Control	30	17,67 (13,29)	30	13,73 (12,12)	3,784	,001*
DASS_A	Interv.	27	10,74 (8,43)	27	5,93 (6,09)	4,147	,000*
	Control	30	10,40 (9,31)	30	8,27 (6,88)	1,500	,144
DASS_E	Interv.	27	20,37 (8,02)	27	14,22 (7,34)	3,726	,001*
	Control	30	20 (8,44)	30	15,33	4,834	,000*

*Significación estadística

Respecto a la eficacia de la terapia de *mindfulness* frente al grupo de control (Tabla 13):

- En la subescala DASS_D se ha encontrado un efecto significativo del factor Pre_Post ($F(1,55)=24,068$; $p<,001$), con lo que podemos decir que la depresión es menor en la evaluación post de ambos grupos tomados en conjunto que en la evaluación pre; en esta escala no se han obtenido efectos significativos ni en la interacción ni en el grupo.
- En la subescala DASS_A, hay un efecto significativo del factor Pre_Post ($F(1,55)=13,946$; $p<,001$) que muestra que la ansiedad es menor en la evaluación post; no se han encontrado efectos significativos de la interacción ni del factor grupo.
- En la subescala DASS_E también se ha encontrado un efecto significativo del factor Pre_Post ($F(1,55)=33,582$; $p<,001$) que refleja que el estrés disminuye en la evaluación Post; tampoco hay efectos significativo de la interacción de factores ni del factor grupo.

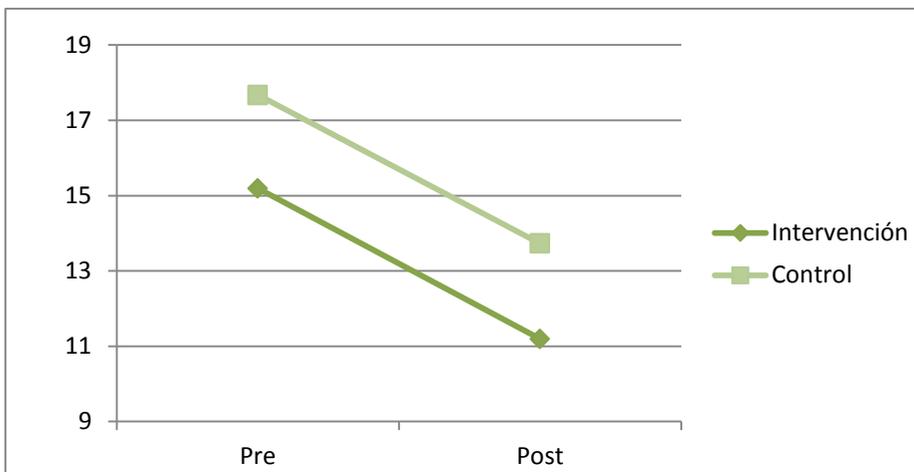
Tabla 13. ANOVA 2x2 de los indicadores sintomáticos

	Grupo			Pre_Post			Pre_Post x Grupo		
	F	P	η^2_p	F	P	η^2_p	F	p	η^2_p
DASS_D	,782	,380	,014	24,068	,000*	,304	,002	,967	,000
DASS_A	,292	,591	,005	13,946	,000*	,202	2,077	,155	,036
DASS_E	,033	,855	,001	33,582	,000*	,379	,630	,431	,011

*Significación estadística

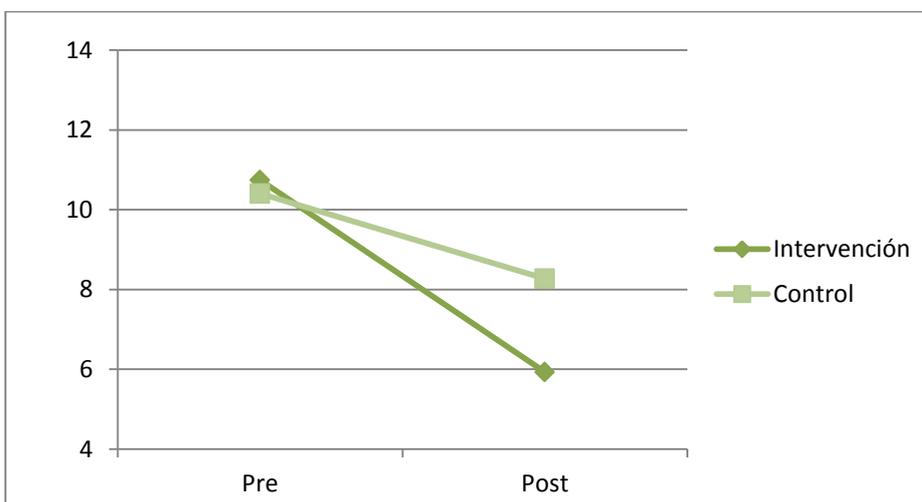
El gráfico de las puntuaciones en DASS_D (Gráfico 3) muestra la reducción significativa del indicador de depresión en el grupo de intervención y en el grupo de control, aunque no se puede decir que en el grupo de intervención los síntomas de depresión se hayan reducido en mayor medida que en el grupo de control.

Gráfico 3. Evolución de las puntuaciones medias de cada grupo en DASS_D



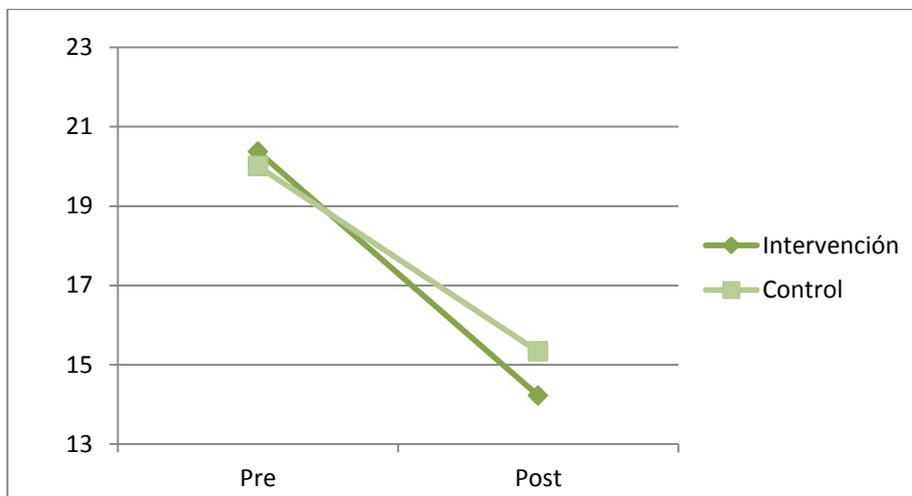
El gráfico de las puntuaciones en DASS_A (Gráfico 4) muestra la reducción significativa del indicador de ansiedad en el grupo de intervención mientras que en el grupo control los cambios no alcanzan a ser significativos. Aunque tras el tratamiento *mindfulness* los sujetos reducen la ansiedad, como la interacción no ha sido significativa, no se puede afirmar que la intervención sea más eficaz para reducir la ansiedad que la no intervención.

Gráfico 4. Evolución de las puntuaciones medias de cada grupo en DASS_A



Respecto al gráfico de las puntuaciones en DASS_E (Gráfico 5), este refleja una reducción significativa del indicador de estrés tanto en el grupo de intervención como en el grupo de control, pero no se puede afirmar que en el grupo de intervención los síntomas de estrés disminuyan en mayor medida que en el grupo de control.

Gráfico 5. Evolución de las puntuaciones medias de cada grupo en DASS_E



En conclusión:

- Todos los indicadores sintomáticos en los participantes del grupo de intervención se reducen significativamente tras el tratamiento *mindfulness*.
- En ninguno de los indicadores sintomáticos podemos decir que la intervención sea más eficaz para reducir los indicadores que la no aplicación de tratamiento.

5.1.3 Indicadores de *mindfulness*

En el análisis de la evolución de cada uno de los grupos del estudio respecto a los cinco factores *mindfulness* analizados en la escala FFMQ, se observa, en el grupo de intervención, una mejora de las medias significativa en el factor observación ($t(26)=-3,529$), en el factor descripción ($t(26)=-2,844$) y en el factor de ausencia de reactividad ($t(26)=-3,479$); mientras que, en el grupo de control, las diferencias de medias no son significativas en ninguno de los factores (Tabla 14).

Tabla 14. Medias (y desviaciones típicas) y pruebas t de las puntuaciones pre-post de cada grupo en las subescalas del cuestionario FFMQ

		Pre		Post		t	P
		N	Media (DT)	N	Media (DT)		
FFMQ_O	Interv.	27	24,04 (6,73)	27	28,15 (4,50)	-3,529	,002*
	Control	30	21,40 (7,14)	30	20,10 (8,18)	1,542	,134
FFMQ_D	Interv.	27	27 (7,25)	27	29,63 (6,49)	-2,844	,009*
	Control	30	27,73 (6,25)	30	28,37 (7,73)	-,919	,366
FFMQ_AA	Interv.	27	24,85 (5,33)	27	25,85 (5,42)	-,875	,389
	Control	30	25,07 (5,67)	30	25,93 (6,29)	-1,367	,182
FFMQ_NR	Interv.	27	20,93 (3,46)	27	23,37 (3,48)	-3,479	,002*
	Control	30	20,07 (5,32)	30	19,33 (5,26)	,818	,420
FFMQ_NJ	Interv.	27	26,04 (8,13)	27	28,15 (7,33)	-1,597	,122
	Control	30	28,03 (8,34)	30	28,70 (7,56)	-,636	,529

*Significación estadística

Respecto a la eficacia del tratamiento de *mindfulness* frente al grupo de control (Tabla 15):

- En la subescala FFMQ_O se observa que hay un efecto significativo en el factor grupo ($F(1,55)=10,279$; $p=,002$) y un efecto no significativo en el factor Pre_Post. La interacción también es significativa ($F(1,55)=14,567$; $p<,001$) con un tamaño del efecto grande, según la regla de Cohen ($\eta^2_p=,209$). Podemos decir que los sujetos que reciben un tratamiento de *mindfulness*, tras la intervención obtienen mejores puntuaciones en el factor observación que los sujetos que no reciben ningún tratamiento.
- En la subescala FFMQ_D se ha obtenido un efecto significativo en el factor Pre_Post ($F(1,55)=8,212$; $p=,006$), pero no se aprecian efectos significativos ni en el factor grupo ni en la interacción. Por su parte, en el factor descripción la puntuación es mayor en la evaluación post que en la evaluación pre.
- En la subescala FFMQ_AA, los efectos son no significativos en el factor grupo, en el factor Pre_Post y en la interacción.
- En la subescala FFMQ_NR, se obtienen efectos significativos en el factor grupo ($F(1,55)=5,430$; $p=,023$) y efectos no significativos en el factor Pre_Post. La interacción también es significativa ($F(1,55)=7,542$; $p=,008$) con un tamaño del efecto, según la regla de Cohen, medio ($\eta^2_p=,121$); por tanto, el grupo de intervención que recibe el tratamiento *mindfulness* obtiene una puntuación superior a la del grupo de control en el factor de ausencia de reactividad ante las experiencias internas.
- En la subescala FFMQ_NJ no hay efectos significativos ni en el factor grupo, ni en el factor Pre_Post, ni en la interacción.

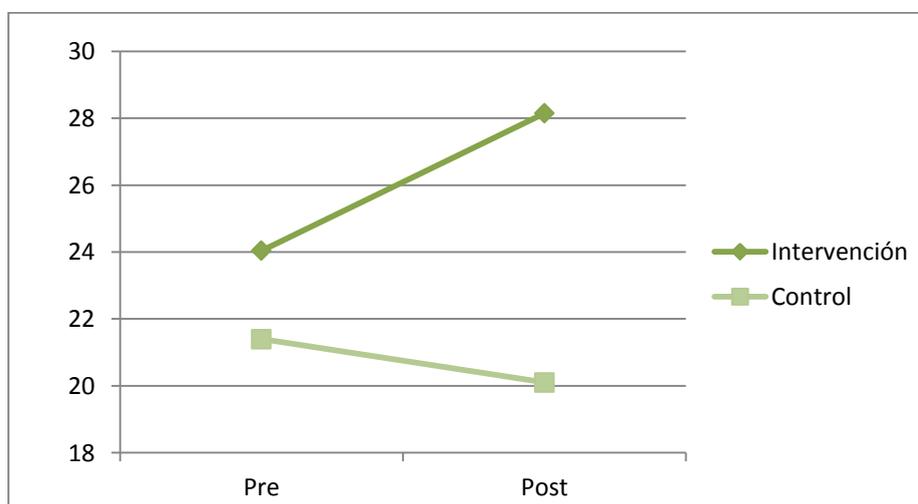
Tabla 15. ANOVA 2x2 de los indicadores de *mindfulness*

	Grupo			Pre_Post			Pre_Post x Grupo		
	F	P	η^2_p	F	p	η^2_p	F	p	η^2_p
FFMQ_O	10,279	,002*	,157	3,932	,052	,067	14,567	,000*	,209
FFMQ_D	,023	,881	,000	8,212	,006*	,130	3,074	,085	,053
FFMQ_AA	,012	,914	,000	2,152	,148	,038	,011	,917	,000
FFMQ_NR	5,430	,023*	,090	2,187	,145	,038	7,542	,008*	,121
FFMQ_NJ	,445	,507	,008	2,765	,102	,048	,748	,391	,013

*Significación estadística

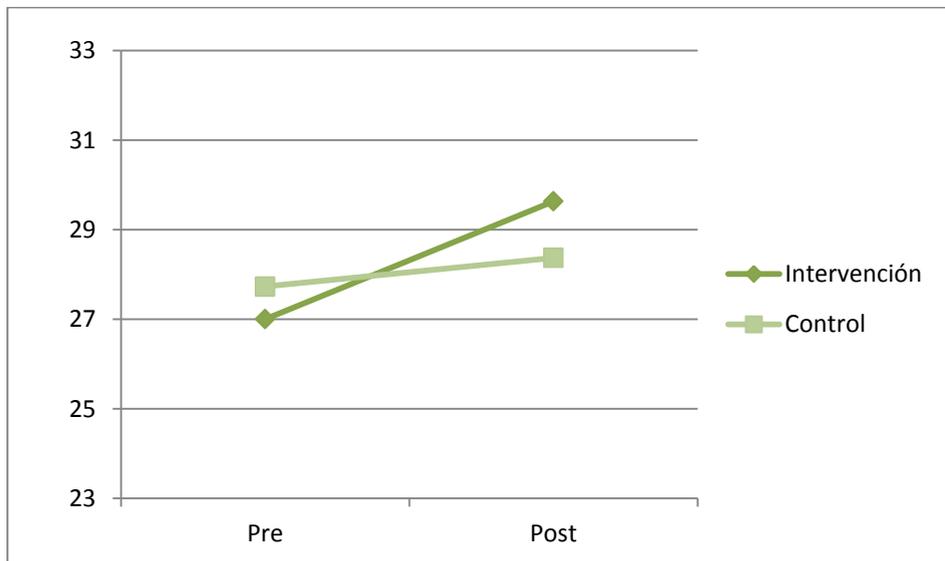
Las representaciones gráficas de la evolución de las puntuaciones de las subescalas muestran los distintos efectos que ha tenido el tratamiento *mindfulness* en cada factor. Así, el de las puntuaciones en FFMQ_O refleja una mejora de las medias en el grupo de intervención que ha resultado significativa; en cambio, en el grupo de control, las medias han disminuido ligeramente, no siendo su diferencia significativa: el grupo que recibe tratamiento mejora más en observación que el grupo de control.

Gráfico 6. Evolución de las puntuaciones medias de cada grupo en FFMQ_O



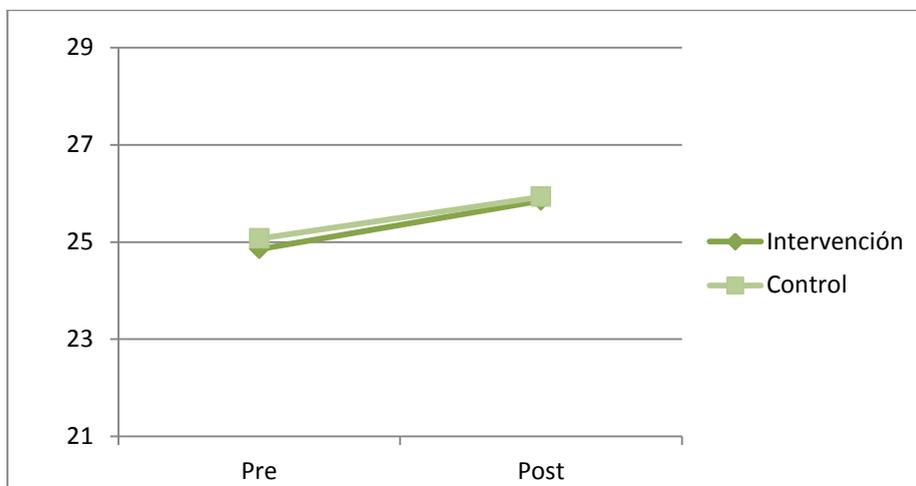
Respecto al gráfico de las puntuaciones en FFMQ_D, se observa el ascenso significativo de las medias del factor descripción en el grupo de intervención frente a las diferencias no significativas del grupo de control. Como la interacción no ha sido significativa, no se puede afirmar que el tratamiento sea más eficaz que la no intervención registrada en el grupo de control.

Gráfico 7. Evolución de las puntuaciones medias de cada grupo en FFMQ_D



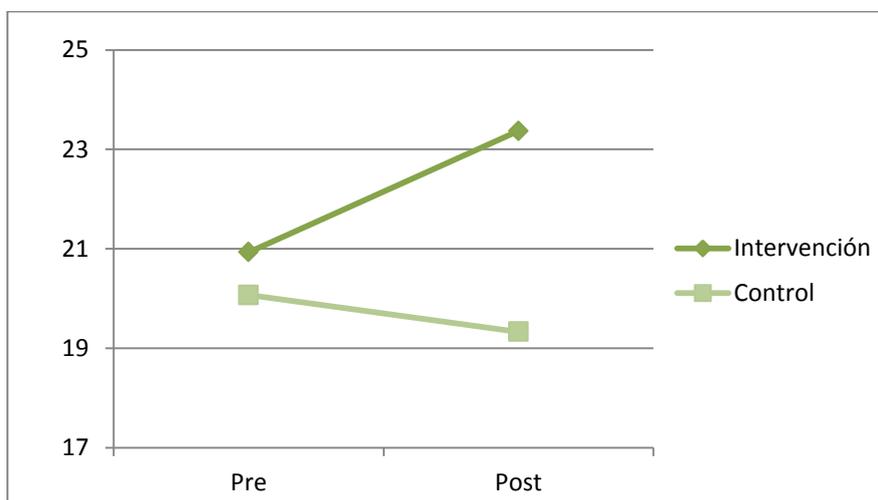
El gráfico 8, donde se muestran las puntuaciones en FFMQ_AA, pone de manifiesto las escasas variaciones no significativas que se producen en el factor actuar con conciencia, tanto en el grupo de intervención como en el grupo de control.

Gráfico 8. Evolución de las puntuaciones medias de cada grupo en FFMQ_AA



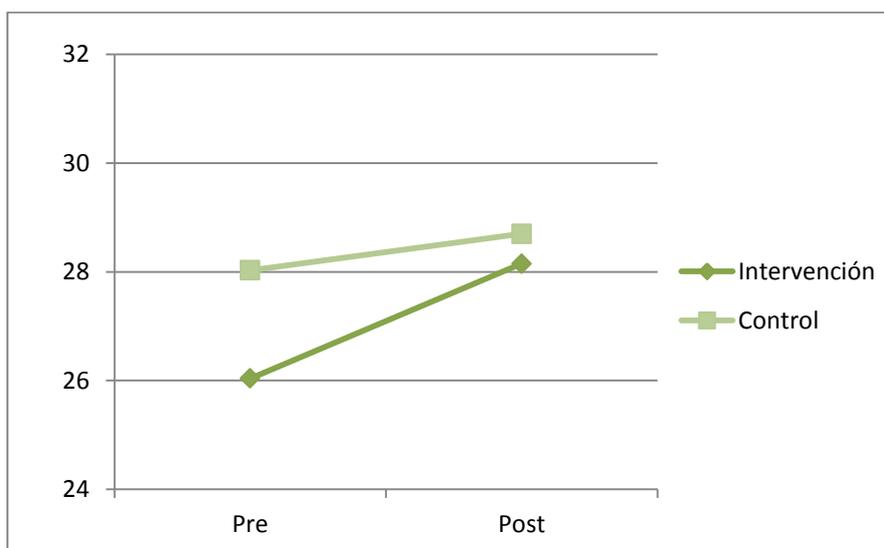
El gráfico que muestra las puntuaciones en FFMQ_NR refleja la mejora significativa de las medias del grupo de intervención en la ausencia de reactividad, mientras que, en el grupo de control, hay un ligero descenso de las medias, aunque ésta disminución no sea significativa. El grupo que recibe el tratamiento *mindfulness* mejora más en la faceta de ausencia de reactividad al finalizar el tratamiento *mindfulness* que el grupo de control.

Gráfico 9. Evolución de las puntuaciones medias de cada grupo en FFMQ_NR



El gráfico de las puntuaciones en FFMQ_NJ muestra una ligera mejoría de las medias en el factor ausencia de juicio, pero son leves y no resultan significativas en ninguno de los grupos.

Gráfico 10. Evolución de las puntuaciones medias de cada grupo en FFMQ_NJ



En resumen:

- Los factores de observación, descripción y ausencia de reactividad mejoran significativamente tras la terapia *mindfulness*.
- En los factores de observación y ausencia de reactividad podemos decir que la intervención es más eficaz para la mejora de estos indicadores que la no aplicación de tratamiento.

5.1.4 Indicador de compasión

El análisis de la evolución que han tenido los grupos respecto a la compasión refleja que, en el grupo de intervención, aumenta de forma significativa el indicador de compasión ($t(26)=-4,320$), mientras que en el grupo de control, la diferencia de las medias en los dos momentos de evaluación es pequeña y no significativa (Tabla 16).

Tabla 16. Medias (y desviaciones típicas) y pruebas t de las puntuaciones pre-post de cada grupo en el cuestionario SCS

		Pre		Post		t	P
		N	Media (DT)	N	Media (DT)		
SCS	Interv.	27	3,05 (,57)	27	3,44 (,59)	-4,320	,000*
	Control	30	3,24 (,85)	30	3,23 (,86)	,172	,865

*Significación estadística

Respecto a la eficacia de la terapia *mindfulness* en el grupo de intervención frente al grupo de control (Tabla 17), se obtienen efectos significativos en el factor pre_post ($F(1,55)=10,354$; $p=,002$) y efectos no significativos en el factor grupo; la interacción es significativa ($F(1,55)=11,837$; $p=,001$) con un tamaño del efecto grande según la regla de Cohen ($\eta^2_p=,177$). En consecuencia, el grupo de intervención que recibe el tratamiento *mindfulness* mejora más que el grupo de control en el cuestionario SCS.

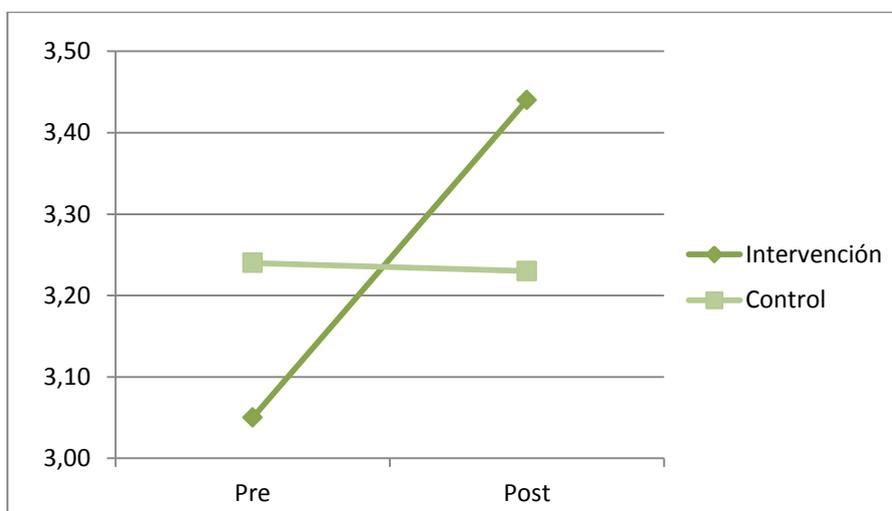
Tabla 17. ANOVA 2x2 del indicador de compasión

			Pre_Post			Pre_Post x Grupo		
F	p	η^2_p	F	p	η^2_p	F	P	η^2_p
,001	,970	,000	10,354	,002*	,158	11,837	,001*	,177

*Significación estadística

La representación gráfica de las puntuaciones en SCS muestra, en el grupo de intervención, el aumento significativo del indicador de compasión, mientras que, en el grupo de control, los pequeños cambios no llegan a ser significativos. Se refleja, al ser el efecto de la interacción significativa, que la mejora en las puntuaciones del cuestionario de compasión es mayor en el grupo de intervención que en el grupo de control.

Gráfico 11. Evolución de las puntuaciones medias de cada grupo en SCS



En conclusión, el indicador de compasión aumenta significativamente tras la terapia *mindfulness* en el grupo de intervención, pero además y fundamentalmente, el tratamiento es más eficaz para la mejora del indicador de compasión que la no intervención.

5.1.5 Indicadores de felicidad

En el análisis de la evolución que ha tenido cada grupo en los indicadores de felicidad, los resultados muestran que, en el grupo de intervención, se

ha producido un aumento de las medias en el indicador de satisfacción con la vida y en el de felicidad subjetiva, siendo esa diferencia significativa ($t(26)=-4,282$ y $t(26)=-2,574$, respectivamente). Respecto al grupo de control, las diferencias de medias en los indicadores de felicidad no son significativas (Tabla 18).

Tabla 18. Medias (y desviaciones típicas) y pruebas t de las puntuaciones pre-post de cada grupo en el cuestionario ESV y SHS

		Pre		Post		T	P
		N	Media (DT)	N	Media (DT)		
ESV	Interv.	27	12,44 (3,15)	27	14,56 (2,85)	-4,282	,000*
	Control	30	13,07 (3,52)	30	13,37 (4,35)	-,659	,515
SHS	Interv.	27	4,31 (1,24)	27	4,75 (1,24)	-2,574	,016*
	Control	30	4,39 (1,54)	30	4,43 (1,44)	-,228	,821

*Significación estadística

En cuanto a la eficacia de la terapia *mindfulness* frente al grupo de control (Tabla 19) cabría destacar los siguientes aspectos:

- En la escala ESV hay un efecto significativo del factor Pre_Post ($F(1,55)=12,946$; $p=,001$), pero no se han obtenido efectos significativos en el grupo; la interacción es significativa ($F(1,55)=7,305$; $p=,009$) con un tamaño del efecto, según la regla de Cohen, medio ($\eta^2_p=,117$). Podemos decir que el grupo con tratamiento *mindfulness* obtiene una puntuación significativamente superior en ESV que la del grupo de control.
- En la escala SHS, se obtienen efectos significativos en el factor Pre_Post ($F(1,55)=4,437$; $p=,040$) y efectos no significativos en el factor grupo y en la interacción. Podemos decir que la puntuación

en SHS es mayor en la evaluación post de ambos grupos tomados en conjunto que en la evaluación pre.

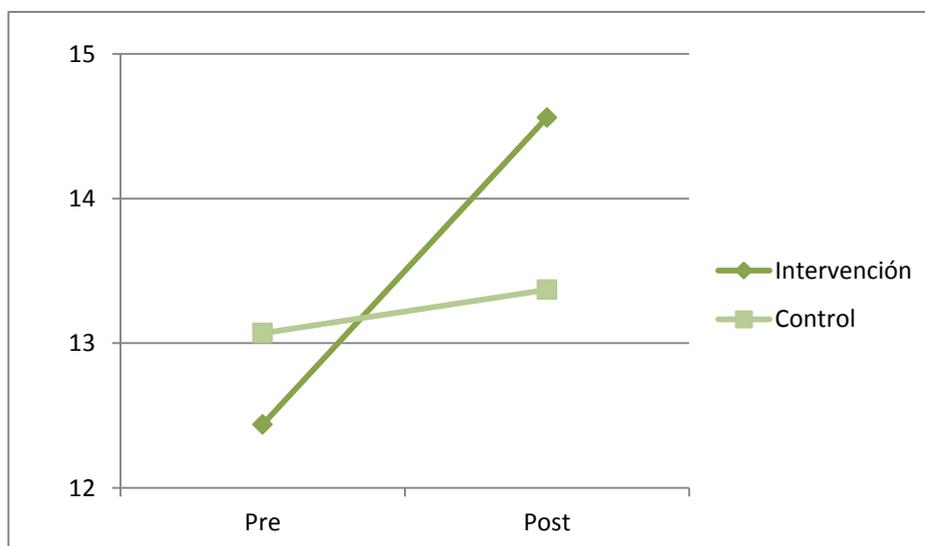
Tabla 19. ANOVA 2x2 de los indicadores de felicidad

	Grupo			Pre_Post			Pre_Post x Grupo		
	F	P	η^2_p	F	p	η^2_p	F	p	η^2_p
ESV	,104	,748	,002	12,946	,001*	,191	7,305	,009*	,117
SHS	,126	,724	,002	4,437	,040*	,075	3,264	,076	,056

*Significación estadística

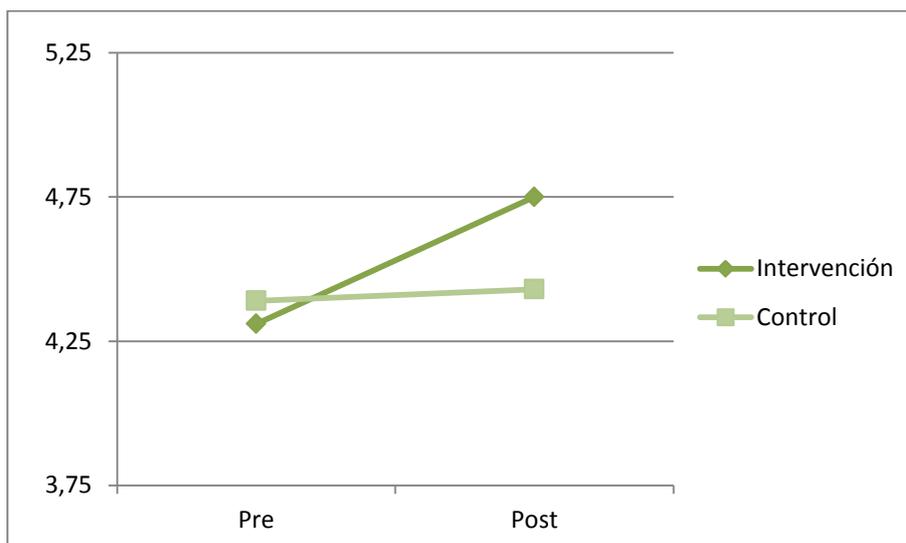
El gráfico de las puntuaciones en ESV (Gráfico 12) muestra el aumento significativo del indicador de satisfacción con la vida en el grupo de intervención, mientras que, en el grupo de control, la ligera elevación no alcanza a ser significativa. También se refleja, al ser la interacción significativa, que en el grupo de intervención las puntuaciones en ESV han aumentado en mayor medida que en el grupo de control.

Gráfico 12. Evolución de las puntuaciones medias de cada grupo en ESV



El gráfico de las puntuaciones en SHS (Gráfico 13) muestra el aumento significativo del indicador de felicidad subjetiva en el grupo de intervención, mientras que en el grupo control los cambios no alcanzan a ser significativos.

Gráfico 13. Evolución de las puntuaciones medias de cada grupo en SHS



En conclusión:

- Los indicadores de felicidad en los participantes del grupo de intervención mejoran significativamente tras el tratamiento *mindfulness*.
- La intervención es más eficaz para mejorar el indicador de satisfacción con la vida que la no aplicación del tratamiento.

5.1.6 Aspectos que pueden afectar a la eficacia del tratamiento

a) Adherencia al tratamiento

La adherencia que los sujetos tengan al programa aplicado puede influir en los efectos que produce. En general, los sujetos de la investigación han tenido una alta adherencia al tratamiento

planteado, pero hay que analizar si los distintos niveles de adherencia al programa de los participantes afectan a la eficacia del mismo a través de dos aspectos: la asistencia a las sesiones y la realización de las tareas.

Para analizar si el nivel de asistencia a las sesiones ha tenido efectos sobre la eficacia del tratamiento, se han distribuido a los participantes entrenados en *mindfulness* en tres grupos: los que han asistido a 6 sesiones, a 7 sesiones y a 8 sesiones. En los ANOVA 3x2 practicados no hay ningún efecto significativo en la interacción de factores para ninguno de los indicadores, es decir, no hay diferencias significativas entre los grupos en los cambios que se producen entre la evaluación pre y la post.

Para analizar si el nivel de práctica de las meditaciones pautadas ha tenido efectos sobre la eficacia del tratamiento, se ha dividido a los participantes entrenados en *mindfulness* en dos grupos según la mediana de la variable práctica diaria de meditaciones. En los ANOVA 2x2 realizados no se ha detectado ningún efecto significativo de la interacción para ninguno de los indicadores, es decir, no hay diferencias significativas entre los que meditan más o menos en los cambios que se producen entre la evaluación pre y la post.

b) Vinculación con el fallecido

Como se ha dicho anteriormente, la naturaleza del parentesco y las relaciones de apego que el sujeto tiene con el fallecido afectan a la configuración de su duelo. En este estudio se han recogido datos sobre los vínculos familiares distinguiendo entre los siguientes: vinculaciones más cercanas (el fallecido es el cónyuge o hijo del participante) y vinculaciones menos cercanas (el fallecido es un progenitor, hermano u otro familiar).

Para analizar si el tipo de vinculación entre el sujeto y el fallecido ha tenido efectos sobre la eficacia del tratamiento, se ha dividido la muestra entrenada en *mindfulness* en dos grupos según la proximidad de la vinculación. En los ANOVA 2x2 practicados no se ha detectado ningún efecto significativo de la interacción para ninguno de los indicadores, es decir, no hay diferencias significativas entre las vinculaciones más o menos cercanas en los cambios que se producen entre la evaluación pre y la post.

c) *Tiempo transcurrido desde el deceso*

Como se ha indicado anteriormente en el apartado dedicado al duelo, su intensidad es distinta según la fase del duelo en que esté inmerso el sujeto.

Para analizar si el tiempo transcurrido desde la muerte ha tenido efectos sobre la eficacia del tratamiento, se ha dividido la muestra entrenada en *mindfulness* en dos grupos: participantes cuyo familiar ha fallecido durante los seis meses anteriores al inicio del tratamiento y participantes cuyo familiar ha fallecido más de seis meses antes del inicio del tratamiento. En los ANOVA 2x2 realizados no se ha detectado ningún efecto significativo de la interacción para ninguno de los indicadores, es decir, no hay diferencias significativas entre los lapsos de tiempo más o menos cercanos al deceso en los cambios que se producen entre la evaluación pre y la post.

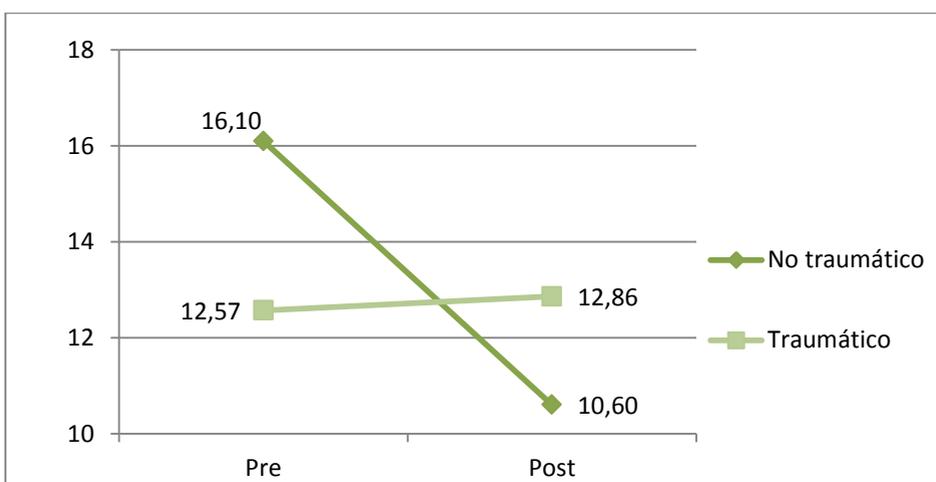
d) *Duelo y trauma*

Algunos duelos, por la forma en que se produce el fallecimiento del familiar, van acompañados de un trauma, tal y como se ha comentado en el presente trabajo.

Para analizar si la existencia de trauma que acompaña al duelo ha tenido efectos sobre la eficacia del tratamiento, se ha dividido la muestra entrenada en *mindfulness* en dos grupos: duelos con

trauma y duelos sin trauma. En los ANOVA 2x2 practicados aparecen efectos significativos de la interacción en el indicador sintomático de depresión (DASS_D, $F(1,25)=4,664$; $p=,041$), es decir, hay diferencias significativas entre los duelos con trauma y los duelos sin trauma en los cambios que se producen entre la evaluación pre y la evaluación post del indicador de depresión (Gráfico 14).

Gráfico 14. Evolución de las puntuaciones medias de cada grupo en DASS_D



En conclusión:

- No se han encontrado diferencias significativas entre los participantes según el nivel de adherencia (aunque hay que tener en cuenta que se exigía un nivel bastante alto de asistencia y que el cumplimiento medio de las tareas que han declarado los participantes es muy elevado), las relaciones familiares del sujeto con el fallecido o lo avanzado del duelo.

- En los duelos no traumáticos se detecta que el entrenamiento es más eficaz para reducir el indicador de depresión que en los duelos con trauma.

5.2 Resultados del tratamiento *mindfulness* en sujetos con duelo complicado

En la Escala de Inventario de Duelo Complicado (IDC) se califica en proceso de duelo complicado a aquellos sujetos cuya puntuación es superior a 25. Siguiendo este criterio, en la evaluación pre de esta investigación, 16 sujetos del grupo de intervención y 18 del grupo de control presentaban un proceso de duelo complicado.

5.2.1 Indicador del proceso de duelo

La evolución de las puntuaciones en el cuestionario IDC entre los sujetos con duelo complicado muestra una disminución significativa de las medias en el grupo de intervención ($t(15)=5,947$); en cambio, en el grupo de control, la reducción de las puntuaciones ha sido mucho menor, no alcanzando a ser significativa (Tabla 20).

Tabla 20. Medias (y desviaciones típicas) y pruebas t de las puntuaciones pre-post de cada grupo en el cuestionario IDC en sujetos con duelo complicado

		Pre		Post		t	P
		N	Media (DT)	N	Media (DT)		
IDC	Interv.	16	37,19 (8,68)	16	25,44 (13,68)	5,947	,000*
	Control	18	42,28 (10,54)	18	39,11 (14,79)	2,030	,058

*Significación estadística

En cuanto a la eficacia que ha tenido el tratamiento *mindfulness* (Tabla 21), los resultados del análisis de varianza revelan un efecto significativo en el factor grupo ($F(1,32)=5,483$; $p=,026$) y en el factor Pre_Post

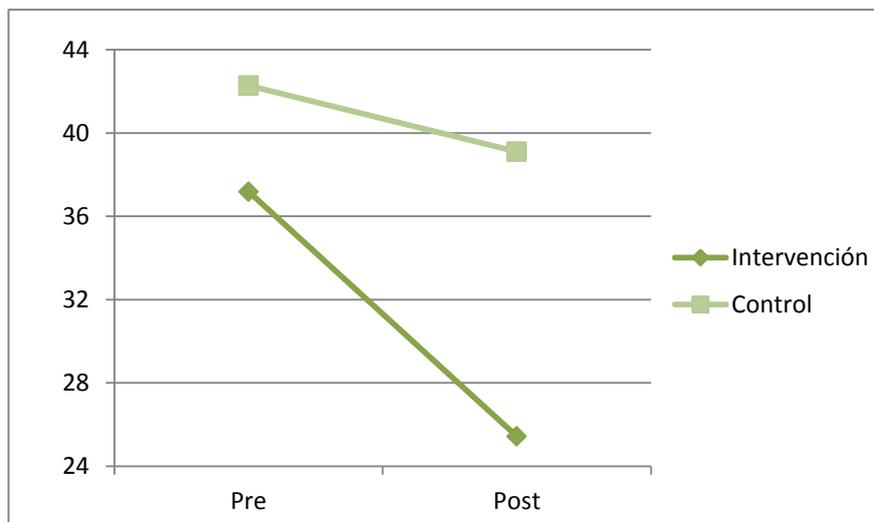
($F(1,32)=35,868$; $p<,001$). Por su parte, la interacción de factores también es significativa ($F(1,32)=11,876$; $p=,002$) con un tamaño del efecto, según la regla de Cohen, grande ($\eta^2_p=,271$). Por tanto, el tratamiento *mindfulness* es más eficaz para reducir las puntuaciones en IDC que la no aplicación de tratamiento (Gráfico 15).

Tabla 21. ANOVA 2x2 del indicador del proceso de duelo en sujetos con duelo complicado

			Pre_Post			Pre_Post x Grupo		
F	p	η^2_p	F	p	η^2_p	F	P	η^2_p
5,483	,026*	,146	35,868	,000*	,528	11,876	,002*	,271

*Significación estadística

Gráfico 15. Evolución de las puntuaciones medias de cada grupo en IDC en sujetos con duelo complicado



A los sujetos en un proceso de duelo complicado el entrenamiento en habilidades de atención plena les reduce significativamente el indicador

IDC. Además, este entrenamiento es más eficaz para reducir su duelo que la no intervención.

5.2.2 Indicadores sintomáticos

En el grupo de intervención, en la evolución de las puntuaciones en la escala DASS-21, se observan diferencias de medias significativas en el indicador de ansiedad ($t(15)=3,608$) y de estrés ($t(15)=3,346$); en cambio, en el grupo de control han resultado significativas las diferencias de medias del indicador de depresión y de estrés (Tabla 22).

Tabla 22. Medias (y desviaciones típicas) y pruebas t de las puntuaciones pre-post de cada grupo en las subescalas del cuestionario DASS-21 en sujetos con duelo complicado

		Pre		Post		t	P
		N	Media (DT)	N	Media (DT)		
DASS_D	Interv.	16	16,88 (10,61)	16	13,38 (10,24)	2,049	,058
	Control	18	25,78 (10,76)	18	20,44 (10,68)	3,578	,002*
DASS_A	Interv.	16	13,13 (9,66)	16	7 (7,16)	3,608	,003*
	Control	18	14,78 (8,92)	18	12 (6,32)	1,227	,237
DASS_E	Interv.	16	22,38 (9,16)	16	15 (7,93)	3,346	,004*
	Control	18	24,56 (6,54)	18	20,11 (8,41)	4,264	,001*

*Significación estadística

Hay que señalar que, en este caso, en el tiempo de medida pre, hay diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el de control en la

subescala DASS_D ($t(15)=-2,424$), ya que el grupo de tratamiento parte con menores síntomas de depresión que el grupo de control.

Respecto a la eficacia del tratamiento *mindfulness* en los indicadores sintomáticos de sujetos en duelo complicado:

- En la subescala DASS_D se ha encontrado un efecto significativo del factor Pre_Post ($F(1,32)=15,326$; $p<,001$), con lo que podemos decir que la depresión es menor en la evaluación post que en la evaluación pre; también se ha producido un efecto significativo del factor grupo ($F(1,32)=5,336$; $p=0,027$) que indica que existen diferencias entre el grupo de intervención y de control. En esta escala no se han obtenido efectos significativos en la interacción.
- En la subescala DASS_A se ha producido un efecto significativo del factor Pre_Post ($F(1,32)=9,503$; $p=,004$) que indica una disminución de la ansiedad en la evaluación post; no se han producido efectos significativos del factor grupo ni de la interacción.
- En la subescala DASS_E se ha producido un efecto significativo del factor Pre_Post ($F(1,32)=25,275$; $p<,001$) que refleja un estrés menor en la evaluación post; no se han producido efectos significativos del factor grupo ni de la interacción.

Tabla 23. ANOVA 2x2 de los indicadores sintomáticos en sujetos con duelo complicado

	Grupo			Pre_Post			Pre_Post x Grupo		
	F	p	η^2_P	F	p	η^2_P	F	p	η^2_P
DASS_D	5,336	,027*	,143	15,326	,000*	,324	,660	,422	,020
DASS_A	1,954	,172	,058	9,503	,004*	,229	1,343	,255	,040
DASS_E	2,130	,154	,062	25,275	,000*	,441	1,554	,222	,046

*Significación estadística

En los gráficos de las puntuaciones medias de cada grupo en depresión, ansiedad y estrés se reflejan los resultados de los análisis realizados (Gráficos 16, 17 y 18).

Gráfico 16. DASS_D

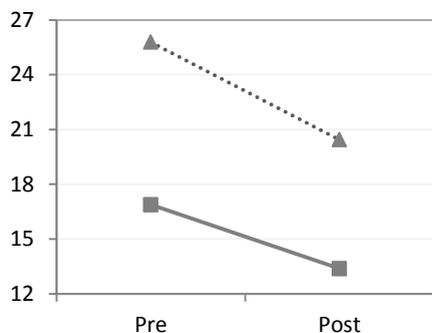


Gráfico 17. DASS_A

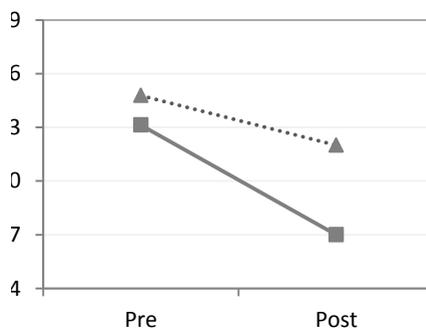
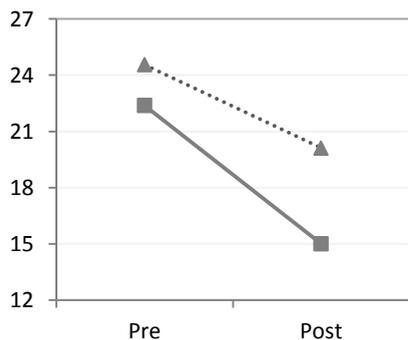


Gráfico 18 DASS_E



En conclusión:

- Los indicadores sintomáticos de ansiedad y estrés en los participantes con duelo complicado del grupo de intervención se reducen significativamente tras el tratamiento de *mindfulness*.
- No podemos decir para ninguno de los indicadores que el entrenamiento en *mindfulness* sea más eficaz para mejorar los indicadores sintomáticos que la no intervención.

5.2.3 Indicadores *mindfulness*

La evolución de las puntuaciones en el cuestionario FFMQ de los sujetos con duelo complicado del grupo de intervención presenta diferencias de medias significativas en el factor observación ($t(15)=-2,391$), en el factor descripción ($t(15)=-2,753$) y en el factor de ausencia de reactividad ($t(15)=-2,892$). Por su parte, en el grupo de control ninguno de los factores presenta diferencias significativas (Tabla 24).

Tabla 24. Medias (y desviaciones típicas) y pruebas t de las puntuaciones pre-post de cada grupo en las subescalas del cuestionario FFMQ en sujetos con duelo complicado.

		Pre		Post		t	p
		N	Media (DT)	N	Media (DT)		
FFMQ_O	Interv.	16	24,13 (6,72)	16	27,94 (4,73)	-2,391	,030*
	Control	18	20,78 (6,37)	18	20,56 (8,27)	,202	,842
FFMQ_D	Interv.	16	25,81 (7,40)	16	29,31 (7,53)	-2,753	,015*
	Control	18	26,11 (6,26)	18	26,50 (7,85)	-,666	,514
FFMQ_AA	Interv.	16	24,31 (5,34)	16	25,75 (4,95)	-,849	,409
	Control	18	23 (4,75)	18	22,83 (5,67)	,199	,845
FFMQ_NR	Interv.	16	20,25 (3,49)	16	23 (3,65)	-2,892	,011*
	Control	18	19,33 (4,97)	18	18,06 (4,52)	1,169	,259
FFMQ_NJ	Interv.	16	25,38 (7,97)	16	27,19 (7,76)	-1,045	,313
	Control	18	24,28 (8,19)	18	25,28 (6,52)	-,659	,519

*Significación estadística

Respecto a la eficacia del tratamiento *mindfulness* aplicado al grupo de intervención frente al grupo de control (Tabla 25):

- En la subescala FFMQ_O se observa que hay un efecto significativo en el factor grupo ($F(1,32)=6,571$; $p=,015$), pero no hay un efecto significativo del factor Pre_Post. La interacción también es significativa ($F(1,32)=4,505$; $p=,042$) con un tamaño del efecto, según la regla de Cohen, medio ($\eta^2_p=,123$). Podemos decir que los sujetos que reciben un tratamiento de *mindfulness*, tras la intervención obtienen mejor puntuación en el factor observación que los sujetos que no reciben ningún tratamiento.
- En la subescala FFMQ_D se ha obtenido un efecto significativo en el factor Pre_Post ($F(1,32)=8,327$; $p=,007$), pero no se aprecian efectos significativos en el factor grupo. La interacción es significativa ($F(1,32)=5,329$; $p=,028$) con un tamaño del efecto, según la regla de Cohen, grande ($\eta^2_p=,143$). Podemos decir que los sujetos del grupo de intervención obtienen mejor puntuación en la evaluación post en el factor descripción que los sujetos del grupo de control.
- En la subescala FFMQ_AA, los efectos no son significativos en el factor grupo, ni en el factor Pre_Post ni en la interacción.
- En la subescala FFMQ_NR, se obtienen efectos significativos en el factor grupo ($F(1,32)=5,422$; $p=,026$) y efectos no significativos en el factor Pre_Post. La interacción es significativa ($F(1,32)=7,548$; $p=,010$) con un tamaño del efecto, según la regla de Cohen, grande ($\eta^2_p=,191$). El grupo de intervención que recibe el tratamiento *mindfulness* obtiene una puntuación superior al grupo de control en el factor de ausencia de reactividad ante las experiencias internas.
- En la subescala FFMQ_NJ no hay efectos significativos ni en el factor grupo, ni en el factor Pre_Post, ni en la interacción.

Tabla 25. ANOVA 2x2 de los indicadores de *mindfulness* en sujetos con duelo complicado.

	Grupo			Pre_Post			Pre_Post x Grupo		
	F	p	η^2_p	F	p	η^2_p	F	p	η^2_p
FFMQ_O	6,571	,015*	,170	3,567	,068	,100	4,505	,042*	,123
FFMQ_D	,273	,605	,008	8,327	,007*	,206	5,329	,028*	,143
FFMQ_AA	1,903	,177	,056	,485	,491	,015	,773	,386	,024
FFMQ_NR	5,422	,026*	,145	1,008	,323	,031	7,548	,010*	,191
FFMQ_NJ	,408	,527	,013	1,503	,229	,045	,125	,726	,004

*Significación estadística

En la representación gráfica de las puntuaciones medias obtenidas por cada grupo en las cinco facetas del cuestionario FFMQ se observan los efectos descritos (Gráfico 19, 20, 21, 22 y 23).

Evolución de las puntuaciones medias de los grupos en los factores de FFMQ en sujetos en duelo complicado

Gráfico 19. FFMQ_O

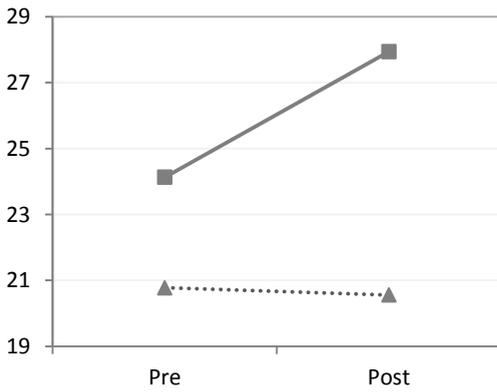


Gráfico 20 FFMQ_D

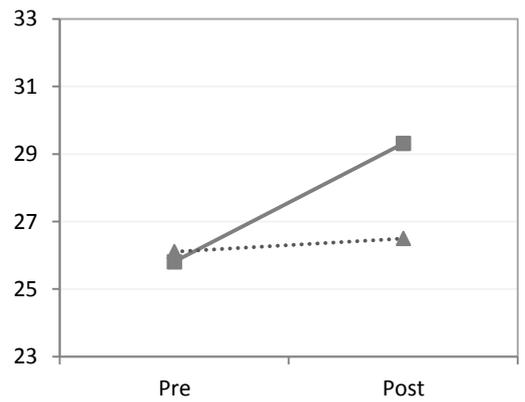


Gráfico 21. FFMQ_AA

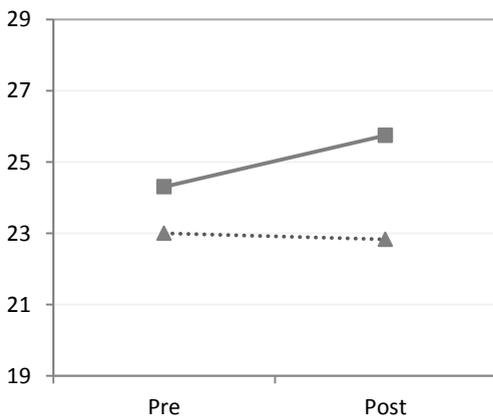
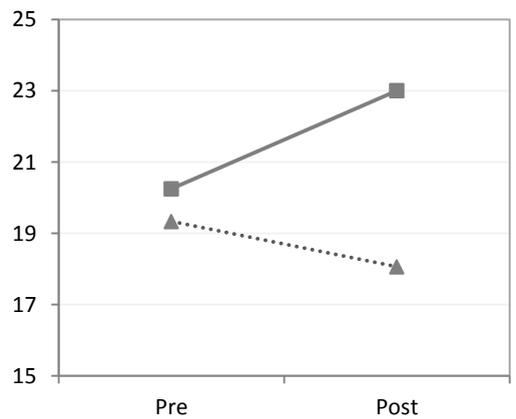
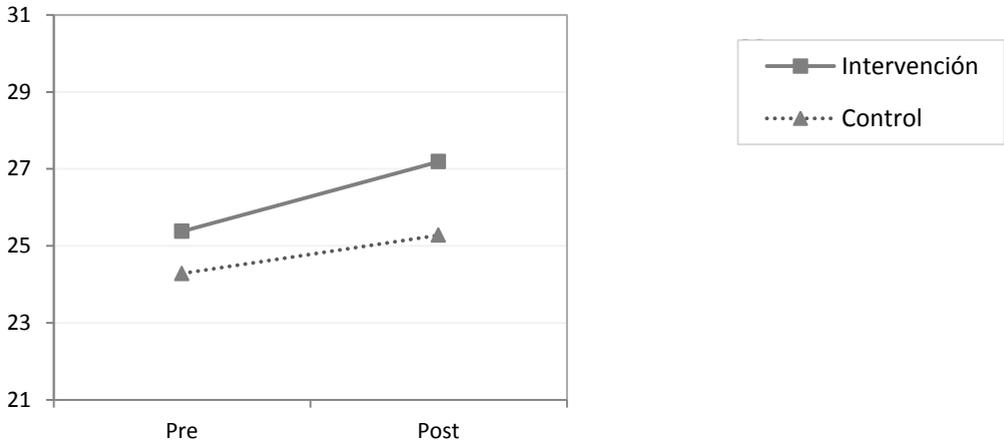


Gráfico 22. FFMQ_NR



FFMQ_NJ



En conclusión:

- Los factores de observación, descripción y ausencia de reactividad mejoran significativamente en los participantes en duelo complicado tras la terapia *mindfulness*.
- En los factores de observación, descripción y ausencia de reactividad podemos decir que la intervención en sujetos con duelo complicado es más eficaz para la mejora de estos indicadores que la no aplicación de tratamiento.

5.2.4 Indicador de compasión

El análisis de la evolución de las puntuaciones en el cuestionario SCS muestra que hay diferencias de medias significativas en el grupo de intervención ($t(15)=-2,445$), mientras que, en el grupo de control, la diferencia de medias es muy pequeña y no significativa (Tabla 26).

Tabla 26. Medias (y desviaciones típicas) y pruebas t de las puntuaciones pre-post de cada grupo en el cuestionario SCS en sujetos con duelo complicado

		Pre		Post		t	P
		N	Media (DT)	N	Media (DT)		
SCS	Interv.	16	3,02 (,60)	16	3,33 (,66)	-2,445	,027*
	Control	18	2,92 (,90)	18	2,93 (,91)	-,112	,912

*Significación estadística

En cuanto al análisis de varianza en el cuestionario SCS en personas con duelo complicado, se aprecia un efecto significativo del factor Pre_Post ($F(1,32)=4,261$; $p=,047$) que indica que el indicador de compasión es mayor en la evaluación post que en la evaluación pre. Sin embargo, no hay efecto significativo del factor grupo ni de la interacción (Tabla 27).

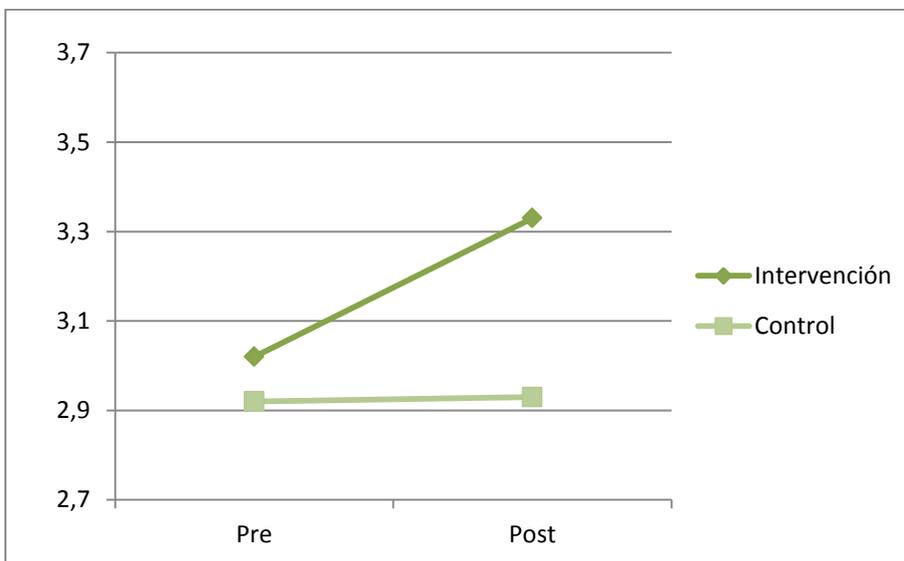
Tabla 27. ANOVA 2x2 del indicador de compasión en sujetos con duelo complicado.

			Pre_Post			Pre_Post x Grupo		
F	p	η^2_p	F	P	η^2_p	F	P	η^2_p
,958	,335	,029	4,261	,047*	,117	3,724	,063	,104

*Significación estadística

La representación gráfica de las puntuaciones medias de cada grupo refleja los resultados obtenidos en los análisis (Gráfico 23).

Gráfico 23. Evolución de las puntuaciones medias de cada grupo en SCS en sujetos con duelo complicado



A los sujetos en un proceso de duelo complicado el entrenamiento en habilidades de atención plena les mejora significativamente el indicador SCS, pero no podemos decir que este entrenamiento sea más eficaz para mejorar la capacidad de compasión que la no intervención.

5.2.5 Indicadores de felicidad

El análisis de la evolución de las puntuaciones en los cuestionarios de los indicadores de felicidad refleja que la ligera mejora de las medias en el grupo de intervención no es significativa y que, en el grupo de control, las medias de las puntuaciones se han mantenido constantes (Tabla 28).

Tabla 28. Medias (y desviaciones típicas) y pruebas t de las puntuaciones pre-post de cada grupo en el cuestionario ESV y SHS en sujetos con duelo complicado

		Pre		Post		t	p
		N	Media (DT)	N	Media (DT)		
ESV	Interv.	16	12,75 (3,75)	16	13,94 (3,13)	-1,893	,078
	Control	18	11,50 (2,83)	18	11,50 (3,84)	,000	1,000
SHS	Interv.	16	4,20 (1,56)	16	4,58 (1,39)	-1,704	,109
	Control	18	3,63 (1,39)	18	3,63 (1,21)	,000	1,000

*Significación estadística

El análisis de varianza realizado en los indicadores de felicidad, no ha revelado efectos significativos del factor grupo, ni del factor Pre_Post ni de la interacción entre factores.

Tabla 29. ANOVA 2x2 de los indicadores de felicidad en sujetos con duelo complicado

	Grupo			Pre_Post			Pre_Post x Grupo		
	F	p	η^2_P	F	p	η^2_P	F	p	η^2_P
ESV	2,899	,098	,083	1,750	,195	,052	1,750	,195	,052
SHS	2,844	,101	,082	1,648	,208	,049	1,648	,208	,049

*Significación estadística

Los gráficos de las puntuaciones en ESV y SHS (Gráficos 24 y 25) muestran el pequeño aumento de los indicadores tras la intervención, aunque no llega a ser significativo.

Evolución de las puntuaciones medias de los grupos en los indicadores de felicidad en sujetos con duelo complicado

Gráfico 24. ESV

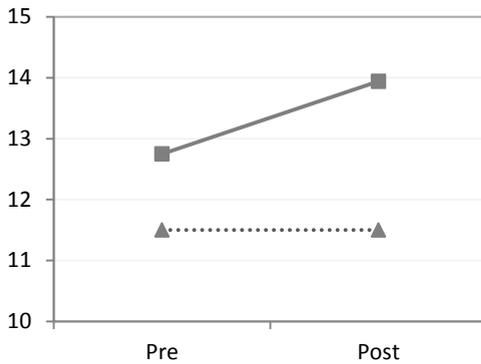
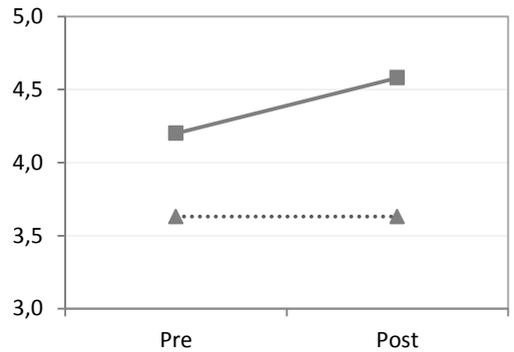


Gráfico 25. SHS



Los indicadores de felicidad en los participantes del grupo de intervención que están en proceso de duelo complicado no mejoran tras el tratamiento *mindfulness*.

5.3 Relaciones de la variable compasión

Una de las novedades del programa MDC es la introducción del constructo de la compasión en el tratamiento para reducir el duelo, añadiendo al entrenamiento en habilidades de atención plena, actividades para mejorar la compasión.

Para analizar si la variable compasión interviene (está relacionada) en la modificación de los indicadores tras el tratamiento, se han realizado

correlaciones de Pearson entre la evolución de las puntuaciones de los indicadores y la de la variable compasión (Tabla 30).

Las diferencias en la escala de autocompasión tras el tratamiento correlacionan:

- Negativamente con las del inventario de duelo complicado ($r=-,415$; $p=,032$) y con las de la subescala que mide el estrés en el DASS-21 ($r=-,544$; $p=,003$);
- Positivamente con las de las habilidades de atención plena de observación ($r=,387$; $p=,046$), de descripción ($r=,391$; $p=,044$) y de ausencia de reactividad ($r=,465$; $p=,014$); y con las de los cuestionarios de felicidad de la escala de satisfacción con la vida ($r=,420$; $p=,029$) y de felicidad subjetiva ($r=,394$; $p=,042$).

Tabla 30. Correlaciones de Pearson entre las diferencias post-pre de la escala de autocompasión y de las demás escalas

r	Indicador del proceso de duelo				
		-,415*			
r	Indicadores sintomáticos				
	DASS_D	DASS_A	DASS_E		
	-,363	-,142	,544**		
r	Indicadores de <i>mindfulness</i>				
	FFMQ_O	FFMQ_D	FFMQ_AA	FFMQ_NR	FFMQ_NJ
	,387*	,391*	,373	,465*	,248
r	Indicadores de felicidad				
	ESV			SHS	
	,420*			,394*	

* $p <,05$; ** $p <,01$; $n=27$.

En conclusión:

- La reducción del duelo y de los síntomas de estrés correlaciona con el aumento de la capacidad de compasión;
- El aumento de la felicidad y de las habilidades de observar, de describir y de falta de reactividad correlaciona con el aumento de la capacidad de compasión.

6. Conclusiones

En este apartado, en primer lugar, se van a relacionar los resultados obtenidos en la investigación con los objetivos e hipótesis formulados inicialmente; en segundo lugar, se recogerán las implicaciones respecto a los paradigmas teóricos considerados; y, en tercer lugar, se expondrán las limitaciones que se han encontrado. Por último, se expondrán las conclusiones del estudio.

Este trabajo pretendía explorar la eficacia que tiene un programa basado en un entrenamiento en habilidades de *mindfulness*, al que se ha incorporado la compasión, sobre personas que están en un proceso de duelo provocado por la muerte de un familiar. Relacionando los objetivos e hipótesis establecidos sobre cada una de las variables dependientes con los resultados obtenidos, se deduce lo siguiente:

- En cuanto a la eficacia en el indicador de duelo:
 - o El tratamiento produce una reducción de las puntuaciones del indicador de duelo de forma significativa, lo que confirma la hipótesis de que el tratamiento mejora el proceso de duelo.
 - o Los resultados muestran diferencias significativas en el indicador del duelo del grupo de intervención respecto al grupo de control, validándose la hipótesis de que la reducción que el

tratamiento produce en el indicador de duelo es mayor que la que se produce sin tratamiento por el transcurso del tiempo y con un tamaño del efecto grande.

- En cuanto a la eficacia sobre los indicadores sintomáticos:
 - El tratamiento produce una reducción significativa de los indicadores de depresión, ansiedad y estrés confirmando la hipótesis de que el tratamiento reduce los estados emocionales negativos que manifiestan las personas en duelo.
 - En cambio, el entrenamiento no ha resultado más eficaz para reducir los síntomas que la no aplicación de tratamiento, por lo que no se confirma la hipótesis de que la mejora en el estado emocional causada por el entrenamiento en *mindfulness* sea mayor que la que se pueda producir sin ningún tratamiento por el transcurso del tiempo.
- En cuanto a la eficacia en las facetas de atención plena:
 - El tratamiento ha mejorado de forma significativa las facetas de Observación, Descripción y Ausencia de reactividad pero no las de Actuar con conciencia y Ausencia de juicio; por lo tanto se confirma, pero parcialmente, la hipótesis de partida ya que el programa mejora algunas de las facetas de *mindfulness* de personas en duelo.
 - El entrenamiento es más eficaz que no aplicar tratamiento para mejorar las facetas de Observación y Ausencia de reactividad por lo que también se valida parcialmente la hipótesis de que el entrenamiento mejora las facetas de *mindfulness* en mayor medida que no aplicar ningún tratamiento.
- En cuanto a la eficacia en la capacidad de compasión:

- El tratamiento produce un aumento significativo de la puntuación en el indicador, confirmando la hipótesis del efecto de mejora en la capacidad de compasión.
 - Además, el entrenamiento es más eficaz para aumentar el indicador que no aplicar tratamiento por lo que también se confirma la hipótesis de que el desarrollo de una mente compasiva en personas en duelo se produce como resultado del entrenamiento recibido porque su capacidad de compasión es mayor que la que se pueda producir sin tratamiento, y esto se produce con un tamaño del efecto grande.
- En cuanto a la eficacia en los niveles de felicidad:
- El tratamiento ha provocado que la puntuación en la escala de satisfacción con la vida y en la de felicidad subjetiva aumente de forma significativa validando la hipótesis de que el programa aumenta el nivel de bienestar subjetivo que tienen las personas inmersas en un duelo.
 - En cambio, el tratamiento se ha mostrado más eficaz que no aplicar terapia para mejorar el indicador de satisfacción con la vida pero no para el indicador de felicidad subjetiva; por tanto, se confirma solo parcialmente que con tratamiento se mejora más el nivel de bienestar subjetivo que sin su aplicación.
- Respecto a la eficacia en los duelos complicados:
- El tratamiento ha producido que se reduzcan de forma significativa los indicadores de duelo, de ansiedad y de estrés y que aumenten de forma significativa los indicadores de las facetas de Observación, Descripción, Ausencia de reactividad y la capacidad de compasión; en cambio, no ha mejorado el indicador de depresión, ni los indicadores de las facetas de Actuar con conciencia y Ausencia de juicio, ni los indicadores de bienestar subjetivo; por tanto, se valida parcialmente la

hipótesis de que el programa suaviza las reacciones emocionales, reduce los estados emocionales negativos y mejora las facetas de *mindfulness*, de compasión y de bienestar subjetivo de sujetos en duelo complicado.

- Por otra parte, el entrenamiento ha sido más eficaz que la no aplicación de tratamiento para reducir el duelo y para mejorar las facetas de Observación, Descripción y Ausencia de reactividad; en cambio, el tratamiento no ha sido más eficaz para reducir los indicadores sintomáticos ni para mejorar las facetas de Actuar con conciencia y Ausencia de juicio, ni para mejorar los indicadores de compasión y de felicidad; por tanto, se confirma parcialmente la hipótesis de que, como resultado del entrenamiento en *mindfulness*, la relajación de sentimientos, la mejora del estado emocional y en las facetas de *mindfulness*, el desarrollo de una mente compasiva y la mejora del nivel de bienestar subjetivo es mayor que sin tratamiento.
- Se han considerado cuatro variables que pueden afectar a la efectividad del tratamiento: la adherencia al programa, la vinculación con el fallecido, el tiempo transcurrido desde el deceso y el trauma:
 - No se han encontrado diferencias significativas entre los sujetos en función del nivel de adherencia al programa, por lo que no se valida la hipótesis de que los sujetos con mayor adherencia al programa mejoren más sus indicadores que los de menor adherencia.
 - Tampoco se han encontrado diferencias significativas según la vinculación familiar del sujeto con el fallecido, por lo que no se valida la hipótesis de que los sujetos con vínculos de apego o parentesco menos próximo con el fallecido mejoren más sus indicadores que los que tienen relaciones más cercanas.

- No se han encontrado diferencias significativas en función del tiempo transcurrido desde el deceso, por lo que no se confirma la hipótesis de que los sujetos inmersos en una fase más avanzada del duelo mejoren más sus indicadores que los que están en una fase inicial.
 - En los duelos no traumáticos, el tratamiento ha sido más eficaz para reducir el indicador de depresión que en los traumáticos, por lo que solo se confirma parcialmente la hipótesis de que en los duelos no traumáticos la mejora en los indicadores es mayor que en los duelos traumáticos.
- Respecto a las relaciones de la variable compasión, el indicador de compasión, con la aplicación del tratamiento, correlaciona negativamente con los indicadores de duelo y estrés, y positivamente con las facetas de Observación, Descripción y Ausencia de reactividad y con los indicadores de felicidad; en cambio, no hay correlación significativa con la depresión, ni con la ansiedad ni con las facetas de Actuar con conciencia y Ausencia de juicio. Por tanto, se valida parcialmente la hipótesis de que exista una asociación negativa con los indicadores de duelo y de síntomas, y positiva con los indicadores de felicidad y las habilidades de atención plena.

7. Discusión

En este estudio se han seleccionado cinco tipos de variables y sus respectivos indicadores: duelo, sintomatología (ansiedad, depresión y estrés), *mindfulness* (observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de reactividad y ausencia de juicio), compasión y bienestar subjetivo o felicidad (satisfacción con la vida y felicidad subjetiva). A partir de los resultados obtenidos pasamos ahora a compararlos con la literatura existente en cada área específica de conocimiento.

La primera y más importante conclusión que se desprende de esta investigación es que un entrenamiento en habilidades *mindfulness* y compasión trae consigo la disminución de la intensidad del **duelo** en sujetos con duelo normal y en sujetos con duelo complicado. Nuestro programa, desde un principio, no se fundamentaba en una intervención psicológica para sujetos con duelo complicado o con posibilidad de desarrollarlo. Nuestro interés real era implementar un programa que fuera de ayuda para todas aquellas personas que están atravesando un proceso de duelo, con independencia de como fuera este. A partir de ahora, puesto que hemos analizado y segmentado los sujetos según su duelo, abordaremos los dos grupos por separado.

Los buenos resultados que se han obtenido en personas con **duelo normal**, sin embargo, no coinciden con la literatura y, en cierto modo, son esperanzadores para futuras investigaciones. Como se ha comentado, los estudios sobre duelo normal desaconsejan cualquier tipo de intervención. Por ejemplo, Schut, Stroebe, Bout, Terheggen (2001) tuvieron resultados decepcionantes e incluso negativos. Lo mismo ocurrió con los programas de intervención en crisis (Polak, Egan, Vandenberg y Williams, 1973, 1975; Williams, Lee y Polak, 1976; Williams y Polak, 1979; y Constantino, 1981); con los de ayuda mutua (Lund y Caserta, 1992; Caserta; Lund y Dimond, 1993); y con los de psicoterapia breve en grupo (Yalom, 1990). Todos ellos desaconsejaron tratar a personas en proceso de duelo normal.

Otros estudios ponen de manifiesto la provisionalidad de los buenos resultados en la intervención grupal con personas en proceso de duelo normal (Barret, 1978): programa de información, expresión de emociones y ayuda mutua (Stroebe y Stroebe, 1983); programa psicoeducativo (Sabatini, 1988 y 1989); programa de reestructuración cognitiva, destrezas conductuales y autoayuda (Walls y Meyers, 1985); y programa de las cuatro sesiones dirigidas a incrementar la percepción de control (Zautra, 1989).

En cuanto al momento de inicio del tratamiento, también los resultados de nuestra investigación divergen con los de otras: no se han encontrado diferencias significativas en la eficacia del programa en relación con el

tiempo transcurrido desde la muerte. En nuestro trabajo casi la mitad de los sujetos acudieron al programa con un proceso de duelo muy reciente (en el 47,37% de los casos no habían transcurrido más de seis meses desde el fallecimiento). Al respecto, Shut y cols. (2001) señalan que la intervención precoz puede interferir en el curso normal del duelo y el apoyo social, dificultando la búsqueda por parte del doliente de sus propios caminos y soluciones. En esta misma línea se sitúan Jordan y Neimeyer (2003), quienes sugieren que la intervención no debería presuponerse necesaria y eficaz en todos los casos. Como se ha dicho, nuestra investigación desmiente este aspecto.

Schut y Stroebe (2006), por su parte, en una revisión bibliográfica de estudios sobre intervenciones en pacientes dolientes, llegan a las siguientes conclusiones: a) las intervenciones tempranas en duelo interfieren en el proceso natural del mismo y son desaconsejables; y b) las intervenciones son más efectivas cuando se aplican a duelos patológicos.

Como se ha dicho, en los casos de **duelo complicado** la intervención también ha sido eficaz. En esta ocasión los resultados coinciden con la literatura al uso. Por ejemplo, los trabajos de Raphael y cols. (1999) para las reacciones de duelo fóbicas; los de Kleber y Brom (1992); y los de Brom, Kleber y Defares (1986) obtuvieron una notable reducción en la sintomatología evitativa. También Von Fortner (1999) y Shear y cols. (2005) obtuvieron resultados satisfactorios.

La identificación del duelo complicado es un tema central puesto que las intervenciones psicológicas parecen tener una utilidad diferente en función de la trayectoria del mismo. Las evidencias existentes actualmente sugieren que en duelo normal una intervención formal y estructurada no consigue mejorías significativas en el doliente, que en el caso del duelo de riesgo parece que se consigue alguna mejoría, mientras que en el duelo complicado las intervenciones formales y estructuradas consiguen mejorías significativas en los dolientes (García y cols., 2013 y García y Landa, 2015). Recientes publicaciones de ensayos clínicos parecen apoyar estos resultados, mostrando la utilidad de terapias específicas para el duelo

complicado que permitan integrar los aspectos emocionales de la pérdida (Bryant y cols., 2014 y Shear y cols., 2014). Así mismo, la existencia de un trastorno depresivo mayor junto con el duelo implica una aproximación diferente, incluyendo la recomendación de psicofármacos (García y Landa, 2015).

Respecto a la capacidad de **compasión** de los sujetos de la muestra, nuestra investigación también ha obtenido resultados positivos. Como se sabe, en los últimos diez años, las investigaciones sobre compasión han ido en aumento exponencial. El constructo “compasión” está adquiriendo importancia y, poco a poco, se va posicionando como un indicador a tener en cuenta en futuras investigaciones. En el mundo científico se está abriendo paso la idea de entender la compasión, no tanto como un estado emocional reactivo a la contemplación del sufrimiento, sino más bien como una motivación, como un motivo capaz de orientarnos en la vida. Los motivos son grandes organizadores de la mente y de la conducta, y este es también el caso de la compasión (Simón, 2015).

La compasión, es decir, la capacidad de “tratarse bien ante el sufrimiento” resulta especialmente interesante para casos psicopatológicos, así como para procesos naturales que incluyan situaciones difíciles, como puedan ser cambios vitales, procesos de crisis o situaciones específicas de pérdida, como es el caso del duelo. El hecho de que nuestros resultados muestren un aumento en los niveles de compasión señala que estas personas después de la intervención son capaces de manejar su situación de duelo de una forma más natural, siendo amables y bondadosas consigo mismas. No hemos encontrado en la literatura estudios que evalúen y relacionen la compasión con sujetos que están viviendo una situación de duelo.

Uno de los hallazgos más importantes es que la compasión está relacionada con una mejor salud psicológica de las personas (Barnard y Curry, 2011; Zessin y cols., 2015), permite disponer de mayores niveles de felicidad, optimismo y satisfacción con la vida (Hollis-Walker y Colosimo, 2011; Neff y cols. 2007 a, b) y se relaciona con un aumento de la motivación, comportamientos saludables, imagen positiva del cuerpo y resiliencia

(Albertson y cols., 2014; Allen y cols., 2012; Breines y Chen, 2012 y Sbarra y cols., 2012).

Esta coincidencia de resultados también la confirma Neff (2007, 2009) cuando señala que las personas con más autocompasión sufren menos ansiedad y depresión, y tienden a experimentar menos emociones negativas (miedo, irritabilidad, hostilidad, angustia, etc.).

Como se sabe, este trabajo también ha relacionado los indicadores somáticos (**ansiedad, estrés y depresión**) con las principales variables del estudio. Al no tener un enfoque clínico, se ha utilizado para su medición un cuestionario para población en general (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS-21; *Depression Anxiety Stress Scales-21*, Antony y cols., 1998), adaptada por Bados, Solanas y Andrés (2005). El programa MDC ha obtenido una reducción en los tres indicadores antes mencionados. Sin embargo, no podemos afirmar que nuestro programa sea más eficaz que el simple paso del tiempo. Un dato curioso es que, en los sujetos del grupo control, la ansiedad ha permanecido estable.

Por ello, nuestros resultados no están en consonancia con la literatura. Por ejemplo, Tacon y cols. (2011), después de aplicar a una muestra de sujetos con cáncer de mama el programa MBSR, consiguió que se redujera la ansiedad anticipatoria.

En un estudio reciente Quezada-Berumeu, Gonzalez-Ramirez, Cebolla, Soler y García-Campayo (2014) utilizaron también la escala DASS-21 para analizar la relación existente entre la conciencia corporal y *mindfulness* en una población comunitaria de meditadores y no meditadores para investigar las relaciones entre atención, conciencia corporal y disociación corporal. Las variables de ansiedad, estrés y depresión son inversamente proporcionales a la conciencia corporal y *mindfulness*.

No hemos encontrado estudios que evalúen la variable estrés en sujetos en proceso de duelo que hayan recibido un programa de habilidades en *mindfulness*. Sin embargo, es interesante destacar que en nuestra

investigación, cuando relacionamos la variable compasión con la de estrés, se observa una correlación negativa entre ambas. Es decir, a mayores niveles de compasión, menores niveles de estrés. Nuestros datos son análogos al meta-análisis de MacBeth y Gumley (2012), donde se encontró una relación inversa entre compasión y estrés. En este mismo estudio se llevaron a cabo también análisis con depresión y ansiedad.

Otro ejemplo donde encontramos reducciones de los niveles de ansiedad, estrés y depresión lo encontramos en un trabajo de Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zigiarska y Rakel (2013). Estudiaron una población de médicos a los cuales les proporcionaban un programa de habilidades *mindfulness* (MBSR). Después de la intervención observaron que habían mejorado los indicadores de ansiedad, estrés y depresión. Existe similitud con nuestros resultados, ya de que los autores utilizan la escala DASS-21 para analizar las variables.

En cuanto a las variables relativas a *mindfulness*, la literatura al respecto coincide parcialmente con nuestros resultados. Como se ha explicado anteriormente, para medir las cinco variables relativas al constructo *mindfulness*, se ha utilizado el cuestionario de Baer. En dos de ellas, observar y no reactividad, la intervención ha resultado eficaz.

Los datos anteriormente expuestos son aplicables a toda la muestra. Sin embargo, si tenemos en cuenta solo aquellos sujetos con duelo complicado, también es eficaz para las variables observar, describir y ausencia de reactividad. En general lo que muestran los datos es que, tras la exposición a nuestro programa, se produce un aumento en la capacidad de estar presente con mayor conciencia de la experiencia que se está viviendo.

Sin embargo, Baer y cols. (2006) y Cebolla y cols. (2012) hallaron que la variable observar debía utilizarse aisladamente en sujetos sin experiencia previa en *mindfulness*, ya que solamente era significativa y correlacionaba bien con otras variables cuando los sujetos experimentales habían sido adiestrados en *mindfulness* (Baer y cols., 2008; De Bruin y cols., 2012; Lilja y

cols., 2011) y también era sensible a las intervenciones de *mindfulness* (Carmody y cols., 2008 y Soler y cols., 2012). En particular, varios estudios han mostrado un funcionamiento distinto de la escala observación, que correlacionaría positivamente con las restantes cuatro facetas tan solo en muestras de sujetos con experiencia meditativa y no correlacionaría (o lo haría negativamente) con las otras subescalas en muestras de sujetos sin experiencia (Baer y cols., 2008; De Bruin y cols., 2012; Cebolla y cols., 2012; Lilja y cols., 2011, 2012). Sin incluir observación, las otras cuatro facetas de la FFMQ actuarían como un “nivel general de *mindfulness*” en muestras con poca experiencia meditativa. Paradójicamente esta misma escala de observación, en muestras *naive*, puede correlacionar positivamente con índices psicopatológicos como, por ejemplo, supresión del pensamiento (Baer y cols., 2006, 2008; De Bruin y cols., 2012). Estas pequeñas aunque positivas correlaciones se han interpretado como reflejo de tendencias rumitativas asociadas a la observación en muestras de sujetos no meditadores (Tran y cols., 2013).

Recientemente, Cacciatore, Thieleman, Killian y Tavasolli (2015), en un estudio con una población de estudiantes graduados que participaban en un curso de habilidades en *mindfulness* para muerte traumática, obtuvieron un aumento de la puntuación para las cinco variables de *mindfulness*: observar, describir, actuar, no juzgar y no reaccionar.

En nuestro caso sí hay correlación positiva para las variables observar, describir y no reactividad con la capacidad de compasión. De alguna forma, aunque se trate de constructos diferentes, la compasión y *mindfulness* van al unísono, haciendo posible que la experiencia de duelo sea vivida de una forma más consciente y compasiva.

Por último, este programa ha analizado si se producían cambios en los niveles de **felicidad** de los sujetos de la muestra. Se trataba de incorporar un elemento de la psicología positiva, aunque sabíamos de antemano que las personas en proceso de duelo no eran la muestra más adecuada. No obstante, no incorporamos la felicidad como un concepto general, sino

como una forma más serena y consciente de pasar por la experiencia de duelo.

Los resultados obtenidos para la variable felicidad varían según analicemos la muestra general o la muestra de sujetos con duelo complicado. Así, para los sujetos con duelo normal encontramos que el programa ha sido eficaz para el indicador de satisfacción con la vida. Sin embargo, en los participantes que se encuentran en situación de duelo complicado el programa no ha sido eficaz para la variable felicidad.

En la misma línea, cuando analizamos la variable compasión y la relacionamos con los indicadores de felicidad también hallamos una correlación positiva. Nuestros resultados y los de las investigaciones en el área son, por tanto, acordes. Por ejemplo, Neff y cols. (2007) indicaron que las personas autocompasivas experimentan más emociones positivas (entusiasmo, interés, inspiración y emoción) que las personas autocríticas y afirman ser mucho más felices. En un estudio posterior, Neff y cols. (2008) concluyeron que las personas autocompasivas tienden a estar más satisfechas con su vida.

Otros autores (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006; Beitel, Ferer y Cecero, 2004; Brown y Ryan, 2003; Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra y Farrow, 2008; Carlson y Brown, 2005; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau, 2007; McKee, Zvolensky, Solomon, Bernstein y Leen-Feldner, 2007; y Walach, Buchheld, Buttenmuller, Kleinknecht y Schmidt, 2006) también han encontrado una relación entre *mindfulness* (sin el componente de compasión) y los indicadores de la salud mental como son la satisfacción con la vida y el bienestar (autorrealización y vitalidad). También Hefferman, Griffin, McNulty y Fitzpatrick (2010) y Martin, Staggars y Anderson (2011) encontraron resultados similares con el indicador satisfacción con la vida.

Recientemente, Kögler, Brandstätter, Borasio, Fensterer, Küchenhoff y Fegg (2015) estudiaron una muestra de sujetos que se dedicaban a los cuidados paliativos y, después de recibir un programa de habilidades *mindfulness*,

analizaron la escala de satisfacción con la vida (SWLS), obteniendo resultados positivos. Estos resultados son parecidos a los analizados en nuestra investigación.

Y para finalizar este apartado y a modo de resumen, cabe resaltar que el programa *Mindfulness*, duelo y compasión (MDC) ha sido eficaz. Por ello, podría utilizarse como un componente psicoeducativo para ayudar a que las personas inmersas en un proceso de duelo acepten su situación de forma consciente y serena. Aunque el MDC se enmarca en las terapias de acompañamiento o asesoramiento psicológico (*counselling*), también puede utilizarse como una intervención, tal y como se pone de manifiesto en la presente investigación.

8. Limitaciones

No queremos, sin embargo, obviar las limitaciones que nos hemos encontrado en la realización de este estudio. En primer lugar, en la muestra hay una alta representación del sexo femenino, lo que puede afectar la generalización de los resultados. Además, también hubiésemos querido estudiar las diferencias que hay entre los sujetos que reducen el duelo y los que no lo reducen para saber cuáles son las causas por las que el programa no ha funcionado en algunos sujetos y tenerlas en cuenta para aplicaciones futuras. No obstante, el tamaño de la muestra no nos ha permitido estudiar ese aspecto. Por ello, sería recomendable para posteriores estudios contar con una muestra más amplia. Asimismo, hubiera sido interesante analizar más variables externas que han podido afectar a la eficacia del tratamiento: la coexistencia del duelo con otras situaciones causantes de estados emocionales negativos, la presencia de duelos anteriores, etc.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que los efectos que ha tenido el tratamiento han sido distintos si estudiamos por separado la muestra con duelo complicado y la muestra con duelo normal, lo que sugiere que, siendo efectivo el entrenamiento en *mindfulness* con meditaciones de

compasión en personas en duelo, sería recomendable profundizar en el estudio del tratamiento específico recomendable para los distintos tipos de duelo. Una vez abierta esta línea de investigación, sería conveniente proseguir con estos estudios y ampliarlos a otras poblaciones: duelo traumático, duelo en niños, etc. En definitiva, sería oportuno que programas como el MDC, que ha demostrado ser eficaz, se introdujeran en el ámbito socio-sanitario y educativo.

Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F. y Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21, 683-703.
- Akiyama, H., Holtzman, J. M. y Britz, W. E. (1986). Pet ownership and health status during bereavement. *Omega*, 17, 187-193.
- Albertson, E. R., Neff, K. D. y Dill-Shackleford, K. E. (2014). Selfcompassion and body dissatisfaction in women: a randomized controlled trial of brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6 (3), 444-454.
- Allen, A. B., Goldwasser, E. R. y Leary, M. R. (2012). Self-compassion and well-being among older adults. *Self and Identity*, 11 (4), 428-453.
- Allumbaugh, D. L. y Hoyt, W. T. (1999). Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis. *J. Couns. Psychol.*, 46 (3), 370-380.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition). Washington, DC: Author.
- Arch, J. J. y Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1849-1858.
- Arias, A. J., Steinberg, K., Banga, A. y Trestman, R. L. (2006). Systematic Review of the Efficacy of Meditation Techniques as Treatments for Medical Illness. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12 (8), 817-832.
- Armstrong, K. (2011). *Doce pasos hacia una vida compasiva*. Barcelona: Paidós Paidós.
- Arranz, P. y cols. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos*. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel.

- Azari, N. P., Nickel, J., Wunderlich, G., Niedeggen, M., Hefter, H. Tellmann, L. y cols. (2001). Neural correlates of religious experience. *European Journal of Neuroscience*, 13, 1649-1652.
- Bach, P. y Hayes, S. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1129-1139.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R. A. (Ed.). (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinicians' guide to evidence base and practice*. New York: Academic Press.
- Baer, R. A., Smith, G. T. y Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-35.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, G., Krietemeyer, Sauer, S.J. y cols. (2008). Construct Validity of the five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Non-meditating Samples. *Assessment*, 15, 329-42.
- Baer, R., Fisher, S., Hiss, D. B. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 351-358.
- Baeretsen, K. B. (2001). Onset of meditation explored with fMRI. *Neuroimage*, 13, S297.
- Bandura, A. (1999). *Auto-eficacia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Barnard, L. K. y Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15 (4), 289-303.
- Barnes, S., Brown, K. W., Krusemark, E., Campbell, W. K. y Rogge, R. D. (2007). The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 482-500.

- Barret, C. (1978). Effectiveness of widows' groups in facilitating change. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 46, 20-31.
- Barreto, M. P. y Soler, M. C. (2003). Psicología y fin de vida. *Psicooncología*, 0 (1), 135-146.
- Barreto, M. P. y Soler, M. C. (2007). *Muerte y Duelo*. Madrid: Síntesis.
- Barreto, M. P., Molero, M. y Pérez, M. A. (2000). Evaluación e intervención psicológica en familias de enfermos oncológicos, en F. Gil (ed.). *Manual de Psico-Oncología*. (pp. 137-171). Madrid: Nova Sidonia Oncología.
- Barreto, P., De la Torre, O. y Pérez-Marín, M. (2012). *Psicooncología*, 9 (2-3), 355-368.
- Barrett, T. W. y Scott, T. B. (1989). Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 201-215.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martinez Roca.
- Becker, D. E. y Shapiro, D. (1981). Physiological responses to clicks during zen, yoga, and TM meditation. *Psychophysiology*, 18 (7), 709-812.
- Beitel, M., Ferrer, E. y Cecero, J. J. (2004). Psychological mindedness and awareness of self and others. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 739-750.
- Benight, C., Flores, J. y Tashiro, T. (2001). Bereavement coping self-efficacy in cancer widows. *Death Studies*, 25, 97-125.
- Berkman, L. F. (1995). The Role of Social of Social Relations in Health Promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- 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, 359-371.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-83.

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, V. Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Block, J. y Wulfert, E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBT. *Behavior Analyst Today*, 2, 3-10.
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 135-138.
- Bonanno, G. A. y Fraley, R. C. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28
- Bonanno, G. A. y Keltner, D. (1997). Facial Expressions of emotion and the course of bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 126-137.
- Boorstein, S. (1996). *Transpersonal psychotherapy*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. Vols. 1 y 2. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210 y 421-431.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness, and depression* (vol.III). Nueva York. Basic Books (trad. Cast.: *La pérdida*. Paidós. Barcelona, 1997).
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Brach, T. (2003). *Radical Acceptance: Embracing Your Life with the Heart of a Buddha*. Nueva York: Bantam Books.
- Brefczynski-Lewis, J. A., lutz, A., Schaefer, H. S., Levinson, D. B. y Davidson, R. J. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proceedings of the National Academy of Science of the USA*, 104 (27), 11483-11488.
- Breines, J. G. y Chen, S. (2012). Self-compassion increases selfimprovement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38 (9), 1133-1143.

- Broderick, P. (2005). Mindfulness and coping with dysphoric mood: Contrasts with rumination and distraction. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 501-510.
- Brom, D., Kleber, R. J. y Defares, P. B. (1986). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 607-612.
- Brown, K. W. y Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Brown, K. W. y Ryan, R. (2004). Perils and Promise in defining and measuring Mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 242-248.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. y Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 272-281.
- Bruce, A. y Davis, B. (2005). Mindfulness in hospice care: Practicing meditation-inaction. *Qualitative Health Research*, 15 (10), 1329-1344.
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C. y Nickerson, A. (2014). Treating Prolonged Grief Disorder. *JAMA Psychiatry*, 71, 1332.
- Buchheld, N., Grossman, P., Walach, H. (2001). Measuring Mindfulness in Insight Meditation and Meditation-Based Psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.
- Bush, G., Luu, P. y Posner, M. I. (2000). Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends in Cognitive Sciences*, 4 (6), 215-222.
- Byrne, G. y Raphael, B. (1999). Depressive symptoms and depressive episodes in recently widowed older men. *International Psychogeriatrics*, 11, 67-74.
- Cacciatore, J. y Flint, M. (2012). Attend: Toward a Mindfulness-Based Bereavement Care Model. *Death Studies*, 36, 61-82.

- Cacciatore, J., Thieleman, K., Killian, M. y Tavasolli, K. (2015). Braving Human Suffering: Death Education and its Relationship to Empathy and Mindfulness Suffering: Death Education and its Relationship to Empathy and Mindfulness. *Social Work Education*, 34 (1), 91-109.
- Cacciatore, J., Thieleman, K., Osborn, J. y Orlowski, K. (2013). Of the Soul and Suffering: Mindfulness-Based Interventions and Bereavement. *Clinical Social Work Journal*. DOI 10.1007/s10615-013-0465-y.
- Cahn, B. R. y Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and Neuroimaging Studies. *Psychological Bulletin*, 132 (2), 180-211.
- Cardaciotto, L. A., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E. y Farrow, V. (2008). The Assessment of Present-Moment Awareness and Acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15, 204-223.
- Carlson, L. E. y Brown, K. W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 29-33.
- Carlson, L. E. y cols. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, 35, 471-494.
- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D. y Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M. y Speca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*, 9, 112-123.
- Carlson, L.E., Speca, M., Patel, K.D. y Faris, P. (2007). One year follow-up of psychological, endocrine, immune and blood pressure outcomes of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, Behavior and Immunity*, 21 (8), 1038-1049.
- Caserta, M. S. y Lund, D. A. (1992). Bereaved older adults who seek early professional help. *Death Studies*, 16, 17-30.

- Cebolla, A. y Miro, M. T. (2007). Eficacia de la Terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de psicoterapia*, (66-67), 133-154.
- Cebolla, A. y Miró, M. T. (2008). Efectos de la terapia cognitiva basada en la atención plena: Una aproximación cualitativa. *Apuntes de Psicología*, 26 (2), 257-268.
- Cebolla, A., Garcia-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R. y Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Eur. J. Psychiat.*, 26 (2), 118-126.
- Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester: Wiley & Sons.
- Chadwick, P. D. J., Hember, M. Mead, M. y Dagnan, D. (2006). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire (SMQ). Unpublished manuscript.
- Chadwick, P. D. J., Hember, M., Symes, J., Peters, E. y Kuipers, E. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire (SMQ). *Br. J. Clin. Psychol.*, 47, 451-5.
- Chambers, R., Lo, B. C. y Allen, N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 302-322.
- Chawla, N., Collins, S., Bowen, S., Hsu, S., Grow, J., Douglas, A. y Marlatt, G. A. (2010). The Mindfulness-Based Relapse Prevention Adherence and Competence Scale: Development, Interrater Reliability and Validity. *Psychotherapy Research*, 20, 388-397.
- Chiesa, A. y Serretti, A. (2013). Are Mindfulness-Based Interventions Effective for Substance Use Disorders? A systematic Review of the Evidence. *Subst. Use. Misuse*, 5
- Coleman, R. (2009). *Mindful Awareness Parenting (MAPTM). Instructor Manual*. Australia: Wiseheart Consulting & Publishing.

- Condon, P., Desbordes, G., Miller, W. B. y Desteno, D. (2013). Meditation Increases Compassionate Responses to Suffering. *Psychological Science*, 24 (10), 2125-2127.
- Constantino, R. E. (1981). Bereavement crisis interventions for widows in grief and mourning. *Nursing Research*, 30, 351-353.
- Craig, A. (2004). Human feelings: Why are some more aware than others? *Trends in Cognitive Sciences*, 8 (6), 231-241.
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G., Ma, J., Breen, E. C. y Cole, S. W. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26 (7), 1095-1101.
- Crocker, J. y Canevello, A. (2008). Creating and Undermining Social Support in Communal Relationships: The Role of Compassionate and Self-Image Goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 555-575.
- Crocker, J., Sommers, S. R., y Luhtanen, R. (2002). Hopes Dashed and Dreams Fulfilled: Contingencies of Self-Worth and Admissions to Graduate School. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 1275-1286.
- Currier, J. M., Holland, J. M. y Neimeyer, R. A. (2007). The effectiveness of Bereavement Interventions with Children: A meta-analytic review of controlled outcome research. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 36 (2), 253-259.
- Currier, J. M., Holland, J. M., Neimeyer, R. A. (2010). Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3 (1), 77-93.
- Currier, J. M., Neimeyer, R. A. y Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved person: A comprehensive quantitative review. *Psychol. Bull.*, 134 (5), 648-661.
- Dahl, J. A., Wilson, K. G. y Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Person at the risk for Long-Term Disability

- Resulting From Stress and Pain Symptoms. A preliminary Randomized Trial. *Behavior Therapy*, 35, 785-801.
- Davidson, R. (2007). Changing the Brain by Transforming the Mind. The Impact of Compassion Training on the Neural Systems of Emotion. Presentado en Mind and Life Institute Conference. Investigating the Mind. Emory University. Atlanta. Georgia.
- Davidson, R. J. y Harrington, A. (2002, Eds.). *Visions of compassion: Western scientists and Tibetan Buddhists examine human nature*. Nueva York: Oxford University Press.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkvanz, M., Muller, D., Santoreli, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. y Seheridan, J. F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 2 (65), 564-70.
- Davis, C. G., Lehman, D. R., Silver, R. C., Wortman, C. B. y Ellard, J. H. (1996). Self-blame following a traumatic event: The role of perceived avoidability. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 557-567.
- Davis, C. G., Wortman, C. B., Lehman, D. R. y Silver, R. C. (2000). Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? *Death Studies*, 24, 497-540.
- Davis, J. M. Fleming, M. F., Bonus, K. A. y Baker, T. B. (2007). A pilot study on mindfulness based stress reduction for smoker. *BMC. Complementary and Alternative Medicine*, 7, 2
- De Bruin, E.I., Topper, M., Muskens, J. G., Bögels, S. M. y Kamphuis, J. H. (2012): "Psychometric properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample". *Assessment*, 19 (2), 187-197.
- Dimidjian, S. y Linehan, M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *American Psychology Association*, 12, 166-171.
- Doka, K. (1989). *Disenfranchised grief. Recognizing hidden sorrow*. Lexington. MA: Lexington Books.

- Dorpat, T. L. (1973). Suicide, loss, and mourning. *Life-Threatening Behavior*, 3, 213-224.
- Dreyfus, G. y Thompson, E. (2007). Asian perspectives: Indian theories of mind. En P. D. Zelazo, M. Moscovitch y E. Thompson (Eds.). *The Cambridge handbook of consciousness*. (pp. 89-114). Nueva York: Cambridge University Press.
- Dunn, B. R., Hartigan, J. A. y Mikulas, W. L. (1999). Concentration and mindfulness meditations: Unique forms of consciousness? *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24 (3), 147-165.
- Edwards, M. (1997). Being present: experiential connections Between Zen Buddhist practices and the grieving process. *Disabil Rehabil.*, 19 (10), 442-51.
- Eisenberg, N. (2000). Empathy. *Encyclopedia of Psychology*. Vol. 3, Alan E. Kazdin (comp.). American Psychological Association, 179-182. Washington D. C.
- Engel, G. L. (1961). Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosomatic Medicine*, 23, 18-22.
- Extremera, N., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P. (2011). Trait Meta-Mood and Subjective Happiness: A 7-week Prospective Study. *Journal of Happiness Studies*, 12, 509-517.
- Eysenck, M. W. y Keane, M. T. (2000). *Cognitive psychology: A student's handbook*. New York: Psychology Press.
- Fairfax, H. (2008). The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: Suggestions for its application and integration in existing treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 53-59.
- Faschingbaer, T. R., Zisook, S. y De Vul, R. (1987). The Texas revised inventory of grief, en S. Zisook (ed.). *Biopsychosocial aspects of bereavement*. (pp. 111-124). Washington: American Psychiatric Press.
- Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M y Greeson, J. M. (2004). Development, factor structure, and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale. Unpublished manuscript.

- Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M. y Greeson, J. M y Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *J. Psychopathol. Behav. Assess.*, 29, 177-190.
- Fleming, S. y Robinson, P. (2001). Grief and cognitive-behavioral therapy: The reconstruction of meaning, en M. S. Stroebe y cols. (eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. (pp. 647-669). Washington.
- Flenady, V., Wilson, T. (2009). Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal (revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus*. Número 3. Oxford: Up-date Software Ltd. <http://www.update-software.com>.
- Foa, E. B. y Rothbaum, B. O. (1997). *Treating the trauma of rape*. Nueva York: Guilford Press.
- Forte, A. L, Hill, M., Pazder, R. y Feudtner, C. (2004). Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliat Care*, 3 (1), 3.
- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A. y Rakel, D. (2013). Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians: A pilot Study. *Ann Fam Med*, 11 (5), 412-420.
- Fox, S., Anderson, J. y Rainie, L. (2005). *The future of the Internet* (Pew Internet and American Life Project). Retrieved January 25, 2008, from http://www.pewinternet.org/pdfs/Pip_Future_of_Internet.pdf.
- Franco, C. y Justo, E. (2011). Reducción de los niveles de burnout en personal de enfermería mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). *Tesela*, 7.
- Franco, C., Sola, M. y Justo, E. (2010). Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness (conciencia plena). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45 (2), 252-258.

- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Perk, J. y Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95 (5), 1045-1062.
- Fresco, D. M., Moore, M. T., Van Dulmen, M. H., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D. y Williams, J. M. G. (2007). Initial psychometric properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, 38 (3), 234-246.
- Freud, S. (1917). *Mourning and melancholia*. Standard Edition. Vol. XIV. Londres. (trad. Cast.: *Duelo y melancolía*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2000).
- Galante, J., Iribarren, S. J. y Pearce, P. F. (2012). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Research in Nursing*, 18, 133-155.
- Gamino, L., Sewell, K. y Easterling, L. (2000). Scott and White grief study-phase 2: Toward an adaptive model of grief. *Death Studies*, 24, 633-660.
- García Montes, J. M., Soriano y cols. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16 (1), 117-124.
- García, J. A. y Landa, V. (2015). Family Physicians and Primary Bereavement Care. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 17, 548-551.
- García, J. A., Landa, V., Grandes, G., Pombo, H. y Mauriz, A. (2013). Effectiveness of "primary bereavement care" for widows: a cluster randomized controlled trial involving family physicians". *Death Studies*, 37, 287-310.
- García-García, J. A. y cols. (2001). Inventario de Experiencias en Duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 27, 86-93.
- García-García, J. A. y cols. (2002). Adaptación al español del "Inventario de Duelo Complicado (IDC)". *Comunicación presentada en el IV Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Granada*.

- García-García, J. A. y cols. (2002). Adaptación al español del Cuestionario de Duelo Complicado (CRDC). *Medicina Paliativa*, 9 (2), 11.
- García-García, J. A. y Landa, V. (2001). ¿Es posible medir el duelo?: adaptación al castellano y validación del Inventario de Experiencias en Duelo y del Inventario Texas Revisado del Duelo. <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2180>.
- Gardner-Nix, J., Backman, S., Barbati, J. y Grummitt, J. (2008). Evaluating Distance Education of a Mindfulness-based Meditation Programme for Chronic Pain Management. *Journal of Telemed. and Telecare*, 14, 88-92.
- Germer, C. K. (2005a). Mindfulness and Psychotherapy. In C. K. , Germer, R. D. Siegel, P. R. Fulton (eds.). *Mindfulness: What is it: What does it matter?* (pp. 3-27). New York: Guilford Press.
- Germer, C. K. (2005c). Mindfulness and Psychotherapy. In C. K., Germer, R. D. Siegel, P. R. Fulton (eds.). *Anxiety disorders: Befriending fear* (pp. 152-172). New York: Guilford Press.
- Germer, C. K. (2011). *El poder del mindfulness*. Barcelona: Paidós.
- Gilbert, P. (1989). *Human Nature and suffering*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (2000). *Social Mentalities: Internal "social" conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy*. En P. Gilbert y K. G. Bailey (Eds.). *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (p. 118-150). Hove: Psychology Press.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion and cruelty: A bio-psychosocial approach*. En P. Gilbert (Ed.). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (p. 9-74). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2007a). *Psychotherapy and counseling for depression: 3ª edition*. London: Sage.
- Gilbert, P. (2007b). *Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship*. En P. Gilbert y R. Leahy (Eds.). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (p. 106-142). London: Routledge.

- Gilbert, P. e Irons, C. (2005). *Focused therapies and compassionate mind training for shame and self attacking*. En p. Gilbert (Ed.). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (p. 263-325). London: Routledge.
- Gilbert, P. y Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Gillies, J. y Neimeyer, R. A. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 31-65.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gordon, L. y cols., (2002). *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment*. American Psychological Association: Washington D. C.
- Gorer, G. D. (1965). *Death, grief and mourning*. Nueva York: Doubleday.
- Greene, P. B., Philip, E. J., Poppito, S. R. y Schnur, J. B. (2012). Mindfulness and psychosocial care in cancer: Historical context and review of current and potential applications. *Palliative and Supportive Care*, 10, 287-294.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hall, M. e Irwin, M. (2001). Physiological indices of functioning in bereavement, en M. S. Stroebe y cols., (eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. American Psychological Association. (pp. 473-492). Washington.
- Hanh, T. N. (1975). *The Miracle of Mindfulness*. Boston: Beacon Press Books. (Edición en español en Oniro).
- Harter, S. (1999). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. Nueva York: Guilford Press.

- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C. (2005). Stability and change in cognitive behavior therapy: Considering the implications of ACT and RFT. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 23, 131-151.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 6.
- Hazan, C. y Shaver, P. R. (1990). Love and Work: An Attachment Theoretical Perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270-280.
- Heffernan, M., Griffin, M., McNulty, S. y Fitzpatrick, J. J. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 366-373.
- Hensley, P. L. (2006). Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *J. Affect. Disord.*, 92 (1), 117-24.
- Hensley, P. L., Slonimski, C. K., Uhlenhuth, E. H. y Clayton, P. J. (2009). Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief. *J. Affect. Disord.*, 113 (1-2), 142-9.
- Hershberger, P. y Walsh, W. B. (1990). Multiple role involvements and the adjustment to conjugal bereavement: An exploratory study. *Omega*, 21, 91-102.

- Hogan, N. S. y Greenfield, D. B. (1991). Adolescent sibling bereavement symptomatology in a large community sample. *Journal of Adolescent Research*, 6, 97-112.
- Hollis-Walker, L. y Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators. A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50, 222-227.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Cougleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T. y Lazar, S. N. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191, 36-43.
- Hölzel, B. K., Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R. y cols. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators. *Neuroscience Letters*, 421 (1), 16-21.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Marmar, C. y Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activation of latent self images. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1157-1162.
- Husserl, E. (1999). *The essential Husserl: Basic writings in transcendental phenomenology* (D. Welton, Ed.). Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M. y Gross, J. J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion*, 8 (5), 720-724.
- Ito, T. A. y cols., (1998). Negative Information Weighs More Heavily on the Brain: The Negativity Bias in Evaluative Categorizations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 887-900.
- Jacobs, S. (1999). *Traumatic grief: Diagnosis, treatment and prevention*. Philadelphia. Brunner/Mazel.
- James, W. (1994). *Principios de psicología*. Fondo de Cultura Económica.
- Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rossenber, E. L., Finkelstein, J., Thomas, E. S., Cullen, M., Doty, J. R., Gross, J. J. y Goldin, P. R. (2013). Enhancing Compassion: A Randomized Controlled Trial of a Compassion Cultivation Training Program. *J. Happiness Stud.*, 14, 1113-1126.

- Jazaieri, H., Jinpa, T. G., McGonigal, K., Rosenberg, E., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E. y Goldin, P. R. (2012). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies*. doi: 10.1007/s10902-012-9373-z.
- Jha, A. P., Krompinger, J. y Baine, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive Affective and Behavioral Neurosciences*, 7 (2), 109-119.
- Jha, A., Krompinger, J. y Baine, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, 7 (2), 109-119.
- Jordan, J. R. y Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work? *Death Studies*, 27, 765-786.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. New York: Delta. (Edición en español en Kairós).
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. y Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. y Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. F., Cropley, T. G., Horner, D. y Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic medicine*, 60, 625-632.

- Kaplan, K., Goldenberg, D. y Galván-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program in fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15, 284-289.
- Karekla, M. y Forsyth, J. P. (2004). A comparison between acceptance enhanced cognitive behavioral and panic control treatment for panic disorder. In S. M. Orsillo. *Acceptance-based behavioral therapies: New directions in treatment development across the diagnostic spectrum*. Symposium presented at the 38th annual meeting of the association for Advancement of Behavior Therapy. New Orleans, LA.
- Kasamatsu, A. y Hirai, T. (1973). An electroencephalographic study on the Zen meditation (zazen). *Journal of the American Institute of Hypnosis*, 14, 107-114.
- Kastenbaum, R. (1969). *Death and bereavement in later life*. En A. Kutscher (comp.). *Death and bereavement*. Springfield. IL. Thomas.
- Kato, P. M. y Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 19, 275-296.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Mause, M., Therien, P., Bouchard, V., Chaplean, M. A., Paquin, K. y Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.*, 33 (6), 763-71.
- Klass, D. (1999). *The spiritual lives of bereaved parents*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Klass, D., Silverman, P. y Nickman, S. (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Washington, DC, Taylor & Francis.
- Kleber, R. J. y Brom, D. (1992). *Doping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Kögler, M., Brandstätter, M., Borasio, G. M., Fensterer, V., Küchenhoff, H. y Fegg, M. J. (2015). Mindfulness in informal caregivers of palliative patients. *Palliative and Supportive Care*, 13, 11-18.
- Kohls, N., Sauer, S. y Walach, H. (2009). Facets of mindfulness. Results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. *Personality and Individual Differences*, 46, 224-230.

- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. Nueva York: International Universities Press.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., González, A. M., Morse, J. Q., Butterfield, M. J. y Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- Kristeller, J. L. y Hallet, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357-363.
- Kristeller, J. L. y Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: Conceptual Foundation. *Eating Disorders*, 19, 49-61.
- Kristeller, J. L., Baer, R. A. y Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-based approaches to eating disorders. En R. A. Baer (Ed.). *Mindfulness-based treatment approaches*. Oxford, U. K.: Academic Press (Elsevier).
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K. G., Rudolf, S. y Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behavior and Therapy*, 44, 1211-1217.
- Krupp, G., Genovese, F. y Krupp, T. (1986). To have and have not: Multiple identifications in pathological bereavement. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 14, 337-348.
- Kubany, E. S. (1998). Cognitive therapy for trauma-related guilt, en V. M. Follete, J. I. Ruzek y F. R. Abueg (eds.). *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. (pp. 124-161). Nueva York: Guilford Press.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and Dying*. London: Routledge.
- Kumar, S. (2013). *Mindfulness for prolonged grief*. Oakland. CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Kumar, S. M. (2005). *Grieving Mindfully*. Oakland. CA: New Harbinger Publications, Inc.

- Kumar, S., Feldman, G. y Hayes, A. (2008). Changes in Mindfulness and Emotion Regulation in an Exposure-Based Cognitive Therapy for Depression. *Cognitive Therapy Research*, 32, 734-744.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, y Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy*, 48, 1105-1112.
- Lacasta, M. A. y De Luis V. (2002). Evaluación de los resultados a largo plazo de un programa de atención al duelo. *Rev. Soc. Esp. Dolor.*, 9, 502-9.
- Lang, A. J., Strauss, J. L., Bomyea, J., Bormann, J. E., Hickman, S. D., Geod, R. C. y Essex, M. (2012). The Theoretical and Empirical Basis for Meditation as an Intervention for PTSD. *Behav. Modif.*, 36, 759-786.
- Langer, A. I., Cangas, A. J., Salcedo, E. y Fuentes, B. (2012). Applying Mindfulness Therapy in a Group of Psychotic Individuals: A controlled Study. *Behavioral and Psychotherapy*, 40 (1), 105-109.
- Langer, E. J. (1989a). *Mindfulness*. New York: Addison-Wesley Publishing.
- Lapsley y cols., (1989). Separation-Individuation and the "New look" at the Imaginary Audience and Personal Fable: A Test of an Integrative Model. *Journal of Adolescent Research*, 4, 483-505.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L. y cols. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1445-1467.
- Lazar, S. W., Bush, G., Gollub, R. L., Fricchione, G. L., Khalsa, G. y Benson, H. (2000). Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *NeuroReport*, 11, 1581-1585.
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., McGarvey, M., Quinn, B. T., Dusek, J. A., Benson, H., Rauch, S. L., Moore, C. I. y Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16 (17), 1893-1897.

- Lazar, S. W., Kerr, C., Wasserman, R. J., Gray, J. R., Greve, D., Treadway, M. T. y cols. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16 (17), 1893-1897.
- Leary, M. R. y cols., (2007). Self-Compassion and Reactions to Unpleasant Self-Relevant Events: The Implications of Treating Oneself Kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B. y Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B. y Hancock, J. (2007a). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92 (5), 887-904.
- Lee, W. K. y Bang, H. L. (2010). Effects of mindfulness-based group intervention on the mental health of middle-aged Korean women in community. *Stress and Health*, 26, 341-348.
- Leighton, T. D. (2003). *Faces of compassion: Classic bodhisattva archetypes and their modern expression*. Boston: Wisdom Publications.
- Levy, D. M., Wobbrock, J. O., Kaszniak, A. W. y Ostergren (2012). The Effects of Mindfulness Meditation Training on Multitasking in a High-Stress Information Environment. *Graphies Interface*, 1, 45-52.
- Lilja, J. L., Frodi-Lundgren, A., Hanse, J. J., Josefsson, T., Lundh, L. G., Sköld, C., ... y Broberg, A. G. (2011): "Five facets mindfulness questionnaire-reliability and factor structure: a Swedish version". *Cognitive behavior therapy*, 40 (4), 291-303.
- Lilja, J. L., Lundh, L. G., Josefsson, T. y Falkenström, F. (2012): "Observing as an essential facet of mindfulness: a comparison of FFMQ patterns in meditating and non-meditating individuals". *Mindfulness*, 1-10.
- Limonero, J. T., Lacasra, M. A., García García, J. A. y Maté, J. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Med. Pal.*, 16 (5), 291-97.

- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Linehan, M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. y Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependency*, 1, 1-14.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. y Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. y Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *A. J. P.*, 151, 1771-1776.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. y Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *A. J. P.*, 151, 1771-1776.
- Linehan, M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. y Lindenboim, N. (2006). Two year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by expert for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.

- Linley, P. A. y Joseph, S. (2005). Positive and negative changes following occupational death exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 751–758.
- Longe, O. y cols., (2009). Having a Word with Yourself: Neural Correlates of Self-Criticism and Self-Reassurance. *Neuroimage*, 49, 1849-1856.
- Longe, O., Maratos, F., Gilbert, P., Eans, G., Volker, F., Rockliff, H. y Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *Neuroimage*, 49 (2), 1849-1856.
- Luders, E., Toga, A. W., Lepore, N. y Gaser, C. (2009). The underlying anatomical correlates of long-term meditation: Larger hippocampal and frontal volumes of gray matter. *Neuroimage*, 45 (3), 672-678.
- Lund, D. A., Caserta, M. S. y Dimond, M. F. (1993). The Course of spousal bereavement in later life. In M. S. Stroebe and R. O. Hansson (eds.). *Handbook of Bereavement: Theory, Research and Intervention* (pp. 240-254). New York: Cambridge University Press.
- Lutz, A., Dunne, J. D. y Davidson, R. J. (2007). Meditation and the neuroscience of consciousness: An introduction. En P. D. Zelazo, M. Moscovitch y E. Thompson (eds.). *The Cambridge handbook of consciousness* (pp. 499-551). Nueva York: Cambridge University Press.
- Lutz, A., Greischar, L. L., Rawlings, N. B., Ricard, M. y Davidson, R. J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the USA*, 101 (46), 16369-16373.
- MacBeth, A., y Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A metaanalysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552.
- Malarkey, W. B., Jarjoura, D. y Klatt, M. (2013). Workplace based mindfulness practice and inflammation: A randomized trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 27, 145-154.
- Marlatt, G. A. y Donovan, D. M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.

- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A. y Gordon; J. R. (1980). Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles. In: P. O. Davidson y S. M. Davidson (Eds.). *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change* (pp. 410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. A., Pagano, R. R., Rose, R. M. y Marques, J. K. (1984). Effects of meditation and relaxation training upon alcohol use in male social drinkers. In D., H. Shapiro y R. N. Walsh (Eds.). *Meditation: Classic and contemporary perspectives* (pp. 105-120). New York: Aldine Press.
- Martín Asuero, A. (2012). Efectividad de un programa educativo en Conciencia Plena (Mindfulness) para reducir el Burnout y mejorar la Empatía en profesionales de Atención Primaria. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.
- Martín, L. M., García-Ribera, C. y Bulbena, A. (2004). Abordaje del duelo y la situación de crisis. http://www.cuadernosdecrisis.com/PDF/cdc_004.pdf.
- Martin, M. M., Stagers, S. M. y Anderson, C. M. (2011). The relationships between cognitive flexibility with dogmatism, intellectual flexibility, preference for consistency and self-compassion. *Communication Research Reports*, 28, 275-280.
- Martin, T. y Doka, K. (1996). Masculine grief, en K. J. Doka (comp.). *Living with grief: After sudden loss* (págs. 161-171). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Mawson, D., Marks, I. M., Ramm, L. y Stern, R. S. (1981). Guided mourning for morbid grief: a controlled study. *Br. J. Psychiatry*, 138, 185-93.
- Mayhew, S. y Gilbert, P. (2008). Compassionate Mind Training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 113-138.
- McBee, L. (2003). Mindfulness practice with the frail elderly and their caregivers: changing the practitioner-patient relationship. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 19 (4), 257-264.

- McBee, L. (2008). *Mindfulness based elder care*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- McBee, L., Westreich, L. y Likourezos, A. (2004). A psycho-educational relaxation group for pain and stress in the nursing home. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 3 (1), 15-28.
- McGrath, P. A., de Veber, L. L. y Hearn, M. T. (1985). Multidimensional pain assessment in children. In H. L. Fields, R. Dubner, & F. Cervero (Eds.) *Advances in pain research and therapy: Vol.9. Proceedings of the 4th World Congress on Pain* (pp. 387-393). New York: Raven.
- McKay, M. y Fanning, P. (1991). *Autoestima: evaluación y mejora*. Barcelona: Martinez Roca.
- McKee, L., Zvolensky, M. J., Solomon, S. E., Bernstein, A. y Leen-Feldner, E. (2007). Emotional-vulnerability and mindfulness: A preliminary test of associations among negative affectivity, anxiety sensitivity, and mindfulness skills. *Cognitive Behavior Therapy*, 36, 91-100.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2007a). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Miller, J. J., Fletcher, K. y Kabat-Zinn, J. (1995). Three year stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17 (3), 192-200.
- Minor, H. G., Carlson, L. E., Mackenzie, M. J. y Zernicke, K. (2006). Evaluation of a Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) program for caregivers of children with chronic conditions. *Social Work in Health Care*, 43 (1), 91-109.
- Mooneyham, B. W. y Schooler, J. W. (2013). The Costs and Benefits of Mind-Wandering: A Review. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 67 (1), 11-8.
- Morone, N. E., Lynch, C. S., Greco, C. M., Tindle, H. A. y Weiner, D. K. (2008a). "I Feel like a New Person". The Effects of Mindfulness Meditation on Older Adults with Chronic Pain: A Qualitative Narrative Analysis of Diary Entries. *Journal of Pain*, 9, 841-848.

- Mrazek, P. J. y Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, D.C: National Academy Press.
- Neely, M. E. y cols., (2009). Self-Kindness When Facing Stress: The Role of Self-Compassion, Goal Regulation and Support in College Students' Well-Being. *Motivation and Emotion*, 33, 88-97.
- Neff, K. D. (2003). Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2009). Self-Compassion. *Handbook of Individual Differences in Social Behavior*. Mark R. Leary y Rich H. Hoyle (comps.). Nueva York: Guilford Press, 561-573.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Compass*, 5, 1-12.
- Neff, K. D. y Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the Mindful Self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69 (1), 28-44.
- Neff, K. D. y Germer, C. K. (2013). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 69 (1), 28-44.
- Neff, K. D. y McGehee, P. (2010). Self –Compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity*, 9, 225-240.
- Neff, K. D., Beretvas, S. N. (2012). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, 1, 1-21.
- Neff, K. D., Hsieh, Y., Dejittirat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.

- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., & Hseih, Y. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 39*, 267-285.
- Neff, K. D., Pommier, E. (2012). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity, 9*, 225-240.
- Neff, K. D., Rude, S. S. y Kirkpatrick, K. L. (2007). An Examination of Self-Compassion in Relation to Positive psychological Functioning and Personality Traits. *Journal of Research in Personality, 41*, 908-916.
- Neff, K. D., y Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality, 77*, 23-50.
- Neimeyer, R. (1998). *The lessons of loss: A guide to coping*. McGrawHill. Nueva York (trad. Cast.: *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós, 2001).
- Neimeyer, R. A y Fortner, B. V. (2000). Loss and meaning reconstruction. Propositions and procedures. In R. Malkinson, S. Rubin, & E. Wiltzum (Eds.). *Traumatic and non-traumatic loss and bereavement* (pp. 197-230). Madison, CT: Psychosocial Press.
- Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. A. y Hogan, N. S. (2001). Quantitative or qualitative? Measurement issues in the study of grief, en M. S. Stroebe y cols. (eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. (pp. 89-118). Washington.
- Newberg, A., Alavi, A., Baime, M., Pourdehnad, M., Santanna, J. y d'Aquili, E. (2001). The measurement of regional cerebral blood flow during the complex cognitive task of meditation: a preliminary SPECT study. *Psychiatry Research, 106* (2), 113-122.
- Nezu, A. M. y Nezu, Ch. M. (1995). Entrenamiento en solución de problemas. En : Caballo, V. (Ed.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Siglo Veintiuno Editores. Madrid.

- O'Connor, M., Piet, J. y Hougaard, E. (2014). The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depressive Symptoms in Elderly Bereaved People with Loss-Related Distress: a Controlled pilot Study. *Mindfulness*, 5, 400-409.
- O'Flanagan, S., Bates, U., Sarma, K. y Mc. Guire, B. (2011). Treating prolonged grief disorder: testing the efficacy of a mindfulness-based cognitive therapy (MBCT). *Psychology and Health*, 26 (2), 271-272.
- Olmeda, M^a. S., Garcia, A. y Basuarte, I. (2002). Rasgos de personalidad en duelo complicado. *Psiquiatría.com*, 6 (5).
- Orsillo, S. M. y Batten, S. V. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 29 (1), 95-129.
- Orzech, K. M. y cols., (2009). Intensive Mindfulness Training-Related Changes in Cognitive and Emotional Experience. *Journal of Positive Psychology*, 4, 212-222.
- Ozawa-de Silva, B. R., Dodson-Lavelle, B., Raison, Ch. L. y Negi, L. T. (2012). Compassion and Ethics: Scientific and Practical Approaches to the Cultivation of Compassion as a Foundation for Ethical Subjectivity and Well-Being. *Journal of Healthcare Science and Humanities*, 1 (2), 145-161.
- Ozawa-de Silva, C., y Ozawa-De Silva, B. (2011). Mind/Body theory and practice in Tibetan medicine and Buddhism. *Body and Society*, 17 (1), 95–119.
- Pace, T. W., Negi, L. T., Sivilli, T. I., Issa, M. J., Cole, S. P., Adame, D. D. y cols. (2009). Innate immune neuroendocrine and behavioral responses to psychosocial stress do not predict subsequent compassion meditation practice time. *Psychoneuroendocrinology*, 35 (2), 310–315.
- Pace, T., Tenzin, L., Adame, D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D., Issa, M. J. y Raison, Ch. L. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 87-98.
- Parkes, C. M. (1970). Seeking and Finding a lost object: Evidence of recent studies of the reaction to bereavement. *Social Science & Medicine*, 4 (2), 187-201.

- Parkes, C. M. (1970). The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widows to death of husbands. *Psychiatry*, 33.
- Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Nueva York: International Universities Press.
- Parkes, C. M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement, en M. S. Stroebe y cols. (eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. (pp. 25-45). Washington.
- Parkes, C. M. (2001). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. 3ª ed. Philadelphia: Taylor y Francis.
- Parkes, C. M. (2005-2006). Guest editor's conclusions. *The Journal of Death and Dying*, 52, 107-113.
- Parkes, C. M. y Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. Nueva York: Basic Books.
- Parra, M. (2011). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness) en pacientes con fibromialgia. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete.
- Paul, N. y Grosser, G. H. (1965). Operational mourning and its role in conjoint family therapy. *Community Mental Health Journal*, 1, 339-345.
- Paus, T. (2001). Primate anterior cingulate cortex: Where motor control, drive and cognition interface. *Nature Reviews Neuroscience*, 2 (6), 417-424.
- Pbert, L., Madison, J. M., Druker, S., Olendzki, N., Magner, R., Reed, G., Allison, J.U. y Carmody, J. (2012). Effect of mindfulness training on asthma quality of life and lung function: a randomized controlled trial. *Thorax*, 67 (9), 769-76.
- Pennebaker, J. W., Mayne, T. J. y Francis, M. E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 863-871.
- Perez, M. A. y Botella, L. (2007). Conciencia Plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17, 77-120.

- Phillips, M. L., Drevets, W. C., Rauch, S. L. y Lane, R. (2003). Neurobiology of emotion perception: Implications for major psychiatric disorders. *Biological Psychiatry*, 54 (5), 515-528.
- Pleban, R. y Tesser, A. (1981). The Effects of Relevance and Quality of Another's Performance on Interpersonal Closeness. *Social Psychology Quarterly*, 44, 278-285.
- Polak, P. R., Egan, D., Lee, J. H., Vandenberg, R. J. y Williams, W. V. (1975). Prevention in mental health: A controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 132, 146-49.
- Pommier, E. A. (2011). The compassion scale. Disertation Abstrats International Section A: *Humanities and Social sciences*, 72, 1174
- Potvin, L., Lasker, J. y Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 29-45.
- Powers, T. A., Koestner, R., y Zuroff, D. C. (2007). Self-Criticism, Goal Motivation and Goal Progress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 826-840.
- Pradham, E. K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerker, B., Gilpin, A. K., Mag-yari, T., Hochberg, M. C. y Berman, B. M. (2007). Effect of mindfulness-based stress reduction in rheumatoid patients. *Arthritis and Rheumatism*, 57 (7), 1134-1142.
- Prigerson, H. G. y cols. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Prigerson, H. G. y Jacobs, S. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test, en M.S. Stroebe y cols. (ed.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. (pp. 613-645). Washington.
- Pull, C. (2006). Self-help Internet intervention for mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 50-53.
- Quezada-Berumeu, L. C., Gonzalez-Ramirez, M. T., Cebolla, A., Soler, J. y García-Campayo, J. (2014). Conciencia corporal y mindfunes: Validación de la

- escala española de conexión corporal (SBC). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42 (2), 57-67.
- Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E. y McQuaid, J. R. (2004). The Effects of Mindfulness Meditation on Cognitive Processes and Affect in Patient with Past Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28 (4), 433-455.
- Ramsay, R. N. (1979). Bereavement. A behavioural treatment of pathological grief, en P. O. Sjodan, S. Bales y W. S. Dochens (eds.). *Trends in behavior therapy*. (pp. 217-248). Nueva York: Academic Press.
- Rando, T. A. (1984). *Grief, dying, and death: Clinical interventions for caregivers*. Illinois: Research Press.
- Randolph, P. D., Caldera, Y. M., Tacone, A. M. y Greak, M. L. (1999). The long-term combined effects of medical treatment and a mindfulness-based behavioral program for the multidisciplinary management of chronic pain in west Texas. *Pain Digest*, 9, 103-112.
- Raphael, B. (1977). Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- Raphael, B., Minkov, C. y Dodson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons, en: M. S. Stroebe y cols. (eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. (pp. 587-612). Washington.
- Reich, J. W. y Zautra, A. J. (1991). Experimental and measurement approaches to internal control in at-risk older adults. *Journal of Social Issues*, 4, 143-158.
- Reiner, K., Tibi, L. y Lipsitz, J. D. (2013). Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Med.*, 14 (2), 230-42.
- Remondet, J. H. y Hansson, R. O. (1987). Assessing a Widow's grief: A short index. *Journal of Gerontological Nursing*, 13, 31-34.
- Rimes, K. A. y Wingrove, J. (2011). Pilot study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for trainee clinical psychologists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39 (2), 235-241.

- Ritskes, R., Ritskes-Hoitinga, M., Stodkilde-Jorgensen, H., Baerentsen, K. y Hartman, T. (2003). MRI scanning during Zen meditation: The picture of enlightenment? *Constructivism in the Human Sciences*, 8, 85-90.
- Roberts, L. R. y Montgomery, S. B. (2015). Mindfulness Intervention for Perinatal Grief: A Pilot and Feasibility Study in Rural India. *Issues Ment Health Nurs*, 36 (3), 222-30.
- Robins, C. J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 50-57.
- Robins, C. J., Keng, S. L., Ekblad, A. G. y Brantley, J. G. (2012). Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression: a randomized controlled trial. *J. Clin. Psychol*, 68 (1), 117-31.
- Robinson, P. F., Mathews, H. L. y Witek-Janusek, L. (2003). Psycho-endocrine-immune response to mindfulness-based stress reduction in individuals infected with humans immunodeficiency virus: a quasi-experimental study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9, 683-694.
- Rockliff, H. y cols., (2008). A Pilot Exploration of Heart Rate Variability and Salivary Cortisol Responses to Compassion-Focused Imagery. *Clinical Neuropsychiatry*, 5, 132-139.
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In S. M. Orsillo y L. Roemer (Eds.). *Acceptance and mindfulness based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 213-240). New York: Springer.
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72-85.
- Rogers, C. (1942). *Counseling and Psychotherapy. Newer Concepts in Practice*: Houghton Mifflin Company.

- Rosenkranz, M. A., Davidson, R. J., MacCoon, D. G., Sheridan, J. F., Kalin, N. H. y Lutz, A. (2013). A comparison of mindfulness-based stress reduction and an active control in modulation of neurogenic inflammation. *Brain, Behavior, and Immunity*, 27, 174-184.
- Rubin, S. S. (1990). Treating the bereaved spouse: A focus on the loss process, the self and the other. *Psychotherapy Patient*, 6, 189-205.
- Rubin, S. S. (1991). Adult child loss and the two-track model of bereavement. *Omega*, 24, 183-202.
- Rushton, C. H., Sellers, D. E., Heller, K. S., Spring, B., Dossey, B. M. y Halifax, J. (2009). Impact of a contemplative end-of-life training program: being with dying. *Palliative and Supportive Care*, 7, 405-414.
- Rynearson, E. K. (1995). Bereavement alter homicide: A comparison of treatment seekers and refugees. *British Journal of Psychiatry*, 166, 507-510.
- Sabatini, L. (1988-1989). *Evaluating a treatment program for newly widowed people*. *Omega*, 19, 229-236.
- Sagula, D. y Rice, K. The effectiveness of Mindfulness Training on the Grieving Process and Emotional Well-Being of Chronic Pain Patients. (2004). *Journal Of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11 (4), 333-342.
- Salmon, P., Sephton, S., Weissbecker, I., Ulmer, C. y Studts, J. (2004). Mindfulness Meditation in Clinical Practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 434-446.
- Sanders, C. (1999). *Grief, the mourning after: Dealing with adult bereavement*. 2ª ed. Nueva York: Wiley.
- Sanders, C.M., Mauger, P. A. y Strong, P. N. (1985). *A manual for the Grief Experience Inventory*. Charlotte: The Center for the Study of Separation and Loss.
- Santorelli, S. (1999). *Heal thy self: Lessons on mindfulness medicine*. New York: Random House.
- Sbarra, D. A., Smith, H. L. y Mehl, M. R. (2012). When leaving your Ex, love yourself: Observational ratings of self-compassion predict the course of

- emotional recovery following marital separation. *Psychological Science*, 23 (3), 261-269.
- Schenström, A., Rönnerberg, S. y Bodlund, O. (2006). Mindfulness-based cognitive attitude training for primary care staff: a pilot study. *Complementary Health Practice Review*, 11 (3), 144-152.
- Schut, H. A., De Keijser, J., Van den Bout, J. y Stroebe, M. S. (1996). Cross-modality grief therapy: description and assessment of a new program. *J. Clin. Psychol.*, 52 (3), 357-65.
- Schut, H. y cols. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits, en: M. S. Stroebe y cols. (eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. (pp. 705-737). Washington.
- Schwartz, J. (1996). *Brain lock*. New York: Regan Books.
- Schwartzberg, S. y Janoff-Bulman, R. (1991). Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 270-288.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford Press. (Edición en español en Desclée de Brouwer).
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Seligman, M. E. y Csikzentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14
- Sequeira, S. y Ahmed, M. (2012). Meditation as a Potential Therapy for Autism: A Review. *Autism Research and Treatment*. ID. 835847. Doi. 10.1155/2012/835847.
- Shapiro, K. L., Arnell, K. A. y Raymond, J. E. (1997). The attentional blink. *Trends in Cognitive Sciences*, 1, 291-296.

- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R. y Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized control trail. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R. y Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professional: Results from a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, 12 (2), 164-176.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W. y Biegel, G. (2007). Teaching self-care to caregivers: The effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., Thoresen, C. y Plante, T. G. (2011). The moderation of mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: results from a randomized controlled trial. *J. Clin. Psychol*, 67 (3), 267-77.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R. y Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA*, 293, 2601-2608.
- Shear, M.K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C. y Ghesquiere, A. (2014). Treatment of Complicated Grief in Elderly Persons. *JAMA Psychiatry*, 71, 1287.
- Sherkat, D. E. y Reed, M. D. (1992). The effects of religion and social support on self-esteem and depression among suddenly bereaved. *Social Indicators Research*, 26, 259-275.
- Shut, H. y Stroebe, M. (2005). Interventions to enhance adaptation to bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 8, S140-S147.
- Shut, H. y Stroebe, M. S. (2006). Interventions to enhance adaptation to bereavement: A review of efficacy studies. *J. Palliat. Med.*, 8 (1), 140-147.
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain*. New York: Norton & Company.
- Silverstein, R. G. y Britton, W. B. (2010). Get Out of Your Mind and Into Your Body: The Role of Mindfulness in the Treatment of Female Sexual Dysfunction. Presentado en el VI Congreso Mundial de Terapias Conductuales y Cognitivas. Boston. Massachusetts.

- Simón, V. (2011). *Aprende a practicar Mindfulness*. Barcelona: Sello editorial.
- Simón, V. (2014). El reencuentro científico con la compasión. En A. Cebolla, J. García-Campayo y M. Demarzo (coords.), *Mindfulness y Ciencia* (pp. 191-225). Madrid: Alianza Editorial.
- Simón, V. (2015). *La compassion: el corazón del Mindfulness*. Barcelona: Sello Editorial.
- Simón, V. M. (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 17 (65), 5-30.
- Simón, V. M. (2010). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Informació Psicològica*, 100, 162-170.
- Singh, N. N., Wahler, R. G., Winton, A. S. W. y Adkins, A. D. (2004). A mindfulness based treatment of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Case Studies*, 3, 275-287.
- Sireling, L., Cohen, D. y Marks, I. (1988). Guided mourning for morbid grief: A controlled replication. *Behaviour Therapy*, 19, 121-132.
- Slagter, H. A., Lutz, A., Greischar, L. L., Francis, A. D., Nieuwenhuis, S., Davis, J. M. y Davidson, R. J. (2007). Mental Training Affects Distribution of Limited Brain Resources. *Plosbiology*, 5 (6), 138.
- Smith, A. (2004). Clinical uses of mindfulness training for older people. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 32, 423-430.
- Smith, A. (2006). Like waking up from a dream: mindfulness training for older people with anxiety and depression. En R. Baer (Ed.). *Mindfulness based treatment approaches* (pp. 191-215). Burlington, MA: Elsevier.
- Smith, P. C., Range, L. M. y Ulmer, A. (1991). Belief in afterlife as a buffer in suicidal and other bereavements. *Omega*, 24, 217-225.
- Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A., Campayo, J., Tejedor, R., Demarzo, M., Baños, R., Pascual, J. C. y Portella, M. J. (2014). A psychometric analysis of the Spanish versión of the Experiences Questionnaire: Assessing decentering: validation, psychometric properties

- and clinical usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish sample. *Behavior Therapy*, doi: 10.1016/j.beth.2014.05.004
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., Alvarez, E. y Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Esp. Psiquiatría*, 40 (1), 19-26.
- Soler, M. C. y cols. (2002). *Estudio sobre la implantación de la atención al duelo en el estado español. Construcción de un instrumento de evaluación y programa de intervención*. Memoria de Investigación de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey y E. Amgen, M. (2000). A Randomized, Wait-List Controlled Clinical Trial: The Effect of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on Mood and Symptoms of Stress Reduction in Cancer Outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62 (5), 613-622.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E. y Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- Spiegel, D. y cols., (1989). Effect of Psychosocial Treatment on Survival of Patients with Metastatic Breast Cancer. *Lancet*, 9, 888-891.
- Stang, H. (2014). *Mindfulness & Grief*. Cico Books. London.
- Stroebe, M. S. y Stroebe, W. (1983). Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed. *Psychological Bulletin*, 93, 279-301.
- Stroebe, M. y Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Stroebe, M., Schut, H. y Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9, 48-66.
- Stroebe, W., Stroebe, M. y Abakoumkin, G. (1999). Does differential social support cause sex differences in bereavement outcome? *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 9, 1-12.

- Swenson, C. R., Torrey, W. C. y Koermer, K. (2002). Implementing dialectical behavior therapy. *Psychiatric Services*, 53 (2), 171-177.
- Sze, J. A., Coyurak, A., Yuan, J. W. y Levenson, R. W. (2010). Coherence Between Emotional Experience and Physiology: Does Body Awareness Training Have an Impact? *Emotion*, 10 (6), 803-14.
- Tacon, A. M. (2011). Mindfulness: existential, loss, and grief factors in women with breast cancer. *J. Psychosoc. Oncols.*, 29 (6), 643-56.
- Tacon, A. M., McComb, J., Caldera, Y. y Randolph, P. (2003). Mindfulness meditation, anxiety reduction, and heart disease: a pilot study. *Family and Commitment Health*. Jan-Mar., 25-33.
- Tang, Y. Y., Lu, Q., Fan, M., Yang, Y. y Posner, M. I. (2012). Mechanisms of white matter changes induced by meditation. *PNAS*, 109 (26).
- Tangney, J. P. y cols., (1992). Shamed into Anger? The Relation of Shame and Guilty to Anger and Self-Reported Aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 669-675.
- Taylor, E. (2002). *The Tending Instinct: How Nurturing is Essential to Who We Are and How We Live*. Nueva York: Holt.
- Teasdale, J. D. (1999). Meta-cognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Teasdale, J. D. y Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change: Re-modeling depressive thought*. Hove, UK: Erlbaum.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1-18.
- Telch, C., Agras, W. y Linehan, M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.
- Thera, N. (1962). *The heart of Buddhist meditation: A handbook of mental training based on the Buddha's way of mindfulness*. London: rider and Company. (Edición en español en Cedel).

- Thieleman, K., Cacciatore, J. y Hill, P. W. (2014). Traumatic Bereavement and Mindfulness: A Preliminary Study of Mental Health Outcomes Using the ATTEND Model. *Clinical Social Work Journal*, 1-9.
- Thompson, B. L. y Waltz, J. (2008). Self-Compassion and PTSD Symptom Severity. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 556-568.
- Thompson, N. (1998). The Ontology of Ageing. *British Journal of Social Work*, 28 (5).
- Toedter, L. J., Lasker, J. N. y Alhadeff, J. M. (1988). The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 435-449.
- Toneatto, T., y Nguyen, L. (2007). Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 260-266.
- Tran, U. S., Glück, T. M. y Nader, I. W. (2013): "Investigating the Five Facet mindfulness Questionnaire (FFMQ): Construction of a Short Form and Evidence of a Two Factor Higher Order Structure of Mindfulness". *Journal of Clinical Psychology*, 69 (9), 951-965.
- Valentine, E. R. y Sweet, P. L. G. (1999). Meditation and attention: a comparison of the effects of concentrative and mindfulness meditation on sustained attention. *Mental Health, Religion & Culture*, 2 (1), 59-70.
- Vallejo, M. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 92-99.
- Van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R. y Van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1231-1241.
- Vázquez, C., Duque, A. y Hervás, G. (2013). Satisfaction with Life Scale in a Representative Sample of Spanish Adults: Validation and Normative Data. *Spanish Journal of Psychology*, 16, e82, 1-15.
- Verheul, R., Louise, M. C., Van den Bosch, M. A, Arten, W. J., Koeter, M. A. J., De ridder, T. S. y Van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for

- women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Videka-Sherman, L. y Lieberman, M. (1985). The effects of self-help and psychotherapy intervention on child loss: The limits of recovery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 70-82
- Von Fortner, B. (1999). *The effectiveness of grief counseling and therapy: a quantitative review*. Memphis: Memphis University.
- Wachs, K. y Cordova, J. V. (2007). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 464-481.
- Wada, K. y Park, J. (2009). Integrating Buddhist Psychology into Grief Counseling. *Death Studies*, 33 (7), 657-683.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. y Maercker, A. (2005). Internet-based treatment for complicated grief: Concepts and case study. *Journal of Loss and trauma*, 10, 409-432.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. y Maercker, A. (2006). Internet-based treatment for complicated grief: A randomized controlled train. *Death Studies*, 30, 429-453.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmuller, V., Kleinknecht, N. y Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness: The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-1555.
- Wallace, B. A. (1999). The Buddhist tradition of *Samatha*: Methods for refining and examining consciousness. En F. J. Varela & Shear (Eds.). *The view from within: First-person approaches to the study of consciousness* (pp. 175-1187). Bowling green, OH: Imprint Academic.
- Walls, N. y Meyers, A. (1985). Outcome in group treatments for bereavement: Experimental results and recommendations for clinical practice. *International Journal of Mental Health*, 13 (3-4), 126-147.
- Walsh, F. y McGoldrick, M. (1991). *Living beyond loss: Death in the family*. Nueva York: Norton.

- Weiss, R. S. (2001). Grief, bonds, and relationships. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association. (pp. 47-62). Washington.
- Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J., Floyd, A., Dedert, E. y Sephton, S. (2002). Sense of coherence in women with fibromyalgia is enhanced by a Mindfulness-Based Stress Reduction Program. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9 (4), 297-307.
- Weng, H. Y., Fox, A. S., Shackman, A. J., Stodola, D. E., Caldwell, J. Z. K., Olson, M. C., Rogers, G. M. y Davidson, R. J. (2013). Compassion Training Alters Altruism and Neural Responses to Suffering. *Psychological Science*, 24 (7), 1171-1180.
- Wicksell, R. K., Melin, L. y Olsson (2007). Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescent with idiopathic chronic pain. A pilot study. *European Journal of Pain*, 11, 267-74.
- William, W. V. y Polak, P. R. (1979). Follow-up research in primary prevention: A model of adjustment in acute grief. *Journal of Clinical Psychology*, 35 (1), 35-45.
- Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C. y Fennel, M. J. V. (2006). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology: In Session*. Publication on-line.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V. y Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.
- Williams, W. V., Lee, J. y Polak, P. R. (1976). Crisis intervention: effects of crisis intervention on family survivors of sudden death situations. *Community Mental Health Journal*, 12, 128-136.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. y Walker, D. D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 211-228.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G. y Van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.*, 31, 69-78.
- Woodfield, R. y Viney, L. (1984). A personal construct approach to the conjugally bereaved woman. *Omega: Journal of Death and Dying*, 15, 1-13.
- Woolhouse, H., Knowles, A. y Crafti, N. (2012). Adding mindfulness to CBT programs for binge eating: a mixed-methods evaluation. *Eat. Disord.*, 20 (4), 321-39.
- Worden, J. W. (1982). *Grief counseling and grief therapy*. A handbook for mental health practitioner. London: Routledge.
- Worden, J. W. (1991/1997). *El tratamiento del duelo: asesamiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Worden, J. W. (1996). *Children & grief: When a parent dies*. New York: Guilford.
- Worden, J. W. (2002). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer Publishing Company.
- Yalom, V. y Yalom, I. (1990). Brief interactive group psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 20, 362-367.
- Zautra, A. G. (1989). A perceived control intervention for at-risk older adults. *Psychology and Aging*, 4, 415-424.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z. y Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19 (2), 597-605.
- Zeidan, F., Martucci, K. T., Kraft, R. A., Gordon, N. S., McHaffie, J. G. y Coghill, R. C. (2011). Brain Mechanisms Supporting Modulation of Pain by Mindfulness Meditation. *J. Neurosci.*, 31 (14), 5540-5548.

Zernicke, K. A., Campbell, T. S., Blustein, P. K., Funq, T. S., Johnson, J. A., Bacon, S. L. y Carlson, L. E. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome Symptoms: A Randomized Wait-list Controlled Trial. *Int. J. Behav. Med.* DOI. 10.1007/s 12529-012-9241-6.

Zessin, U., Dickhauser, O. y Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. Doi: 10. 11111/aphw.12051.

Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S. y cols. (2008). Behavioral and cognitive changes in Attention Deficit Hyperactivity Disorder using a mindfulness meditation approach. *Journal of Attention Disorders*, 11 (6), 737-746.

Anexos

Proyecto de investigación: "Mindfulness para personas en duelo"
Cuestionario Mindfulness, Duelo y Compasión (MDC)

CÓDIGO _____

(INICIALES DE TU NOMBRE Y APELLIDOS,
SEGUIDO DE LAS 3 ÚLTIMAS CIFRAS DE TU DNI)

EDAD _____ SEXO H___ M___

Tiempo transcurrido desde la pérdida _____ años _____ meses

Tipo de relación con la persona fallecida _____

Edad de la persona fallecida _____

Causa del fallecimiento

Accidente ___ Enfermedad ___ Muerte natural ___

Muerte súbita ___ Suicidio ___ Homicidio ___

Otros _____

En el caso de que esté viviendo más de un duelo

Tiempo transcurrido desde la pérdida _____ años _____
meses

Tipo de relación con la persona fallecida _____

Edad de la persona fallecida _____

Causa del fallecimiento

Accidente ___ Enfermedad ___ Muerte natural ___

Muerte súbita ___ Suicidio ___ Homicidio ___

Otros _____

FECHA _____

Escala 1: Inventario de Duelo Complicado (IDC)

Elija en cada ítem la alternativa que mejor refleje el grado en que estás de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación.

0= Nunca

1= Raras veces

2= Algunas veces

3= A menudo

4= Siempre

1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente	0	1	2	3	4
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan	0	1	2	3	4
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida	0	1	2	3	4
4. Anhele a la persona que murió	0	1	2	3	4
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida	0	1	2	3	4
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte	0	1	2	3	4
7. No me puedo creer que haya sucedido	0	1	2	3	4
8. Me siento aturdido por lo sucedido	0	1	2	3	4
9. Desde que él/ella murió, me resulta difícil confiar en la gente	0	1	2	3	4
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban	0	1	2	3	4
11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció	0	1	2	3	4
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió	0	1	2	3	4
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió	0	1	2	3	4
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió	0	1	2	3	4
15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome	0	1	2	3	4
16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí	0	1	2	3	4
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto	0	1	2	3	4
18. Siento amargura por la muerte de esa persona	0	1	2	3	4
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano	0	1	2	3	4

Escala 2: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés de 21 ítems (DASS-21)

Lee cada una de las siguientes frases y rodea con un círculo el número (0, 1, 2 o 3) que mejor indique en qué medida cada frase ha sido aplicable a ti durante *los últimos 7 días*. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

0 = Nada aplicable a mí

1 = Aplicable a mí en algún grado o una pequeña parte del tiempo

2 = Aplicable a mí considerablemente o una buena parte del tiempo

3 = Muy aplicable a mí o aplicable la mayor parte del tiempo

1. Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2. He notado la boca seca	0	1	2	3
3. No he podido sentir ninguna emoción positiva	0	1	2	3
4. He tenido dificultades para respirar (respiración excesivamente rápida, falta de aliento sin haber hecho esfuerzo físico, etc.)	0	1	2	3
5. Me ha resultado difícil tener iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. He tendido a reaccionar exageradamente ante las situaciones	0	1	2	3
7. He tenido temblores (por ejemplo, en las manos)	0	1	2	3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9. He estado preocupado/a por situaciones en las que pudiera ser presa del pánico y hacer el ridículo	0	1	2	3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11. Me he sentido agitado/a	0	1	2	3
12. Me ha resultado difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me he sentido desanimado/a y triste	0	1	2	3
14. No he dejado que nada me impidiera seguir haciendo lo que hacía antes	0	1	2	3
15. He sentido que estaba al borde del pánico	0	1	2	3
16. He sido incapaz de entusiasmarme por nada	0	1	2	3
17. He sentido que no valía mucho como persona	0	1	2	3
18. He tendido a sentirme enfadado/a con facilidad	0	1	2	3
19. He notado mi corazón sin hacer esfuerzo físico (aumento del ritmo cardíaco, ausencia de algún latido, etc.)	0	1	2	3
20. Me he sentido asustado/a sin una razón de peso	0	1	2	3
21. He sentido que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Escala 3: Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

Aquí tienes una serie de frases que reflejan ideas sobre la vida. Ahora se trata de que nos digas en qué medida estás de acuerdo o no con estas ideas.

1	Mi vida es, en la mayoría de los aspectos, como me gustaría que fuera	1	2	3	4
2	Hasta ahora, todo lo que me gustaría tener en mi vida ya lo tengo	1	2	3	4
3	No estoy contento/a con mi vida	1	2	3	4
4	Si pudiera vivir mi vida otra vez, me gustaría que fuera como ha sido hasta ahora	1	2	3	4
5	No me gusta todo lo que rodea a mi vida	1	2	3	4

Escala 5: Cuestionario de las Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ)

Lee cada una de las siguientes frases y rodea con un círculo el número que mejor indique en qué medida cada frase ha sido aplicable a ti.

1= Nunca o muy raramente verdad

2= Raramente verdad

3= Algunas veces verdad

4= A menudo verdad

5= Muy a menudo o siempre verdad

1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse	1	2	3	4	5
2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos	1	2	3	4	5
3. Me critico a mi mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas	1	2	3	4	5
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos	1	2	3	4	5
5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente	1	2	3	4	5
6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo	1	2	3	4	5
7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas	1	2	3	4	5
8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo	1	2	3	4	5
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos	1	2	3	4	5
10. Me digo a mí mismo/a que no debería sentir lo que siento	1	2	3	4	5
11. Noto cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones	1	2	3	4	5
12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento	1	2	3	4	5
13. Me distraigo/despisto fácilmente	1	2	3	4	5
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar así	1	2	3	4	5
15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara	1	2	3	4	5
16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento	1	2	3	4	5
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos	1	2	3	4	5
18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que está sucediendo en el presente	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape	1	2	3	4	5
20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan	1	2	3	4	5

21.En situaciones difíciles puedo parar sin reaccionar inmediatamente	1	2	3	4	5
22.Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.	1	2	3	4	5
23.Conduzco en “piloto automático”, sin prestar atención a lo que hago	1	2	3	4	5
24.Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras me calmo en poco tiempo	1	2	3	4	5
25.Me digo a mí mismo/a que no debería pensar como pienso	1	2	3	4	5
26.Percibo el olor y el aroma de las cosas	1	2	3	4	5
27.Incluso cuando estoy muy enfadado encuentro una forma de expresarlo con palabras	1	2	3	4	5
28.Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas	1	2	3	4	5
29.Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar	1	2	3	4	5
30.Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentirlas	1	2	3	4	5
31.Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras	1	2	3	4	5
32.Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras	1	2	3	4	5
33.Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar	1	2	3	4	5
34.Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago	1	2	3	4	5
35.Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido	1	2	3	4	5
36.Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta	1	2	3	4	5
37.Normalmente puedo describir cómo me siento con considerable detalle	1	2	3	4	5
38.Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención	1	2	3	4	5
39.Me critico cuando tengo ideas irracionales	1	2	3	4	5

Escala 6: Escala de Autocompasión (SCS)

Lee cada una de las siguientes frases y rodea con un círculo el número que mejor indique en qué medida cada frase ha sido aplicable a ti.

1= Nunca o muy raramente verdad

2= Raramente verdad

3= Algunas veces verdad

4= A menudo verdad

5= Muy a menudo o siempre verdad

1	Me desapruebo y juzgo por mis fallos e imperfecciones	1	2	3	4	5
2	Cuando me siento mal, tiendo a obsesionarme y quedarme fijado en todo lo que está mal	1	2	3	4	5
3	Cuando las cosas me van francamente mal veo las dificultades como una parte de la vida por la que todo el mundo tiene que pasar	1	2	3	4	5
4	Pensar en mis imperfecciones hace que me sienta más aislado/a y separado/a del resto del mundo	1	2	3	4	5
5	Cuando experimento dolor emocional, trato de quererme a mí mismo/a	1	2	3	4	5
6	Cuando tengo algún fallo en algo importante para mí, acabo consumido/a por mis sentimientos de imperfección	1	2	3	4	5
7	Cuando me siento mal y desvalido/a, me recuerdo a mí mismo/a que hay muchísima gente en el mundo sintiendo lo mismo que yo	1	2	3	4	5
8	En épocas verdaderamente difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a	1	2	3	4	5
9	Cuando algo me preocupa, trato de mantener equilibradas mis emociones	1	2	3	4	5
10	Cuando me siento imperfecto/a en algo, trato de recordarme a mí mismo/a que la mayoría de la gente tiene esos sentimientos también	1	2	3	4	5
11	Soy intolerante e impaciente con los aspectos de mi personalidad que no me gustan	1	2	3	4	5
12	Cuando paso una temporada muy difícil me doy a mí mismo/a el cariño y la ternura que necesito	1	2	3	4	5
13	Cuando me siento mal tiendo a creer que la mayoría de la gente probablemente es más feliz que yo	1	2	3	4	5
14	Cuando ocurre algo doloroso, trato de tener un punto de vista equilibrado de la situación	1	2	3	4	5
15	Trato de ver mis fallos como parte de la condición humana	1	2	3	4	5
16	Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan soy un poco cruel conmigo mismo/a	1	2	3	4	5
17	Cuando tengo un fallo en algo importante para mí trato de tener una visión con perspectiva de las cosas	1	2	3	4	5

18	Cuando estoy haciendo un verdadero esfuerzo tiendo a pensar que para los otros seguramente las cosas son más fáciles que para mí	1	2	3	4	5
19	Soy amable conmigo mismo/a cuando sufro	1	2	3	4	5
20	Cuando algo me preocupa mis sentimientos me arrastran	1	2	3	4	5
21	Puedo ser un poco frío/a conmigo cuando sufro	1	2	3	4	5
22	Cuando estoy desanimado/a trato de examinar mis sentimientos con curiosidad y apertura	1	2	3	4	5
23	Soy tolerante con mis fallos e imperfecciones	1	2	3	4	5
24	Cuando ocurre algo doloroso tiendo a exagerar la importancia del suceso	1	2	3	4	5
25	Cuando fallo en algo importante para mí tiendo a sentirme solo con mis fallos	1	2	3	4	5
26	Trato de ser comprensivo/a y paciente con los aspectos de mi personalidad que no me gustan	1	2	3	4	5

SESIÓN 1: PILOTO AUTOMÁTICO
Mindfulness, duelo y compasión

EL PILOTO AUTOMÁTICO

A veces, cuando estamos conduciendo, vamos sin darnos cuenta con el “piloto automático” puesto; sin prestar mucha atención a lo que estamos haciendo. De la misma manera, en ocasiones, no estamos “presentes” en nuestras vidas. Incluso, podemos “estar lejos” sin darnos cuenta.

Cuando estamos en “piloto automático”, también nos sentimos más sensibles y, por lo tanto, más vulnerables a que nos afecten nuestros puntos débiles. Acontecimientos, pensamientos, sentimientos y sensaciones de la mente (de los cuales ni siquiera somos conscientes) pueden desencadenar hábitos viejos, maneras de pensar que no son hábiles y que pueden ocasionarnos el mal humor.

Si podemos ser más conscientes de nuestros pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales, momento a momento, nos daremos la posibilidad de tener más libertad de elección; no tenemos que seguir los viejos hábitos mentales que en el pasado nos han causado daño.

El propósito de este curso es incrementar la atención consciente para darnos la posibilidad de elegir cómo respondemos, en lugar de actuar de forma automática. Lo haremos practicando; dándonos cuenta de dónde está nuestra atención en cada momento. Así, podremos elegir cambiar el enfoque, una y otra vez.

TAREAS PARA CASA

1. Practica la EXPLORACION CORPORAL a DIARIO y anótalo en tu hoja de registro cada vez que lo hagas, incluyendo en observaciones cualquier duda, resistencia, dificultad, etc. que quieras comentar la próxima semana.

2. Elige una ACTIVIDAD RUTINARIA a DIARIO y haz un esfuerzo en poner más atención en ella cada vez que la hagas, tal y como hemos practicado esta semana con el ejercicio de comer la pasa (por ejemplo, levantarse, cepillarse los dientes, ducharse, secar tu cuerpo, ponerse la ropa, comer, conducir, tirar la basura, hacer la compra etc.).

HOJA DE REGISTROS

Toma nota cada vez que practiques, añadiendo comentarios para que podamos estudiarlos la semana que viene.

Día y fecha	Tareas	SÍ/NO	Comentarios
fecha:	Exploración corporal		
	Actividad Rutinaria		
fecha:	Exploración corporal		
	Actividad Rutinaria		
fecha:	Exploración corporal		
	Actividad Rutinaria		
fecha:	Exploración corporal		
	Actividad Rutinaria		
fecha:	Exploración corporal		
	Actividad Rutinaria		

SESIÓN 2: ENFRENTANDO LOS OBSTÁCULOS
Mindfulness, duelo y compasión

ENFRENTANDO LOS OBSTÁCULOS

Nuestro propósito en este programa es hacernos más conscientes más a menudo.

Una influencia muy poderosa que nos impide estar “completamente presentes” es la tendencia automática que tenemos de juzgar nuestra experiencia considerando que, de alguna forma, no acaba de ser la correcta –que no es lo que debería estar ocurriendo, que no está a la altura o que no cumple con nuestras expectativas y deseos–. Estas evaluaciones negativas pueden conducir a secuencias de pensamientos sobre la culpa, lo que hace falta cambiar, o sobre cómo las cosas podrían o deberían ser y no son. Muchas veces, de forma completamente automática, estos pensamientos nos llevan por caminos mentales ya bastante frecuentados. De esta manera, podemos perder nuestra consciencia del momento presente, así como la libertad de elegir cómo debemos, o si debemos, actuar.

Podemos recobrar nuestra libertad como paso inicial si reconocemos la realidad de nuestra situación, sin engancharnos de inmediato a tendencias automáticas de juzgar, solucionar o desear que las cosas sean diferentes.

El ejercicio del recorrido del cuerpo nos proporciona la oportunidad de entrenarnos en traer a nuestra mente una atención caracterizada por el interés y la simpatía hacia la realidad de cada momento, sin tener que hacer nada para cambiar las cosas. No hay ningún objetivo que lograr aparte de traer la atención según indican las instrucciones (conseguir algún estado especial de relajación no es una de las finalidades del ejercicio).

CONSEJOS PARA REALIZAR LA EXPLORACIÓN CORPORAL

- ✓ Pase lo que pase (por ejemplo, si te duermes, te dispersas, no dejas de pensar en otras cosas o te equivocas en la parte del cuerpo que estás enfocando), simplemente hazlo. Estas son tus experiencias en este momento; sé consciente de ellas.
- ✓ Si te estás dispersando mucho, observa los pensamientos (como acontecimientos pasajeros), para luego traer la mente suavemente otra vez al recorrido corporal.
- ✓ Suelta cualquier idea de “éxito”, “fracaso”, “hacerlo muy bien” o “intentar purificar el cuerpo”. Esto no es un concurso. No es una destreza por la que haya que luchar. La

única disciplina que hace falta es una práctica regular y frecuente. Simplemente hay que hacerlo con una actitud de apertura y curiosidad.

- ✓ Suelta cualquier expectativa acerca de lo que el recorrido del cuerpo va a hacer por ti: plantéatelo como una semilla que has sembrado. Cuanto más hurgas y te entrometes, menos va a poder desarrollarse. El “recorrido del cuerpo” hay que hacerlo con las condiciones adecuadas –paz y tranquilidad, y una práctica regular y frecuente–. Y ya está.
- ✓ Prueba a enfocar tu experiencia de cada momento con una actitud abierta (“Vale, así son las cosas en este momento”). Si intentas rechazar tus pensamientos, sentimientos o sensaciones corporales, las sensaciones que te están perturbando no van sino a distraerte de hacer cualquier otra cosa. Sé consciente, olvídate de metas, mantente en el momento presente, acepta las cosas tal y como son. ¡Hazlo sin más!

TAREAS PARA CASA

1. Practicar la EXPLORACIÓN CORPORAL 6 días/semana 15 min. (mañana).
2. Practicar la MEDITACIÓN DEL CUERPO 6 días/semana 15 min. (tarde).
3. Actividad RUTINARIA con ATENCIÓN PLENA elegida por la persona a diario.
4. Rellenar CALENDARIO de ACONTECIMIENTOS AGRADABLES a diario.

HOJA DE REGISTROS

Toma nota cada vez que practiques, añadiendo comentarios para que podamos explorarlos la semana que viene.

Día y fecha	Tareas	SÍ/NO	Comentarios
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación cuerpo		
	Actividad rutinaria		
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación cuerpo		
	Actividad rutinaria		

Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación cuerpo		
	Actividad rutinaria		
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación cuerpo		
	Actividad rutinaria		
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación cuerpo		
	Actividad rutinaria		
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación cuerpo		
	Actividad rutinaria		

SESIÓN 3: CONSCIENCIA PLENA DE LA RESPIRACIÓN *Mindfulness, duelo y compasión*

CONSCIENCIA PLENA DE LA RESPIRACIÓN

Nuestro propósito en este programa es ser más conscientes más a menudo. En definitiva, queremos desarrollar la conciencia plena. La conciencia plena es una cualidad que se aprende, cultiva y desarrolla (más que una capacidad que se posee). La conciencia plena no es pensamiento; es una conciencia capaz de reconocer los pensamientos y emociones a medida que suceden, y no se identifica con ellos; es una conciencia del momento presente, pero que tiene unas características particulares: se trata de **observar** lo que ocurre, momento a momento, en cada instante presente, pero con **curiosidad, apertura, aceptación y amabilidad** (sin piloto automático mental; sin prejuicios; acogiendo todo lo que surge sin rechazar nada; sin perder energía, diciéndonos que lo que observamos no debería ser como es; con paciencia, admitiendo lo que hay sin violencia ni hostilidad; etc.).

Hay algunos factores que influyen en los beneficios de la meditación: la actitud, la curiosidad, la determinación y la confianza en tu propia capacidad para mejorar la gestión de tus emociones. Lo más adecuado es no caer en los extremos ni de la idealización ni del cinismo: la meditación no va a librarte de tus problemas; va a exigirte disciplina y un cierto esfuerzo, y estar abierto a conocer la práctica y ver hacia dónde te conduce, dispuesto a comprometerte sabiendo que tu perseverancia es crucial.

Las siete actitudes esenciales que, según Kabat-Zinn, constituyen la base de la actitud que debe adoptarse en la práctica de la meditación son las siguientes: **no juicio** (paciencia, mente del principiante, confianza, distensión; con disciplina, pero sin esfuerzo por cambiar nada; hay que abandonar la lucha contra lo que ya es); **aceptación** (ver las cosas como son y no como crees que deberían ser o te gustaría que fueran); y **desprendimiento** (o no apego a las cosas, las personas, las ideas, los sentimientos que enturbian nuestra mirada sobre la realidad). Estas actitudes se apoyan y potencian unas a otras y se aplican directamente, a cada instante y día tras día, a medida que cultivas y profundizas en la conciencia plena.

LA RESPIRACIÓN

La respiración es vida. Se podría ver como un hilo o una cadena que une y conecta todos los acontecimientos de tu vida: desde el nacimiento (el principio), hasta la muerte (el final). La respiración siempre está ahí, en cada momento, moviéndose por sí misma, como un río.

¿Has notado alguna vez cómo la respiración cambia según sea nuestro estado anímico?: corta y superficial cuando estamos tensos o enfadados; más rápida cuando estamos excitados; lenta y completa cuando somos felices; y desaparece casi por completo cuando tenemos miedo. Está con nosotros todo el tiempo. También se puede usar como una herramienta, como un ancla para aportar estabilidad al cuerpo y la mente cuando decidimos ser conscientes de ella. Podemos sintonizar con ella en cualquier momento de nuestro día a día. Sin embargo, la mayoría del tiempo no estamos en contacto con ella –simplemente está ahí, olvidada–. Así que una de las primeras cosas que hacemos en el programa de reducción de estrés basado en la atención consciente es ponernos en contacto con la respiración. Notamos cómo cambia según nuestro estado anímico, nuestros pensamientos, nuestros movimientos corporales. No necesitamos ejercer ningún control. Se trata, simplemente, de notarla e ir conociéndola, como a un amigo o amiga. Lo único que necesitamos hacer es observar, estar atentos, y experimentar las sensaciones de la respiración con interés, de una manera relajada.

Con la práctica nos hacemos más conscientes de la respiración. Podemos usarla para dirigir nuestra atención hacia diferentes aspectos de nuestra vida. Por ejemplo, para relajar músculos tensos, o centrarnos en una situación que necesita de nuestra atención. También podemos emplearla para ayudarnos a afrontar el dolor, el enfado, o el estrés de la vida cotidiana.

TRES MINUTOS RESPIRACIÓN

El espacio de la respiración nos proporciona una manera eficaz de salir del piloto automático y reconectar con el momento presente. La clave de este curso es mantener la atención consciente en el momento presente, nada más.

1. ATENCIÓN CONSCIENTE

Para llevarnos al momento presente adoptamos una postura recta y digna. Si es posible, cerramos los ojos y nos preguntamos: ¿Cuál es mi experiencia ahora mismo (pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales, etc.)? Reconocemos y notamos la experiencia, tal y como es, incluso si es desagradable.

2. ENFOCANDO

Ahora llevamos toda nuestra atención a la respiración, a cada inhalación y a cada exhalación, una detrás de la otra: la respiración funciona como un ancla para llevarnos al momento presente y ayudarnos a llegar a un estado de atención y sosiego.

3. EXPANDIENDO

Expandimos nuestro campo de atención alrededor de la respiración para incluir la sensación del cuerpo en su totalidad (por ejemplo, la postura y la expresión facial).

Puedes realizar esta práctica simplemente siguiendo los pasos anteriores o sirviéndote del siguiente medio que te permite volver al presente con aceptación: respira con conciencia

y, en cada inspiración y cada espiración, repite mentalmente –sintiéndolo, no de forma mecánica– las siguientes palabras:

Inspiro – espiro

Lento – profundo

Calma – sosiego

Sonrío – suelto

Momento presente – momento precioso

Puedes repetir estas palabras en ciclos de cinco respiraciones, o cada varias respiraciones repetir un par de palabras. Lo importante es que te centres en el significado de lo que estás haciendo. Intenta practicarlo durante períodos de tres minutos.

TAREAS PARA CASA

1. Practicar la EXPLORACIÓN CORPORAL 3 días/semana 15 min.
2. Practicar la MEDITACIÓN DE LA RESPIRACIÓN 3 días/semana 15 min.
3. Practicar la MEDITACIÓN DE 3 MINUTOS 3 veces/día.
4. Rellenar CALENDARIO de ACONTECIMIENTOS DESAGRADABLES a diario.

HOJA DE REGISTROS

Toma nota cada vez que practiques y añade comentarios para que podamos estudiarlos la semana que viene.

Día y fecha	Tareas	SÍ/NO	Comentarios
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación respiración		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación respiración		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación respiración		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación respiración		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación respiración		
	Meditación 3min.		1. 2. 3.

SESION 4: PERMANECIENDO PRESENTES
Mindfulness, duelo y compasión

PERMANECIENDO PRESENTES

Las circunstancias difíciles forman parte de la vida misma. Lo que establece la diferencia entre si las dificultades controlan nuestra vida o si nos podemos vincular con ellas de un modo más ligero es cómo las manejamos. Estar más atentos y ser más conscientes de nuestros pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales nos da la posibilidad de liberarnos de modos de reacción automáticos y habituales, para responder con plena conciencia, con más libertad y más hábilmente.

Por lo general, reaccionamos ante una experiencia de alguna de estas tres formas:

1. Con la distancia o el aburrimiento, de modo que nos desviemos saliendo del momento presente y yendo a otro lugar “en nuestra cabeza”.
2. Con el deseo de aferrarnos a las cosas –sin permitirnos dejar marchar las experiencias que estamos sintiendo en el momento, o deseando vivir experiencias que en el momento presente se encuentran ausentes.
3. Queriendo que ciertas experiencias se vayan, enfadándonos con ellas con rechazo y deseando que desaparezcan –ya sea las que estamos viviendo en el presente o las que pensamos en el presente que pueden darse en el futuro–.

Como vamos a debatir en estas sesiones, cada una de estas tres maneras de reaccionar pueden causar problemas, sobre todo cuando reaccionamos con aversión. Por ahora el enfoque es estar más atentos a nuestras experiencias para que podamos responder con atención en lugar de reaccionar de forma automática.

Debemos utilizar el cuerpo como la vía a la atención consciente y esto puede ser tan sencillo como mantener la atención en la postura (probablemente estés sentado mientras lees esto). ¿Cuáles son las sensaciones en tu cuerpo en este momento? Cuando termines la lectura, ponte de pie, siente el movimiento de estar de pie, de andar hacia la próxima actividad, de cómo te acuestas al final del día. Estar en tu cuerpo, en cómo te mueves, en cómo alcanzas algo, en cómo te giras, etc. Es así de sencillo.

Practicar con paciencia sintiendo lo que hay, sintiendo que el cuerpo siempre está ahí para practicar. Puede que llegue un punto en el que notes hasta los movimientos pequeños, de manera que vivir con conciencia sea natural para ti. No hay nada extra que tengas que hacer: simplemente sientes que estás haciendo lo que estás haciendo, pensando lo que estás pensando, sintiendo lo que estás sintiendo.

Practicar la **meditación sentada** con regularidad nos da la oportunidad de estar atentos a cuando nos distraemos del momento presente y así notamos lo que nos ha distraído y, suave pero firmemente, volvemos nuestra atención y reconectamos con la experiencia presente. En otros momentos del día emplearemos conscientemente el **Espacio de Respiración**: cuando nos demos cuenta de una sensación desagradable; esto nos dará la oportunidad de “responder” en lugar de “reaccionar”.

Los gansos salvajes

*No tienes que ser bueno.
No tienes que caminar cien millas de rodillas
a través del desierto, arrepentido.
Sólo tienes que dejar que el animal suave de tu cuerpo
ame lo que ama.
Háblame de la desesperanza, la tuya, y yo te hablaré de la mía.
Mientras tanto el mundo sigue.
Mientras tanto el sol y las claras gotas de lluvia
se están moviendo por los paisajes,
sobre las praderas y los árboles profundos,
las montañas y los ríos.
Mientras tanto los gansos salvajes, altos en el aire limpio y azul,
se dirigen a casa otra vez.
Quien quiera que seas, no importa cuán solo,
el mundo se ofrece a tu imaginación,
te llama como los gansos salvajes, rudo y emocionante,
anunciando una y otra vez tu puesto
en la familia de las cosas.*

Mary Oliver

TAREAS PARA CASA

5. Practicar la EXPLORACION CORPORAL 3 días/semana 15 min. (mañana).
6. Practicar la MEDITACION DEL SONIDO y EL SILENCIO 3 días/semana 15 min. (tarde).
7. Practicar la MEDITACION DE 3 MINUTOS 3 veces/día.

HOJA DE REGISTROS

Toma nota cada vez que practiques, añadiendo comentarios para que podamos estudiarlos la semana que viene.

Día y fecha	Tarea	SÍ/NO	Comentarios
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación del sonido y el silencio		
	Meditación 3 min.		4. 5. 6.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación del sonido y el silencio		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación del sonido y el silencio		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación del sonido y el silencio		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación del sonido y el silencio		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación del sonido y el silencio		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.

SESIÓN 5: ACEPTAR, PERMITIR Y DEJAR SER
Mindfulness, duelo y compasión

ACEPTAR, PERMITIR Y DEJAR SER

Lo esencial de esta práctica es tomar conciencia de lo más importante de nuestra experiencia presente. Así, si la mente tiende a ir de un lugar a otro –con pensamientos, sentimientos o sensaciones–, la traemos al presente de forma suave pero firme, deliberada e intencionadamente, al aquí y al ahora. Este es el primer paso.

El segundo paso consiste en notar, lo mejor que podamos, cómo nos relacionamos –cómo lo vivimos o experimentamos– con lo que está teniendo lugar aquí y ahora. A veces nos encontramos teniendo un pensamiento, sentimiento o sensación al que reaccionamos no aceptándolo. En cambio, si el pensamiento, el sentimiento o la sensación nos gustan, tenemos tendencia a aferrarnos a ellos; tememos perderlos, y sufrimos anticipando dolor o incomodidad ante la idea de que desaparezcan. Si nos disgustan porque esos pensamientos, sentimientos o sensaciones son dolorosos, desagradables o incómodos, tendemos a contraernos, a rechazarlos, debido al miedo, la irritación o el enfado. Cada una de estas respuestas es contraria a la aceptación.

La manera más fácil de relajarse es, antes de hacer nada, rendirse ante la evidencia de que las cosas son como son en este momento, es decir, dejar de luchar contra lo que ahora es. Aceptar una experiencia significa, simplemente, dejar un espacio para aceptar la realidad, sea la que sea, en lugar de intentar cambiarla.

Esta es la manera de relacionarnos con las experiencias que atraen con fuerza nuestra atención. Por ejemplo, si notas que tu conciencia sigue apartándose de la respiración (u otro foco de atención) y se dirige hacia sensaciones particulares en el cuerpo asociadas con molestias físicas, emociones o sentimientos, el primer paso es prestar atención consciente a estas sensaciones físicas; pasar deliberadamente el enfoque desde tu conciencia hasta la parte del cuerpo en la que estas sensaciones son más fuertes. La respiración es un vehículo útil para hacerlo –del mismo modo que lo practicaste en el “escaneo del cuerpo”, puedes llevar la atención, consciente y amablemente, a esta parte del cuerpo– “inhalando” y “exhalando” desde ese lugar.

Una vez tu atención haya pasado a las sensaciones del cuerpo, dite a ti mismo: “Está bien. Sea lo que sea está bien. Déjame sentirlo”, usando cada exhalación para suavizar y abrir las sensaciones de las que te has vuelto consciente.

La aceptación no es resignación; es un primer paso decisivo que nos permite hacernos completamente conscientes de las dificultades para más adelante, si es conveniente, responder de una manera hábil en lugar de reaccionar de manera visceral usando alguna estrategia (que a menudo ayudan poco) para ocuparnos de las dificultades.

La casa de huéspedes

El ser humano es como una casa de huéspedes.

Cada mañana, llega un nuevo inquilino.

*Una alegría, una tristeza, una maldad,
que viene como un visitante inesperado.*

¡Dales la bienvenida y recíbelos a todos!

Aun si son un coro de penurias que vacían tu casa violentamente.

Trata a cada huésped honorablemente,

él puede estar creándote el espacio para alguna delicia.

El pensamiento oscuro, la vergüenza, la malicia,

recíbelos en la puerta sonriendo

e invítalos a entrar.

Agradece a quien quiera que venga,

porque cada uno ha sido enviado

como un guía de muy lejos.

Rumi

TAREAS PARA CASA

1. Meditación de las emociones: 6 días/semana 15 min.
2. Meditación 3 min.: 3 veces/día

HOJA DE REGISTROS

Toma nota cada vez que practiques, añadiendo comentarios para que podamos estudiar la semana que viene.

Día y fecha	Tareas	SI NO	Comentarios
Fecha:	Meditación de las emociones		
	Meditación 3 min.		7. 8. 9.
Fecha:	Meditación de las emociones		
	Meditación 3 min.		4. 5. 6.
Fecha:	Meditación de las emociones		
	Meditación 3 min.		4. 5. 6.
Fecha:	Meditación de las emociones		
	Meditación 3min.		1. 2. 3.
Fecha:	Meditación de las emociones		
	Meditación 3 min.		4. 5. 6.
Fecha:	Meditación de las emociones		
	Meditación 3min.		4. 5. 6.

SESION 6: LOS PENSAMIENTOS NO SON LOS HECHOS
Mindfulness, duelo y compasión

LOS PENSAMIENTOS NO SON LOS HECHOS

Nuestros pensamientos pueden tener un efecto fuerte en como sentimos y en lo que hacemos. Muchas veces estos pensamientos empiezan de forma automática. Con la atención consciente de los pensamientos e imágenes pasando por la mente es posible ganar distancia y tener otra perspectiva. Volvemos una y otra vez a la respiración, esto nos deja ver que igual hay otras maneras de pensar sobre situaciones, que podemos liberarnos si queremos de los pensamientos automáticos que “surgen de repente” en la mente. Y lo más importante sería que al final nos diéramos cuenta de una manera profunda de que todos los pensamientos son solo eventos mentales. Incluyendo los pensamientos que dicen que no los son. Pensamientos no son hechos, y nosotros no somos nuestros pensamientos.

Los pensamientos e imágenes pueden darnos pistas de lo que está ocurriendo a niveles más profundos de nuestra mente. Podemos coger los patrones mentales más habituales e inútiles, y verlos desde varias perspectivas distintas. Así nos familiarizamos con nuestros “mejores 10” pensamientos y podremos más fácilmente ver (y cambiar) el proceso que nos lleva, en ocasiones, a un espiral de humores negativos. Aquí hay algunas cosas que puedes hacer con tus pensamientos.

1. Verlos venir y salir, sin sentir que tienes que seguirlos.
2. Ver tus pensamientos como eventos mentales y no como hechos. Igual ocurren otros sentimientos a la vez que te hace pensar que es verdad, pero tú puedes elegir.
3. Hazte las siguientes preguntas: ¿Surgió de forma automática este pensamiento? ¿Refleja los hechos de la situación? ¿Se puede poner en duda el pensamiento? ¿Cómo me hubiera afectado en otra situación, en otro momento? ¿Hay alternativas?
4. Con pensamientos muy difíciles, igual es de ayuda mirarlos con intención, con la mente abierta, equilibrada, como parte de tu práctica. Da sitio a tu mente sabia.

Cuando te des cuenta de un pensamiento negativo mantenlo en tu atención con una actitud de interés y curiosidad. Tal vez, sin grandes análisis, sin racionalizar, con el tiempo, sólo observando los pensamientos y dejándolos pasar, te darás cuenta de que estas convirtiendo un pensamiento en un hecho, o llegando a conclusiones precipitadas, o pensando en términos de blanco y negro, o te estás condenando por una tontería, o te estás concentrando en tus

debilidades olvidándote de tus habilidades o te estás juzgando con severidad, o te estás poniendo expectativas muy altas, o estás sobreestimando el desastre...

Observa tus pensamientos con curiosidad, apertura, aceptación y amor.

Es increíble lo liberador que puede llegar a ser ver tus pensamientos como pensamientos y no confundirlos ni contigo mismo ni con la realidad. Por ejemplo, si tienes un pensamiento de que debes cumplir una determinada cantidad de cosas hoy y no lo reconoces como un pensamiento pero lo ves como la "verdad", en ese momento has creado una realidad falsa en que realmente piensas que todas esas cosas tienen que estar hechas hoy mismo. Si, por ejemplo, durante la meditación te viene el pensamiento de que tienes que hacer muchas cosas hoy, tendrás que estar muy atento y hacer el esfuerzo de verlo solo como un pensamiento. Si no antes de que te des cuenta estarás en pie corriendo para hacer toda esa lista de innumerables cosas. Sin darte cuenta que habrás decidido dejar la meditación por un pensamiento que te vino.

Por otro lado si eres capaz de ver ese pensamiento con claridad como pensamiento, tendrás la objetividad para priorizar las cosas y hacer decisiones perspicaces acerca de lo que es importante. Sabrás cuando tienes que parar. Entonces el sencillo acto de reconocer tus pensamientos como pensamientos te podrá liberar de una realidad distorsionada y dejarte más claridad para manejar tu vida.

Esta liberación la cultivamos en la práctica de la meditación. Cuando pasamos cada día por un estado de "no hacer", observando el flujo de la respiración y las sensaciones del cuerpo y los pensamientos, si no nos dejamos llevar por estos pensamientos cultivamos calma y atención conjuntamente, desarrollamos estabilidad mental y estamos menos atrapados en nuestra película mental, reforzando así nuestra habilidad de concentración y de estar en calma. Si cada vez que reconocemos un pensamiento solo como un pensamiento en el momento presente, notamos su contenido y la fuerza que tiene y la veracidad de su contenido, estamos reforzando la atención consciente. Así nos conocemos mejor y nos aceptamos mejor no intentando ser como nos gustaría ser sino como realmente somos.

El aspecto mental de los pensamientos guía nuestras vidas. Pasamos la mayor parte de nuestra vida pensando. La meditación es un proceso distinto que no requiere de pensamientos discursivos. La meditación no es pensamiento y a través de un proceso de observación silencioso llegamos a nuevos estados de entendimiento.

No hace falta luchar con los pensamientos, ni rechazarlos ni juzgarlos. Simplemente una vez que somos conscientes de ellos elegimos no dejarnos llevar por ellos.

Cuando estamos perdidos en pensamientos nos identificamos con ellos fuertemente. Los pensamientos nos llevan y en poco tiempo nos pueden llevar más y más lejos. Subimos a un tren de asociaciones sin saber que hemos subido a dicho tren y también sin saber el destino. En algún momento igual despertamos y nos damos cuenta que estamos en un viaje y cuando bajamos del tren igual estamos en un entorno mental muy distinto del que teníamos cuando subimos.

Ahora mismo toma un poco de tiempo para mirar tus pensamientos. Cierra los ojos e imagina que estás mirando la pantalla en un cine, la pantalla está vacía, esperamos que aparezca en ella un pensamiento. Y ya que no estamos haciendo nada más que esperar será más fácil verlos. ¿Qué son exactamente, qué les ocurre? Los pensamientos son como magia, cuando estamos perdidos en ellos parecen muy reales, pero cuando los miramos atentamente se desvanecen.

¿Pero qué ocurre con los pensamientos que nos afectan fuertemente? Estamos mirándolos sin parar y de repente ¡¡plash!!, estamos perdidos en nuestros pensamientos. ¿Qué ha ocurrido? ¿Cuáles son los estados mentales que nos pillan una y otra vez? ¿Por qué olvidamos que son fenómenos vacíos pasando por nuestra mente?

Es increíble observar cuanto poder damos a los pensamientos sin saberlo y sin que estos hayan sido invitados. “Haz esto, di aquello, recuerda, planifica, obsesiónate, júzgate”, tienen la fuerza de volvernos locos y a veces lo consiguen. Los tipos de pensamientos que tenemos y el impacto que tienen en nuestras vidas dependen de cómo entendemos las cosas. Si estamos en un espacio claro, mirando como los pensamientos van y vienen, no importa qué tipo de pensamientos aparecen, podemos verlos como un espectáculo pasajero. De los pensamientos vienen acciones. De las acciones vienen todo tipo de consecuencias. ¿En qué pensamientos vamos a invertir? Nuestra tarea principal es verlos con claridad para elegir en cuales actuar y en cuales dejarlos pasar.

Olas mentales

Cuando se practica la meditación no se debe tratar de detener el pensamiento. Hay que dejar que éste se detenga por sí mismo. Si algo nos viene a la mente, se deja que venga y se deja que salga. No permanecerá mucho tiempo. Cuando se trata de detener el pensamiento, el resultado es que uno se preocupa. No hay que preocuparse de nada. Al parecer es como si algo viniera de fuera de la mente, pero en realidad son olas de ella y si uno no se preocupa con ellas se van calmando gradualmente.

Lleva bastante tiempo conseguir en la práctica la calma y la serenidad de la mente. Se perciben muchas sensaciones, surgen muchos pensamientos, muchas imágenes, pero son únicamente olas de la mente de uno. Nada proviene de fuera de la mente.

Aunque surjan olas, la esencia de la mente es pura. Es simplemente como agua clara con unas cuantas olas. En realidad, el agua siempre tiene olas. Las olas son los pensamientos y las emociones. El agua y las olas existen en conjunto y son una misma cosa.

Suzuki

TAREAS PARA CASA

3. Meditación de los sonidos y pensamientos: 6 días/semana 15 min.
4. Meditación 3 min. : 3 veces/día

HOJA DE REGISTROS

Toma nota cada vez que practiques, añadiendo comentarios para que podamos explorarlo la semana que viene.

Día y fecha	Tareas	SI NO	Comentarios
Fecha:	Meditación de los sonidos y pensamientos		
	Meditación 3 min.		10. 11. 12.
Fecha:	Meditación de los sonidos y pensamientos		
	Meditación 3 min.		7. 8. 9.
Fecha:	Meditación de los sonidos y pensamientos		
	Meditación 3 min.		7. 8. 9.
Fecha:	Meditación de los sonidos y pensamientos		
	Meditación 3min.		4. 5. 6.
Fecha:	Meditación de los sonidos y pensamientos		
	Meditación 3 min.		7. 8. 9.

Fecha:	Meditación de los sonidos y pensamientos		
	Meditación 3min.		7. 8. 9.

SESION 7: AUTOCUIDADO
Mindfulness, duelo y compasión

AUTOCUIDADO

¿Puedes imaginarte a ti mismo cuando eras muy pequeño, descubriendo tu regalo más deseado al lado del árbol de Navidad? ¿Puedes crear una imagen que te genere una emoción en este momento de tu vida (que aparezca con frecuencia en tu mente)? La imagen que has creado antes, ¿te lleva a alcanzar o a rehuir algo? ¿Era una imagen referida al pasado o al futuro?

El cerebro humano es capaz de generar respuestas emocionales no solo ante estímulos sensoriales del exterior, sino también ante imágenes producidas por la fantasía. Estas imágenes virtuales evocan emociones perfectamente reales, y con efectos en el organismo que incitan al sujeto a comprometerse consigo mismo en obtener (o en rehuir), en el futuro, aquel objeto que suscita la emoción (Simón, 2003, La deuda emocional).

La deuda emocional surge de las siguientes cuestiones:

- La tensión entre el *self* ideal y el *self* real
- La tensión entre “lo que hay y lo que debería haber”
- La tensión entre “lo que es y lo que debería ser”
- Esa deuda a veces la hemos contraído en el pasado
- No vivimos el presente en toda su magnitud porque estamos ocupados en conseguir una meta que en el pasado nos propusimos pensando que, de no obtenerla, seríamos infelices o indignos
- Vivimos diciéndonos que no podemos ser felices porque sufrimos un trauma cuando éramos pequeños; no logramos un expediente brillante; cometimos un error irreparable; etc.

Practicar Mindfulness ayuda a no contraer nuevas deudas y a saldar las viejas. Ayuda a que seamos conscientes de cuando las ideas preconcebidas “arriba-abajo” (todos los “debería” y “tendría”, nos impiden vivir atentamente, acogiendo lo que es y disfrutando de lo que hay y somos).

¿Tratas este momento como si fuera un obstáculo por superar? ¿Sientes que lo más importante es llegar a algún momento futuro? Casi todas las personas viven así la mayor parte del tiempo.

Como el futuro nunca llega, excepto como presente, es un estilo de vida disfuncional. Genera una continua corriente subterránea de tensión, alteración y descontento (Eckhart, 2006).

Practicar Mindfulness ayuda a conocernos mejor, a aceptarnos y a tratarnos con respeto y verdadera estima. Ayuda a desprendernos de necesidades y esclavitudes egóticas: todos los “adornos” que vamos colocando sobre nuestra imagen sin los cuales creemos que no valemos y no merecemos ser respetados ni amados.

Mantener un ego brillante y llamativo exige un esfuerzo constante:

- No dejamos de hacer comparaciones
- Se engendran reflejos de apego
- Se vive en el miedo y la aversión
- Nunca tenemos bastante para ser felices mucho tiempo
- Nunca dejamos de tener “gente amiga” y “gente enemiga”: las relaciones no son relajadas
- Es imposible amarnos a nosotros mismos de forma incondicional

El ego, en el sentido que estamos nombrando, es una construcción fantástica, una especie de máscara o careta que no tiene nada que ver con nuestro valor como personas.

Practicar Mindfulness nos ayuda a ver y a aceptar la realidad tal como es (nosotros mismos incluidos): con lo que nos gusta y lo que no nos gusta.

Como no estás en lucha contigo mismo, se libera energía para hacer las cosas que creemos que son buenas, por el mero hecho de hacerlas, no con el fin de “adornarnos” o de llegar a algún estado en el futuro que nos “decore” lo suficiente.

Proteger y nutrir nuestro ego es “adictivo”: nunca eres suficientemente exitoso, rico, brillante, bueno... siempre habrá alguien que esté por encima de ti, siempre habrá un momento en el que cometerás un error (competitividad, temor, apego y aversión). El miedo, la aversión, el apego y la dependencia nos tienen enganchados. Los enganches son particulares (éxito, belleza, riqueza, poder, estilo de vida, etc.), pero siempre generan sufrimiento.

Un aspecto fundamental en la práctica de Mindfulness, relacionado con lo que estamos viendo, es la autocompasión.

Autocompasión: *Aplicar la compasión (que no la indulgencia o la complacencia) a uno mismo, especialmente cuando sufrimos debido a nuestros errores, limitaciones o cualquier experiencia difícil. Es ser testigo de nuestro propio dolor y respondernos con amabilidad y comprensión.*

Germer (2009) describe tres componentes de la autocompasión:

Bondad-benevolencia- Tratarse a uno mismo con comprensión y no con enjuiciamiento duro, exigencias desmesuradas, perfeccionismo, etc. Es lo contrario a la autocrítica.

Humanidad común- Ver la propia experiencia como parte de la experiencia humana general; recordar que, como seres humanos, no somos perfectos; que la vida no es perfecta; es decir, lo

contrario del autoaislamiento (sentir que “lo que nos pasa no es normal, que no sabemos, que somos inadecuados, que deberíamos...”).

La atención plena- Evitar los extremos de la desconexión de o sobre-identificación con los sentimientos dolorosos, es decir, lo contrario del enredo emocional, la confusión, el vivir angustiados por el pasado o el futuro.

Autocompasión no es egocentrismo ni victimismo- Las investigaciones muestran que la autocompasión está vinculada con una mayor conciencia de los demás, más altruismo y mayor equilibrio emocional.

Muchas personas confunden la autocompasión con la autoindulgencia y la autocomplacencia. Piensan que la autocompasión les hará perezosos, que se abandonarán y no se esforzarán lo suficiente. Sin embargo, diferentes estudios muestran que la autocompasión se asocia directamente con la motivación intrínseca, la motivación del logro, la curiosidad y la exploración; y con menor miedo al fracaso. La motivación de la autocompasión procede de la voluntad de bienestar personal, no del miedo al fracaso o del ansia por ser reconocidos como valiosos.

La autocompasión está lejos del “movimiento autoestima”. Durante décadas, se ha considerado que la autoestima representa la salud psicológica óptima y se ha intentado fomentar por todo occidente. Ambos, autocompasión y autoestima, implican emociones positivas hacia uno mismo. Sin embargo, mientras que la autoestima se centra en las evaluaciones del “yo” como sujeto digno, agradable y competente, la autocompasión no implica la autoevaluación, sino que comporta sentimientos positivos de atención y conexión. Tanto la autoestima como la compasión parecen protegernos contra la depresión, la ansiedad, etc., pero la autocompasión no tiene los mismos inconvenientes que la autoestima porque...

- No está asociada con el narcisismo
- Ayuda a amortiguar las amenazas al yo (menos ansiedad)
- Está asociada a una mayor responsabilidad y una menor angustia por todos los errores del pasado
- Es más estable y menos contingente
- Proporciona mayor conexión (menor número de comparaciones sociales, menos ira, mejores relaciones, etc.)
- La práctica de la **Meditación Metta** va dirigida a desarrollar la bondad y la compasión hacia nosotros mismos y también hacia los demás. Las frases que se repiten mentalmente pueden ser parecidas a las siguientes (cuando se practica el metta hacia uno mismo): “que me sienta seguro y libre de amenazas”; “que me sienta feliz y en paz”; “que tenga salud, que me cuide”; y “que me vaya bien en la vida y aproveche las oportunidades”.

Después, se pueden dirigir hacia una persona amiga, hacia alguien con quien tenemos una relación neutra, hacia alguien con quien tenemos una relación difícil, e incluso hacia un grupo cualquiera. La idea es cultivar en nosotros y hacia cualquier ser que sufra el sentimiento de bondad amorosa. No tiene nada que ver con “intentar enviar nada a nadie”, sino de desarrollar en nosotros la autocompasión y la compasión.

DÍA DE VERANO

¿Quién creó el mundo?

¿Quién creó el cisne y el oso negro?

¿Quién creó el saltamontes?

Quiero decir, este saltamontes,

el que ha salido de la hierba,

el que está comiendo azúcar de mi mano,

*el que mueve sus mandíbulas de atrás hacia delante, en vez de arriba y abajo-
mirando a su alrededor con sus enormes y complicados ojos.*

Ahora eleva sus tenues antebrazos y asea su cara profusamente.

Ahora chasquea sus alas abiertas y va a la deriva.

Ignoro qué es con exactitud una oración.

Desconozco el modo de prestar atención, el modo de arrodillarme

En la hierba, el modo de hincar las rodillas en el pasto.

*El modo de ser ociosa y bendecida, el modo de deambular por los campos,
lo cual vengo haciendo todo el día.*

Dime, ¿qué más podría haber hecho?

¿No muere todo al final y con demasiada premura?

Dime, ¿cuál es tu plan

para con tu única salvaje y preciosa vida?

Mary Oliver

TAREAS PARA CASA

1. Meditación de la compasión y la autocompasión: 6 días/semana 15 min.
2. Meditación 3 min.: 3 veces/día
3. Realizar actividad agradable: 2, 3 días/semana

HOJA DE REGISTROS

Toma nota cada vez que practiques, añadiendo comentarios para que podamos explorarlo la semana que viene.

Día y fecha	Tareas	SÍ NO	Comentarios
Fecha:	Meditación de la compasión y la autocompasión		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
	Actividad agradable		

Fecha:	Meditación de la compasión y la autocompasión		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
	Actividad agradable		
Fecha:	Meditación de la compasión y la autocompasión		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
	Actividad agradable		

SESIÓN 8: AUTOCUIDADO CONSCIENTE
Mindfulness, duelo y compasión

AUTOCUIDADO CONSCIENTE

Lo que hacemos con nuestro tiempo momento a momento, hora a hora, año a año, puede tener una gran influencia en nuestra salud y habilidades para manejar nuestros estados mentales negativos.

Al respecto, puedes preguntarte las siguientes cuestiones:

1. De todas las cosas que hago, ¿cuáles me nutren e incrementan mi sentido de estar vivo y presente, en vez de simplemente existir? **(actividades que me nutren)**
2. De todas las cosas que hago, ¿cuáles me aniquilan, me quitan la sensación de estar vivo y presente y me hacen sentir que “vegeto”? **(actividades que me anulan)**
3. Aceptando que hay aspectos de mi vida que no puedo cambiar, ¿estoy conscientemente eligiendo actividades que me nutren y decidiendo dejar de hacer actividades que me anulan?

Si estamos más presentes más a menudo y tomando decisiones con atención a nuestras necesidades podemos elegir actividades que nos ayuden a estar más vivos y mejoren nuestro estado de ánimo.

Eso es cierto tanto en nuestras vidas cotidianas como en nuestros momentos difíciles. Podemos usar nuestras experiencias cotidianas para cultivar actividades que después utilicemos como herramientas en momentos de crisis. Si tenemos estas herramientas a mano, podremos utilizarlas para afrontar pensamientos negativos (como “¿por qué me esfuerzo?”), que forman parte del estado mental depresivo.

Por ejemplo, una manera fácil de cuidar de uno mismo es hacer ejercicio físico cada día: 30 minutos de caminata, estiramientos, yoga, natación, etc. Una vez que incorporas el ejercicio como parte de tu rutina cotidiana, tienes más posibilidades de contrarrestar un estado negativo.

La meditación de los 3 minutos nos recuerda emplear la actividad para tratar con pensamientos desagradables en el momento en que estos surgen.

PLAN DE ACCIÓN

Primero conectamos con la respiración, y después puede ser interesante que conectes con una actividad desde la consciencia. **¿Qué tengo que hacer ahora mismo conmigo mismo?, ¿qué necesito en estos momentos?, ¿cómo puedo cuidarme a mí mismo ahora?**

Las siguientes actividades pueden serte de ayuda: (1) hacer algo agradable, (2) hacer algo que te va a dar satisfacción porque sabes que tienes cualidades para realizarlo bien y (3) actuar con atención consciente.

1. Haz algo agradable

Se una siesta, come tu plato favorito sin sentirte culpable, toma un té o tu bebida favorita **amable con tu cuerpo**, trátate con cariño: toma un baño relajante, duerme, hazte la manicura, regálate un masaje en un balneario, etc.

Haz una actividad agradable: ve a dar un paseo, visita a un buen amigo, dedícate a tu actividad preferida, cuida el jardín o las plantas, haz ejercicio, llama a un amigo, cocina algo especial, ve de compras, mira tu programa preferido en la tele, lee algo que te guste, escucha música que te haga sentir feliz.

2. Haz algo que te va a dar satisfacción

porque sabes que tienes cualidades para realizarlo bien: limpia la casa, arregla un armario, escribe esa carta que llevas tiempo queriendo escribir, haz algo de trabajo, paga una factura, realiza algo de ejercicio (es muy importante después decirte a ti mismo “¡bien hecho!”, y tener en cuenta que si la actividad ha requerido mucho esfuerzo debes partirla en etapas y hacerla poco a poco).

3. Actúa con atención consciente

Enfoca toda tu atención en lo que estás haciendo ahora mismo. Mantente en el momento presente (ahora estoy bajando la escalera, ahora puedo sentir la barandilla, ahora estoy entrando en la cocina, ahora estoy encendiendo la luz...). Mantente atento a tu respiración mientras que haces las cosas; sé consciente del contacto de los pies con la tierra mientras caminas; etc.

En cualquier caso, recuerda:

1. Intenta hacer las acciones como un experimento, como una prueba, con ligereza.
2. Intenta no imaginar cómo te vas a sentir cuando hayas terminado la acción. Mantén una actitud de confianza hacia si esa actividad te va a ayudar o no, simplemente, actúa.
3. Contempla una gama de actividades y no te restrinjas a tus favoritas. A veces probar algo nuevo es, en sí mismo, interesante. La “exploración” y la “curiosidad” son buenos antídotos para contra la “apatía” y el “aislamiento”.
4. No esperes milagros; intenta terminar lo que has decidido hacer y no tengas expectativas irreales que podrían convertir estas acciones en nuevas fuente de insatisfacción.

Espero que estas actividades te ayuden a fortalecer tu autodominio frente a los imprevistos de la vida diaria.

TAREAS PARA CASA

- ✓ Meditación del perdón: 6 días/semana 15 min.
- ✓ Meditación 3 min.: 3 veces/día

HOJA DE REGISTROS

Toma nota cada vez que practiques, añadiendo comentarios para que podamos estudiarlos la semana que viene.

Día y fecha	Tareas	SÍ/NO	Comentarios
Fecha:	Meditación del perdón		
	Meditación 3 min.		13. 14. 15.
Fecha:	Meditación del perdón		
	Meditación 3 min.		10. 11. 12.
Fecha:	Meditación del perdón		
	Meditación 3 min.		10. 11. 12.
Fecha:	Meditación del perdón		
	Meditación 3min.		7. 8. 9.
Fecha:	Meditación del perdón		
	Meditación 3 min.		10. 11. 12.
Fecha:	Meditación del perdón		
	Meditación 3min.		10. 11. 12.