

Mindfulness y duelo

Mindfulness and grief

Rafael Gil Sánchez

Asociación Española de Mindfulness (AEMIND)

Resumen

El duelo como proceso que tiene que ser vivido en primera persona y que tiene una repercusión importante para la salud de los dolientes, ha sido estudiado desde la ciencia desde distintos puntos de vista y con enfoques teóricos diferentes.

La aparición del *mindfulness* en las ciencias de la salud y su aplicación a través de programas específicos, está siendo de gran ayuda para personas con distintas patologías así como también para la población que quiere mejorar su salud física y emocional. Inicialmente los programas de habilidades en *mindfulness* fueron diseñados para aliviar a las personas que sufrían de dolor crónico y estrés, aunque hoy en día se están aplicando a grupos de población más diversos.

Son todavía pocos los trabajos que implementan programas de *mindfulness* a población en duelo, pero las investigaciones preliminares muestran resultados satisfactorios.

Palabras clave: mindfulness, atención plena, duelo, compasión, y autocompasión.

Abstract

Bereavement as a process that has to be experienced firsthand and that has a significant impact on the health of the mourners has been studied by science from different points of view and with different theoretical approaches.

The appearance of mindfulness in health sciences and its application through specific programs is a major contribution benefiting people with different pathologies as well as for people that just want to improve their physical and/or emotional health. Initially mindfulness skills programs were designed to relieve people that were suffering from chronic pain and stress, although nowadays they are being applied to a much larger and varied population.

There are still very few studies that implement mindfulness programs to mourning population, nevertheless the preliminary investigations are showing satisfactory results.

Key words: mindfulness, grief, compassion, mindfulness and self-compassion.

Correspondencia:

Rafael Gil Sánchez

Asociación Española de Mindfulness (AEMIND)

C/ La Safor, 12, 1º, 2ª

46015

E-mail: info@aemind.es

Introducción

Son muchas las investigaciones que se están llevando a cabo en los últimos años en el área de conocimiento de las ciencias de la salud donde se aplican programas de intervención basados en *mindfulness* para distintos tipos de población. Si revisamos la literatura reciente, observamos que estos programas están mostrando resultados satisfactorios tanto para la población clínica, como para la no clínica.

En el caso del duelo todavía no se dispone de un cuerpo teórico bien articulado, ni de programas específicos diseñados al uso, aunque en los últimos años varios autores interesados en este área de conocimiento están empezando a elaborar programas específicos que puedan servir de ayuda a los dolientes.

Este artículo tiene la intención de realizar una revisión y una puesta al día de lo más reciente y novedoso. Así el presente texto, está dividido en tres apartados que hacen referencia a *mindfulness*, duelo y la integración de ambos. En él se repasa la parte conceptual, los beneficios, los programas y sus aplicaciones.

Mindfulness

Si comenzamos por el origen del término, *mindfulness* es la traducción inglesa de la palabra “*sati*”, que significa en la lengua pali “conciencia, atención y recuerdo”. Son variadas las definiciones propuestas por diferentes autores, aunque todas ellas con un denominador común: capacidad de permanecer consciente del momento presente, sin juicio y con aceptación plena. A continuación vamos a citar textualmente las definiciones más destacadas.

Thera⁽¹⁾ habla de *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”. Según Thich Nhat Hanh⁽²⁾ *mindfulness* es “mantener la conciencia habitando la realidad presente”. Kabat-Zinn⁽³⁾ lo define como “llevar la atención a las experiencias que se

están viviendo en el momento presente, de un modo particular, aceptándolas y sin juzgar”. Germe⁽⁴⁾ habla de “conciencia, momento a momento, de la experiencia presente y con aceptación”. Siegel⁽⁵⁾ afirma que “*mindfulness* es curiosidad, apertura, aceptación y amor” y, finalmente, Cardaciotto⁶ lo expresa como “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”.

Son muchos y muy diversos los beneficios asociados a la práctica de *mindfulness*. Se habla de beneficios que se consiguen para la población general y beneficios específicos para población clínica. En cuanto a la población general, los beneficios afectan a diversas escalas: física, emocional, vida social, auto-control, función cerebral y productividad, mientras que en la población clínica encontramos trabajos relativos a la ansiedad, la depresión, el trastorno límite de personalidad, los trastornos alimentarios, las conductas adictivas, la hiperactividad y el déficit de atención, la psicosis, el dolor crónico, la fibromialgia, el cáncer, etc. A continuación citamos los trabajos más destacados:

A escala física la práctica de *mindfulness* mejora el sistema inmunológico, reduce el dolor y disminuye la inflamación a nivel celular. A escala emocional la práctica de *mindfulness* aumenta las emociones positivas, disminuye la depresión, la ansiedad y el estrés. A escala social la práctica de *mindfulness* aumenta el sentido de conexión con los demás y la inteligencia emocional, te hace más compasivo y te hace sentir menos solo. En cuanto al auto-control la práctica de *mindfulness* mejora la capacidad para controlar las emociones y mejora la capacidad de introspección. A escala cerebral, la práctica de *mindfulness* aumenta la cantidad de materia gris, incrementa el volumen de materia gris en áreas relacionadas con la regulación de las emociones y el autocontrol y el grosor cortical en áreas relacionadas con la atención. En cuanto a la productividad, la práctica de *mindfulness* aumenta y mejora la atención, la capacidad de realizar múltiples tareas, la memoria y la capacidad de ser creativo.

Dado el interés que despierta *mindfulness*, en la actualidad disponemos de programas de intervención muy variados. Encontramos inicialmente programas que utilizan elementos de *mindfulness* y otros más concretos, que son creados para trabajar las habilidades específicas de *mindfulness*. En los programas que utilizan elementos de *mindfulness*,

encontramos la Terapia de aceptación y compromiso y la Terapia dialéctico conductual. La Terapia de aceptación y compromiso considera tener en cuenta los procesos cognitivos para entender el comportamiento. 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. La Terapia dialéctico conductual por su parte, fue inicialmente diseñada para personas con alto riesgo de suicidio, aunque finalmente pasó a utilizarse para los trastornos límite de personalidad. La autora considera la existencia de un entramado de factores que en un ambiente inicial, incapacita a la persona a regular sus emociones, desarrollar su identidad y relacionarse con los demás.

En cuanto a los programas más específicos, todos se basan en mayor o menor medida en el Programa de reducción de estrés basado en *mindfulness* (MBSR) de Kabat-Zinn⁽⁷⁾. Este programa tiene dos objetivos fundamentales: proporcionar un entrenamiento en *mindfulness* y yoga consciente, y mejorar la salud de las personas. El MBSR goza de gran popularidad y se imparte en numerosos hospitales de todo el mundo. Son siete las actitudes clave para la práctica de *mindfulness* y se desarrollan durante el curso. Estas actitudes son las siguientes: no enjuiciar, paciencia, mente de principiante, confianza, no luchar ni competir, aceptación y dejar pasar. El curso se estructura en una clase semanal de dos horas y media de duración a lo largo de un periodo de ocho semanas en formato grupal. Además de las ocho sesiones, existe un día de práctica intensiva a modo de retiro en silencio. En este programa se hace una distinción entre la práctica de meditación formal y la práctica informal. Meditación formal es el tiempo dedicado cada día a la práctica de una o más de las habilidades aprendidas en el curso y la práctica informal se refiere a llevar *mindfulness* a la vida cotidiana. Los participantes se comprometen a practicar meditación formal todos los días del programa durante cuarenta y cinco minutos.

Posteriormente se desarrolló la Terapia cognitiva basada en *mindfulness* para la depresión (MBCT) de Segal, Williams y Teasdale⁽⁸⁾. Se diseñó específicamente para prevenir recaídas en personas con depresión mayor. Comparte todos los elementos de su predecesor aunque, a diferencia del MBSR, no se lleva a cabo una jornada de retiro en silencio e incorpora algunas novedades como son los registros de actividades, la mini-

meditación de tres minutos, los ejercicios de terapia cognitiva clásica y los planes de acción para la prevención de recaídas.

Otro programa que presenta un cuerpo teórico sólido y mucha investigación contrastada es el Programa de prevención de recaídas en conductas adictivas basado en *mindfulness* (MBRP) de Marlatt⁽⁹⁾. En este programa el autor considera la recaída como un sistema complejo multidimensional en el que existe una interacción entre diversos elementos: riesgos distales, procesos cognitivos, conducta/afrentamiento, estado afectivo y conducta uso sustancia. El encuadre teórico y conceptual del manual MBRP está basado en el programa MBSR y en el MBCT.

Recientemente se ha creado un programa que está siendo difundido y utilizado en población diversa. Se trata de un programa con estructura nuclear similar a los anteriores pero que añade un constructo nuevo conocido como “autocompasión”. El programa es conocido como Programa *mindfulness* y autocompasión (MSC) de Neff y Germer⁽¹⁰⁾. 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. El programa incluye meditaciones *mindfulness*, pero en él tienen mucho peso específico las meditaciones centradas en la autocompasión. Estas meditaciones son conocidas como “meditaciones del amor incondicional” cuyo objetivo es desarrollar la autocompasión en los participantes. Según los propios autores la autocompasión abarcaría tres elementos fundamentales: bondad (ser amable y comprensivo con uno mismo en lugar de crítico), reconocer nuestra humanidad común (sentirse conectado con los demás y no alineados por el sufrimiento) y atención plena o *mindfulness* (vivir nuestra experiencia conscientemente y no ignorar el dolor ni tampoco exagerarlo).

Duelo

El duelo es la reacción psicológica normal y universal que se experimenta tras la muerte de un ser querido. Cuando hablamos de duelo, solemos referirnos a un momento de la pérdida y lo relacionamos con los términos “pena” y “aflicción”. El duelo suele tener una duración aproximada de entre dos y tres años desde la muerte del ser querido⁽¹¹⁾. 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”.

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. Estas manifestaciones normales que se dan en el duelo son de tipo cognitivo, afectivo, fisiológico y conductual⁽¹²⁾.

Los autores más representativos que abordan el proceso del duelo, aunque parten de modelos conceptuales distintos, están de acuerdo en que es un proceso complejo y multidimensional, influido por factores físicos, psicológicos, sociales y culturales. Los investigadores diferencian entre teorías explicativas del duelo y teorías descriptivas. Las primeras hacen hincapié en las explicaciones teóricas y las segundas se refieren al dinamismo del proceso, donde describen las etapas o fases del duelo más habituales y comunes.

Dentro de las teorías explicativas encontramos las primeras referencias en Freud⁽¹³⁾. Este autor, 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. Posteriormente Bowlby⁽¹⁴⁾ desarrolló la teoría del apego donde considera que los vínculos se desarrollan instintivamente en muchas especies. El fin de la conducta del apego es mantener el vínculo afectivo y cuando este se ve amenazado o roto aparecen reacciones emocionales intensas. Estos vínculos tienden a perdurar a lo largo de la vida. Bowlby propone un sentido más amplio para hablar de duelo e incluye todos los procesos psicológicos, conscientes o inconscientes, que una pérdida pone en marcha.

Bonano y Keltner⁽¹⁵⁾ protagonizan otro acercamiento interesante al concepto de duelo. Los autores creen que las emociones juegan un papel primordial en el mantenimiento de las relaciones sociales y el ajuste a los acontecimientos vitales importantes. La gestión de las emociones, especialmente las positivas, pueden regular y atemperar el proceso.

Otro autor clásico en investigación de duelo es Neimeyer⁽¹⁶⁾ cuya propuesta, conocida como “teoría de los constructos” parte de la premisa de 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. Una teoría complementaria a las anteriores es la de Tedeschi y Calhoun⁽¹⁷⁾ conocida como “teoría del estrés”. En ella se señala que el crecimiento frente a la pérdida emerge como un proceso cognitivo que da sentido al estresor (duelo), especialmente si es traumático. Desde una perspectiva médica, Engel⁽¹⁸⁾ plantea el proceso de duelo como una enfermedad o una posible disfunción psiquiátrica, es decir, una desviación del estado de salud. En los últimos tiempos, existe una tendencia emergente hacia la medicalización de los dolientes, lo que ha hecho que se vuelva a hablar de nuevo de esta teoría. Por último mencionaremos la teoría dual del duelo, también con un cuerpo teórico muy sólido. En ella los autores, Stroebe y Shut⁽¹⁹⁾ postulan que la habituación a la pérdida es fluctuante y dinámica, siendo necesaria una continua oscilación entre dos procesos diferentes de funcionamiento. El primero orientado a la pérdida y el segundo orientado a la reconstrucción. Este modelo apunta que cada persona atraviesa el duelo de forma distinta y que se trata de un proceso alternativo y oscilante.

En las teorías descriptivas, los autores más representativos han tratado de reconocer y enumerar las etapas o fases por las cuales la inmensa mayoría de los dolientes pasan. Sin embargo, las personas que han perdido un ser querido, no pasan por estas fases siguiendo un orden determinado; la naturaleza humana lleva consigo una hoja de ruta personal e intransferible. Aquí encontramos a Lindemann⁽²⁰⁾ con sus conocidas tres etapas: conmoción e incredulidad, duelo agudo y resolución del proceso. De manera similar Engel⁽²¹⁾ lo extiende a seis etapas: conmoción e incredulidad, desarrollo de conciencia, restitución, resolución de la pérdida, idealización y resolución. De forma paralela y mucho más mediática Kübler-Ross⁽²²⁾ describe su modelo como el de las cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Muy similar a este último es el modelo de Parkes⁽²³⁾ con cuatro fases: aturdimiento, anhelo y búsqueda de la pérdida, desorganización y desesperación y reorganización. Sanders⁽²⁴⁾, en el camino a la resolución del proceso, atribuye cinco etapas: choque o impresión, conciencia de la pérdida, conservación-retirada, sanación y renovación. Más reciente y con una visión constructivista, Neimeyer⁽²⁵⁾ distingue tres fases en el duelo: evitación, asimilación y

acomodación. El modelo de Neimeyer da una mayor amplitud a los procesos que llevan consigo la elaboración del duelo.

Sin embargo, no es hasta la aparición de los modelos de Rando⁽²⁶⁾ y Worden⁽²⁷⁾ cuando la experiencia del duelo pasa de ser algo que hay que pasar a algo que hay que realizar. Estos autores pretenden que la experiencia del duelo sea una experiencia activa, donde los protagonistas son los dolientes. Estos tienen que asumir un papel protagonista y realizar una serie de tareas que les van a permitir resolver el proceso y crecer como personas. Worden, uno de los autores más citados en el campo del duelo, es quien elabora y enumera las tareas a realizar. Estas son las siguientes: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor, adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente y recolocar al fallecido para continuar viviendo. De forma paralela a las tareas, el mismo autor habla de mediadores del duelo, que permiten entender por qué cada caso de duelo se desarrolla de forma distinta. Estos mediadores son: la naturaleza del parentesco o relación, la naturaleza del apego, la forma en que tuvo lugar el fallecimiento, la experiencia con duelos anteriores, las variables personales, el apoyo social y finalmente el estrés concurrente.

Como se ha dicho anteriormente, el duelo es una respuesta normal a la pérdida de un ser querido. Sin embargo, en ocasiones este no se resuelve de una forma natural y favorable en el tiempo. Es en estas excepciones donde el duelo se retrasa o *atasca*. Este duelo es conocido como “duelo complicado”. En ocasiones también se le conoce como “duelo anómalo”, “traumático” o “patológico”. Con la reciente publicación de la nueva edición del manual de enfermedades mentales (DSM-V) en 2013, al duelo complicado se le ha dotado de entidad propia y aparece como una nueva categoría diagnóstica. En esta misma edición se excluye al duelo normal del diagnóstico de depresión mayor.

En cuanto a los programas de intervención y terapias en duelo, estos se clasifican en las siguientes categorías: intervenciones preventivas, intervenciones terapéuticas e intervenciones de mantenimiento.

Las intervenciones preventivas están diseñadas para mitigar la sintomatología en duelos normales y, por lo tanto, destinadas a la población general. También son conocidas como intervención preventiva primaria. Se desaconseja su uso, puesto que muestran

resultados decepcionantes e incluso negativos en adultos. Afortunadamente no ocurre lo mismo en niños, donde la efectividad de la prevención primaria tiene efectos prometedores. En un meta análisis reciente, Wittouck y cols.⁽²⁸⁾ encontraron los mismos resultados antes citados.

Las intervenciones terapéuticas se utilizan en personas que desarrollan un duelo complicado. Se conoce también como “intervención preventiva terciaria”. Estas 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 la resolución de problemas). Podemos encontrar información al respecto en Currier y cols.⁽²⁹⁾.

Las intervenciones de mantenimiento sirven para mejorar la evolución y prevenir la emergencia de complicaciones en duelos de riesgo. Estas 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. Estas intervenciones están más arraigadas en la cultura anglosajona, aunque en los últimos años se está extendiendo también en España.

Mindfulness y duelo

En cuanto a la relación *mindfulness*/duelo, no disponemos todavía en la literatura científica de una cantidad de artículos importantes que combinen o relacionen ambas áreas de conocimiento. El primer trabajo que atribuye beneficios al hecho de estar presente con conciencia plena en el duelo, lo encontramos en Edwards⁽³⁰⁾. Se trata de un trabajo teórico donde no se analiza ningún tipo de variable. Desde este mismo planteamiento Wada y Park⁽³¹⁾ integran la psicología budista en el marco del proceso de acompañamiento para personas en duelo. Se trata también de dos trabajos teóricos sin ningún análisis de variables. Otra de las personas interesadas que trabaja en situaciones de duelo es Kumar. Este autor fundamenta su trabajo clínico utilizando diferentes técnicas de *mindfulness* con los dolientes. En sus trabajos, Kumar⁽³²⁾ invita a los dolientes a realizar una serie de tareas. Estas tareas guardan similitud con los programas

de habilidades en *mindfulness* que hemos citado en el apartado de *mindfulness*. Estas tareas son las siguientes: practicar meditación *mindfulness*, prepararse para los altibajos emocionales, gestionar el tiempo y tareas tras la pérdida, comer con conciencia plena, realizar ejercicio con regularidad, mantener un vínculo afectivo con el fallecido a través de pequeños rituales, mantener contacto con familiares y amigos y, por último, marcarse objetivos dentro del proceso de duelo. El mismo autor, en su último trabajo *Mindfulness for Prolonged Grief*⁽³³⁾, incluye como novedad a la lista de tareas anterior los conceptos de creatividad, resiliencia y compasión, de manera que aporta una perspectiva positiva a la experiencia de duelo; no solo se puede salir de él con éxito – dice el autor –; sino que este puede ayudarnos a crecer como personas. 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.

Cacciatore y Flint⁽³⁴⁾, por su parte, han propuesto un modelo teórico interdisciplinario conocido como “ATTEND”, que obedece a las siglas *attunement, trust, touch, egalitarianism, nuance* y *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. Es el primer modelo de duelo basado en *mindfulness* donde aparece la autocompasión como elemento a generar o desarrollar. De nuevo encontramos similitudes en Kumar y Cacciatore para las prácticas de autocompasión. Cacciatore y cols.^(35,36) tienen publicados dos artículos donde ponen a prueba su modelo. 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.

Por otra parte, existen trabajos donde se han utilizado los programas de habilidades en *mindfulness* MBSR y MBCT para personas en duelo. Ambos programas no han sido diseñados para esta población, pero tras su aplicación, los autores señalan mejoría en escalas de medida para las variables de ansiedad, depresión y duelo⁽³⁷⁻³⁹⁾.

Para finalizar este apartado, queremos citar a una autora que ha propuesto un modelo novedoso y específico para personas en situación de duelo. Se trata de Stang, que en su libro *Mindfulness y Grief* ha desarrollado un programa de habilidades en *mindfulness*

en el que incluye las meditaciones de la compasión como uno de las novedades clave de su propuesta. Este programa 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 hacía Kabat-Zinn en el MBSR. El programa consta de las siguientes sesiones: conciencia plena o *mindfulness*, relajación consciente, compasión y perdón, habilidades para afrontar el duelo, aprender a vivir tras la pérdida, el sentido de la reconstrucción, permitir la reconstrucción e incorporar *mindfulness* a la vida diaria. Este programa todavía debe ser probado 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, extraídas tras ahondar en el estudio de los autores clásicos que han trabajado en el campo del duelo.

Conclusiones

Las investigaciones utilizan las distintas propuestas de *mindfulness* y compasión para ayudar a los dolientes en su experiencia de duelo. Como hemos visto en los apartados anteriores, son varios los modelos y las teorías, aunque los matices entre modelos y programas son muy sutiles. Sin embargo, en todos encontramos un denominador común que es 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 van pasando los dolientes y en cada una de las tareas que van elaborando. *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. *Mindfulness* y compasión están presentes y son innatas al ser humano, simplemente por su condición humana. Todos los programas descritos tienen un objetivo común y es descubrir y poner en práctica estas habilidades. El desarrollar estas habilidades en el tiempo ayuda a integrar la ausencia. 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. Es más, en el programa de Stang⁽⁴⁰⁾, en una de sus sesiones se centra en cultivar el perdón. Todos estos aspectos a desarrollar consiguen reducir los niveles de ansiedad y depresión que encontramos como resultado de las investigaciones. Quizá el fin último sea, que una vez integrado y resuelto el duelo, consigamos tener unos dolientes más resilientes para posibles experiencias de duelo futuras. Aunque realmente la literatura nos dice que el cuerpo teórico de *mindfulness* está basado en la atención plena de la experiencia, sea esta la que sea.

Referencias bibliográficas

- 1- Thera N. The heart of Buddhist meditation: A handbook of mental training based on the Buddha's way of mindfulness. London: Rider and Company, 1962.
- 2- Hanh TN. The Miracle of Mindfulness. Boston: Beacon Press Books, 1975.
- 3- Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living. New York: Delta, 1990.
- 4- Germer CK. Mindfulness and Psychotherapy. En Germer CK, Siegel RD, Fulton PR. Mindfulness: What is it: What does matter? New York: Guilford Press; 2005. p.152-172.
- 5- Siegel DJ. The Mindful Brain. New York: North & Company, 2007.
- 6- Cardaciotto LA, Herbert JD, Forman EM, Moitra E y Farrow V. The Assessment of Present-Moment Awareness and Acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. Assessment 2008; 15: 204-223.
- 7- Kabat-Zinn J. An out-patient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. Gene Hosp Psychiatry 1982; 4: 33-47.
- 8- Segal ZV, Williams JMG y Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Nueva York: Guilford Press, 2002.
- 9- Marlatt GA, Pagano RR, Rose RM y Marques JK. Effects of meditation and relaxation training upon alcohol use in male social drinkers. En DH Shapiro y R N Walsh. Meditation: Classic and contemporary perspectives. New York: Aldine Press; 1984. p. 105-120.
- 10- Neff KD y Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the Mindful Self-compassion program. Jour of Cl Psychology 2013; 69(1): 28-44.
- 11- Worden JW. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997.
- 12- Limonero JT, Lacasta MA, García García JA, Maté J y Prigerson HG. Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. Med. Pal 2009; 16(5): 291-97.
- 13- Freud S. Mourning and melancholia. London: Standard Edition, 1917.

- 14- Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. *Brit Jour of Psychiatry* 1977; 130: 201-210.
- 15- Bonanno GA y Keltner D. Facial Expressions of emotion and the course of bereavement. *Jour of Abnor Psychology* 1997; 106: 126-137.
- 16- Neimeyer R. *The lessons of loss: A guide to coping*. Nueva York: McGrawHill, 1998.
- 17- Tedeschi RG y Calhoun LG. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psycho Inquiry* 2004; 15(1): 1-18.
- 18- Engel GL. Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psycho Medicine* 1961; 23: 18-22.
- 19- Stroebe M, Schut H y Stroebe W. Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Rev of Gene Psychology* 2005; 9: 48-66.
- 20- Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Amer Jour of Psychiatry* 1944; 101: 141-148.
- 21- Engel GL. Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psycho Medicine* 1961; 23: 18-22.
- 22- Kübler-Ross E. *On death and Dying*. London: Routledge, 1969
- 23- Parkes CM. The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widows to death of husbands. *Psychiatry* 1970; 33.
- 24- Sanders C. *Grief, the mourning after: Dealing with adult bereavement*. Nueva York: Wiley, 1999
- 25- Neimeyer RA. *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós, 2002.
- 26- Rando TA. *Grief, dying, and death: Clinical interventions for caregivers*. Illinois: Research Press, 1984
- 27- Worden JW. *Grief counseling and grief therapy. A handbook for mental health practitioner*. London: Routledge, 1982
- 28- Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, Portzky G y Van Heeringen K. The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Cl Psychol Rev* 2011; 31: 69-78.
- 29- Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence. *International Jour of Cog Therapy* 2010; 3(1): 77-93.
- 30- Edwards M. Being present: experiential connections Between Zen Buddhist practices and the grieving process. *Dis Rehabil* 1997; 19(10): 442-51.
- 31- Wada K y Park J. Integrating Buddhist Psychology into Grief Counseling. *Death Studies* 2009; 33(7): 657-683.
- 32- Kumar SM. *Grieving Mindfully*. Oakland. CA: New Harbinger Publications, Inc., 2005.
- 33- Kumar SM. *Mindfulness for prolonged grief*. Oakland. CA: New Harbinger Publications, Inc., 2013.
- 34- Cacciatore J. y Flint, M. Attend: Toward a Mindfulness-Based Bereavement Care Model. *Death Studies* 2012; 36: 61-82.

- 35- Cacciatore J, Thieleman K, Osborn J y Orłowski K. Of the Soul and Suffering: Mindfulness-Based Interventions and Bereavement. *CI So Work Journal*. 2013. DOI 10.1007/s10615-013-0465-y.
- 36- Thieleman K, Cacciatore J y Hill PW. Traumatic Bereavement and Mindfulness: A Preliminary Study of Mental Health Outcomes Using the ATTEND Model. *CI So Work Journal* 2014, 1: 9.
- 37- Tacon AM. Mindfulness: existential, loss, and grief factors in women with breast cancer. *J Psychos Oncol* 2011; 29(6): 643-56.
- 38- O'Flanagan S, Bates U, Sarma K y McGuire, B. Treating prolonged grief disorder: testing the efficacy of a mindfulness-based cognitive therapy (MBCT). *Psycho and Health* 2011; 26(2): 271-272.
- 39- O'Connor M, Piet J y Hougaard E. The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depressive Symptoms in Elderly Bereaved People with Loss-Related Distress: a Controlled pilot Study. *Mindful* 2014; 5: 400-409.
- 40- Stang H. *Mindfulness & Grief*. London: Cico Books, 2014.